

Masterthesis

De toegevoegde waarde van Work Health Programs in de zorg & welzijnssector



Student: Merijn Woudt
Opleiding: Communication, Health &
Life Sciences
Specialisatie: Health & Society
Leergroep: HSO
Studentnummer: 850129973030
Opdrachtgever: PGGM
Docenten: Johan van Ophem en
Annemarie Wagemakers
Datum: 9 juni 2019, Rotterdam

Voorwoord

Na iets meer dan 2,5 jaar rond ik mijn studie Communication, Health & Life Sciences (specialisatie Health & Society) nu af. De studietijd was redelijk druk. Ik combineerde de master met een parttime baan bij de IKEA, was daarnaast net getrouwd, verhuisde hiervoor naar Rotterdam en reisde daardoor op en neer naar Wageningen.

Dit onderzoek heb ik met veel enthousiasme uitgevoerd. De combinatie gezondheid en/of vitaliteit en het financiële vraagstuk heeft altijd al mijn aandacht gehad. De onderzoeksperiode bij PGGM heb ik als een leuk en een zeer leerzaam proces ervaren.

Graag wil ik mijn afstudeerbegeleiders Annemarie Wagemakers en Johan van Ophem bedanken voor de feedback tijdens het schrijven van mijn thesis. Ook wil ik mijn klasgenoot Bernice Wesselink bedanken voor het leveren van feedback en de fijne gesprekken over mijn onderzoek.

Daarnaast wil ik Frido Kraanen, mijn begeleider vanuit PGGM, bedanken voor zijn inzet in de opstartfase van mijn onderzoek. Tevens wil ik Bas Gortworst bedanken voor zijn bereidwilligheid en inzet bij het ondersteunen in het proces van het selecteren van geschikte zorginstellingen en het inplannen van de interviews. Ook ben ik de collega's van COS support dankbaar voor de fijne tijd. Als laatste wil ik alle personen bedanken die een bijdrage hebben geleverd middels een interview.

Ik wens u veel leesplezier met mijn masterscriptie en succes met het gebruiken van de aanzet tot handleiding!

Merijn Woudt

Rotterdam, 10 juni 2019

Samenvatting

Achtergrond: Work Health Programs (WHP's) ondersteunen de gezondheid van werknemers op de werkvloer. Verscheidene wetenschappelijke onderzoeken tonen aan dat deze programma's effectief zijn in het verminderen van ziektedagen en laten een verbetering van de arbeidsproductiviteit zien.

Kosteneffectiviteit speelt naast het meten van effecten een belangrijke rol bij WHP's. Aan de hand van een economische evaluatie kan de kosteneffectiviteit van een WHP in kaart worden gebracht. Met deze gegevens kan een organisatie vervolgens een overwogen beslissing nemen om een bepaalde WHP uit te gaan voeren. In dit onderzoek is gekeken naar de belangrijkste uitkomstmaten, de succesfactoren en naar de effectiviteit van uitgevoerde WHP's in de zorg & welzijnssector. Dit omdat PGGM vermoedelijk gaat investeren in WHP's om bij te dragen aan een vitalere zorg & welzijnssector.

Methoden: De literatuur is bestudeerd om inzichtelijk te maken welke WHP's er zijn uitgevoerd in de zorg & welzijnssector. In totaal voldeden twintig artikelen aan deze zoekcriteria. Deze artikelen zijn bestudeerd en samengevat in drie verschillende tabellen. Hierbij is gebruik gemaakt van het RE-AIM Framework. De resultaten van dit onderzoek hebben als basis gediend voor de interviews.

Bij elf zorgorganisaties is een semigestructureerd interview afgenomen. In deze interviews is gesproken over de twee of drie belangrijkste WHP's in de desbetreffende organisatie.

Resultaten: Het literatuuronderzoek laat zien dat WHP's een positieve bijdrage kunnen leveren aan de vitaliteit van werknemers. Bij alle studies vindt er een effectmeting plaats en een economische evaluatie is uitgevoerd bij negen studies. De meesten van deze WHP's tonen aan kosteneffectief te zijn, zo laten twee E-health WHP's een Return On Investment (ROI) zien van 1:10 en 1:11. Bij de elf zorgorganisaties worden in totaal twintig WHP's uitgevoerd. Bij één zorgorganisatie heeft er een effectmeting plaats gevonden. Economische evaluaties van WHP's zijn niet uitgevoerd bij zorgorganisaties.

Conclusie: De toepaste WHP's bij zorgorganisaties komen overeen met de beschreven studies in het literatuuronderzoek, echter wordt er bij zorgorganisaties weinig tot geen gebruik gemaakt van gestandaardiseerde meetinstrumenten. Dit betekent dat het niet inzichtelijk is welk effect een WHP heeft en wat een WHP financieel oplevert. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat zorgorganisaties nog in de opstartfase zitten van invoering van WHP's en daarnaast niet over de benodigde kennis beschikken. Voor de zorgorganisaties en PGGM is een aanzet gemaakt voor een handleiding die als leidraad te hanteren is bij implementatie en evaluatie van een WHP.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inhoudsopgave	4
1. Onderzoeksozet	7
1.1. Introductie	7
1.2. Work Health Promotion	7
1.3. Gezondheidseffecten van WHP's	9
1.4. Kosten bij ziekteverzuim en presentisme.....	9
1.5. Aanbod van WHP's	13
1.6. Economische evaluaties	13
1.7. Doel van het onderzoek	14
1.8. Probleemstelling en deelvragen.....	14
1.9. Leeswijzer	15
2. Methoden	16
2.1. Inleiding	16
2.2. Literatuuronderzoek.....	18
2.3. Semi gestructureerd interviews	21
2.4. Analyse	23
3. Resultaten literatuuronderzoek	24
3.1. Soort interventie	24
3.2. Instrument en uitkomstmaat	24
3.3. Economische evaluatie.....	25
3.4. Effectiviteit	25
4. Resultaten interviews	41
4.1. Soort interventie	41
4.2. Bereik.....	43
4.3. Effectiviteit	43
4.4. Uitkomstmaat en meetinstrument	46
4.5. Invoering.....	46
4.6. Implementatie	47
4.7. Continuïteit.....	48
4.8. Ziekteverzuim	49
4.9. Economische evaluatie.....	49
4.10. Fase WHP.....	50
4.11. Redenen om te investeren in WHP	50

4.12.	Positieve factoren die bijdragen aan implementatie van een interventie.....	51
4.13.	Barrières om te investeren in WHP	51
4.14.	Kosten WHP	52
4.15.	Toekomst	52
4.16.	Investeringen vanuit PGGM	53
5.	Conclusie, discussie en aanbevelingen	54
5.1.	Discussie	56
5.2.	Aanbevelingen PGGM	57
5.3.	Aanbevelingen zorginstellingen	58
5.4.	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	59
5.5.	Slotwoord	59
	Referentielijst	61
	Bijlagen.....	67
	Bijlage 1 Overzicht van personen die hun medewerking hebben verleend aan dit onderzoek	68
	Bijlage 2 Vragenlijst interviews	69
	Bijlage 3 Aanbieders van WHP	70
	Bijlage 4 Uitnodiging mail voor medewerking interview	71
	Bijlage 5 Mail die is verstuurd een week voor het interview	72
	Bijlage 6 Toestemmingsverklaring.....	73
	Bijlage 7 Verdeling inkomens van werknemers die pensioen opbouwen bij PGGM	74
	Bijlage 8 Overzicht codes interviews	75
	Bijlage 9 Evaluatieformulieren mindfulnessstraining (organisatie F)	76
	Bijlage 10 Werkgevers en deelnemers met dienstverband in de sector zorg & welzijn naar deelsector	79

Appendix

Box 1 Voorbeeld van een WHP

Box 2 Gezondheid

Box 3 Vitaliteit

Box 4 Voorbeeld van een studie

Box 5 Presenteïsme

Box 6 Overzicht kosten werkgever voor ziekteverzuim

Box 7 Arbeidsongeschiktheid

Box 8 Wet werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA)

Box 9 Voorbeeld schadelast PGGM per werknemer

Figuren

Figuur 1 Verband onderzoeksvragen

Tabellen

Tabel 1 Verhoging van de arbeidsongeschiktheidspensioen in de laatste jaren

Tabel 2 Trend PV (AO) de komende jaren

Tabel 3 Overzicht van de onderzoeksopzet

Tabel 4 RE-Aim Framework evaluaties dimensies

Tabel 5 Overzicht zoekcriteria literatuuronderzoek

Tabel 6 Flow chart inclusie criteria studies

Tabel 7 Overzicht van zorgorganisaties waar een interview is afgenomen

Tabel 8 Overzicht herkomst interviewvragen

Tabel 9 Overzicht van artikelen

Tabel 10 Overzicht van uitgevoerde WHP's

Tabel 11 WHP's omschreven op basis van het RE-AIM Framework

Tabel 12 Overzicht soorten WHP's en bereik

Tabel 13 Overzicht effectiviteit en uitkomstmaten WHP's

Tabel 14 Overzicht ziekteverzuim

Tabel 15 Overeenkomsten en verschillen betreffende literatuur en WHP's in Nederlandse zorginstellingen

Tabel 16 Factoren die bij kunnen dragen aan het succes van een WHP

Tabel 17 Overzicht van factoren die bijdragen aan de effectiviteit van een WHP

1. Onderzoeksopzet

1.1. Introductie

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van PGGM. Deze organisatie beheert de pensioenen van mensen die werkzaam zijn in de zorg- & welzijnssector. Deze sector kampt de laatste jaren met een hoog ziekteverzuim (Vernet 2017). Dit betekent dat werknemers in deze sector minder vitaal zijn ten opzichte van andere sectoren. Om de zorg- & welzijnssector de komende jaren vitaler te maken gaat PGGM vermoedelijk investeren in Work Health Programs (WHP's). Gezondheidsbevordering van werknemers is het doel bij WHP's (Goetzal & Ozminskowski, 2008) Deze programma's kunnen een positieve bijdrage leveren aan een vitalere zorg- & welzijnssector. WHP's kunnen bevorderend zijn voor vitaliteit en/of gezondheid van de werknemers en kunnen ook de financiële kosten in de toekomst van PGGM reduceren.

1.2. Work Health Promotion

Work Health Promotion bevat gezondheidsbevordering en ziektepreventie activiteiten die beschikbaar zijn voor werknemers binnen een organisatie.

Twee andere benamingen die kunnen worden gegeven zijn Workplace Health Promotion en Worksite Health Promotion. Deze gezondheidsbevordering kan variëren van een single WHP tot een WHP met meerdere componenten (Baxter et al., 2014). Een voorbeeld van een WHP is te zien in box 1.

Box 1 Voorbeeld van een WHP

De werknemers van bedrijf X hebben de mogelijkheid om deel te nemen aan een gezondheidsprogramma. Vanuit de organisatie is een projectteam samengesteld om zoveel mogelijk werknemers te werven voor dit programma. Het programma is gestart met een gezondheidsdag. Op deze dag konden werknemers deel nemen aan workshops. In deze workshops werden de mogelijkheden besproken van de activiteiten waaruit deelnemers konden kiezen. Daarnaast was er informatie beschikbaar over de voordelen van bewegen en werden er gezondheidstesten aangeboden.

De organisatie bood de volgende sporten aan: mindfulness, aerobics, boksen, bootcamp en met korting gebruik maken van een personal coach. Na inventarisatie van de beschikbaarheid en eigen bijdrage van deelnemers, is er een programma opgesteld.

De trainingen gaan twee keer per week plaatsvinden tijdens werktijd (m.u.v. bootcamp) en voor tien lessen betaalt de werknemer een eigen bijdrage van € 30,-. Voor de bootcamplessen betaalt de werknemer een gereduceerd tarief van 60%. Een evaluatie staat gepland na drie maanden nadat er gestart is met de lessen.

De interesse in WHP's is de laatste jaren toegenomen (Goetzal et al., 2008). Eén reden is dat bedrijven investeren in WHP's omdat ze bezorgd zijn over de indirecte kosten op het gebied van arbeidsproductiviteit (Schultz et al., 2009). Andere investeringsredenen zijn: goed zijn voor de werknemers, zich bewust zijn van de risico's die zich afspelen, op termijn lagere personeelskosten, hogere productiviteit en imagoverbetering (Houtman et al., 2012). Bij met name grote bedrijven is er een speciale afdeling die zich bezig houdt met het aanbieden van gezondheidsprogramma's op de werkvloer. Werkgevers zagen in verloop van de tijd in dat het investeren in WHP's voordelen met zich mee bracht. Zo werden WHP's in 2016 geïdentificeerd als belangrijk (Fitzgerald et al., 2016). Werknemers spenderen veel tijd in de organisatie waar ze werkzaam zijn. Deze organisatie wordt gezien als een stabiele omgeving. Dat biedt de mogelijkheid om bepaalde groepen, of het individu, gezondheidsbevordering aan te bieden (Fitzgerald et al., 2016). WHP's ondersteunen de gezondheid (definitie in box 2) op de werkvloer van werknemers.

Er zijn ook redenen waarom werkgevers niet investeren in WHP's. Zo ontbreken bij middelgrote en kleine bedrijven vaak de financiële middelen (Wolessen et al., 2017). Andere redenen zijn: past niet bij de cultuur in de organisatie en is het een gevoelig onderwerp.

Daarnaast missen organisaties de kennis op het gebied van o.a. kosteneffectiviteit. Bestaande maatregelen worden nauwelijks geëvalueerd (Houtman et al., 2012).

Box 2 Gezondheid

De huidige definitie van gezondheid dateert uit 1948 van het WHO. Gezondheid wordt hier omschreven als: “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. Deze definitie is de laatste 60 jaar veel bekritiseerd en echter nooit geadopteerd (Saracci, 1997, Jadad, 2008). Dit vanwege het woord compleet in relatie tot wellbeing dit zou betekenen dat de meesten personen het grootste gedeelte van hun leven ongezond zijn (Huber et al., 2011). Daarnaast omdat fysieke en mentale gezondheid en social well-being meer corresponderen met geluk dan gezondheid.

Dit wordt bevestigd door Sigmund Freud die een statement maakt dat deze twee woorden duiden op verschillende levenservaringen.

In 2014 ontwikkelde Huber samen met de Gezondheidsraad en ZonW een nieuwe definitie van gezondheid: “Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven”. In dit onderzoek zal deze definitie gebruikt worden.

Er kan onderscheid gemaakt worden in primaire, secundaire en tertiaire preventiemaatregelen. Primaire preventie heeft direct invloed op de gezonde populatie werknemers. Voorbeelden van primaire preventie programma's zijn: aanmoedigen van bewegen, gezond eten en stress management. De secundaire preventie richt zich op het individu met een verhoogd risico. Stoppen met roken en afvalprogramma's zijn hier enkele voorbeelden van. De laatste vorm: tertiaire preventie houdt zich bezig met personen die al een aandoening hebben zoals astma, kanker of een aandoening aan het bewegingsapparaat (Goetzal & Ozminkowski, 2008).

Een WHP kan bestaan uit het aanbieden van een sportactiviteit tot een maatwerk programma voor mensen die willen stoppen met roken. In de literatuur zijn verschillende definities te vinden van een WHP. In dit onderzoek wordt de definitie van European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) 1997 aangehouden:

“Workplace Health Promotion is een combinatie van inspanningen van werkgevers, werknemers en maatschappij om gezondheid en het welzijn te verbeteren van personen op de werkvloer.

De reden dat deze definitie gebruikt wordt is dat er in dit onderzoek meerdere partijen betrokken zijn bij een eventuele implementatie van een WHP, wat de vitaliteit (box 3) van werknemers kan bevorderen.

Box 3 Vitaliteit

De literatuur geeft verschillende definities die betrekking hebben op vitaliteit. Zo gaf van Vuuren in haar toespraak verschillende omschrijvingen van het woord vita dat leven betekent. Volgens haar omvat vitaliteit psychofysieke kenmerken, wat een combinatie is van psychologische en fysieke factoren. Volgens (Schaufelli & Bakker, 2003) heeft vitaliteit betrekking hebben op een organisatie of op een persoon. De definitie die zij gebruiken voor een organisatie setting is: hoog niveau van energie en mentale veerkracht tijdens werk, de bereidheid om moeite in werk te investeren en het doorzettingsvermogen zelf in tijden van moeilijkheden. De definitie van Schaufelli & Bakker (2003) wordt in dit onderzoek gebruikt, aangezien er in dit onderzoek gekeken gaat worden welke WHP's een bijdrage kunnen leveren aan een vitalere sector. Dit omdat WHP's in dit onderzoek centraal staan en op organisatieniveau worden uitgevoerd.

1.3. Gezondheidseffecten van WHP's

WHP's worden over het algemeen aangeboden aan alle werknemers, tenzij in het doel anders vermeld is. Vele studies (zie box 4 voor een voorbeeld) hebben aangetoond dat WHP's een positief effect hebben op werknemers (Goetzal & Ozminkowski 2008). Proper (2006) laat zien dat bewegen een positief effect heeft op de gezondheid. De Task Force vond in 2007 sterk bewijs dat werkgezondheidsprogramma's effectief bleken in het verminderen van roken en het verminderen van ziektedagen. Daarnaast werd aangetoond dat WHP's een positief effect hebben op de arbeidsproductiviteit van de werknemer. Schröer (2013) toonde aan dat WHP's met specifieke doelen en die gebaseerd zijn op verschillende componenten meer kans hebben op succes. Wollesen (2017) laat zien dat het programma Fit For Business (waarbij een totaalpakket werd aangeboden met de nadruk op het verbeteren van lichamelijke activiteit) een positief effect heeft op een aantrekkelijke werkomgeving, hogere motivatie en een hogere arbeidsproductiviteit. Bij 80% van de bedrijven die deelnamen aan het programma was ook een daling van het ziekteverzuim te zien.

Box 4 Voorbeeld van een studie

De studie "Exercise Beliefs and Behaviours Among Older Employees" is ontwikkeld door Sharpe & Connell (1992) en gericht op oudere (45 jaar en ouder) werknemers. Het doel van deze WHP was om mensen meer te laten bewegen. In totaal namen 116 werknemers tussen de 50 en 69 jaar deel aan deze studie. De soort studie die werd uitgevoerd betrof een Randomized Controlled Trial. Dit betekent dat er twee groepen waren binnen de studie: een controle groep en een groep die het WHP programma heeft doorlopen (interventiegroep). Aan het begin en aan het eind van de studie vond bij beide groepen een uitgebreide gezondheidscheck plaats. Deze bestond uit het invullen van een vragenlijst waarin deelnemers hun gedachten over hun gezondheid (uitkomstverwachtingen, eigeneffectiviteit, barrières) konden noteren. De interventiegroep kreeg één jaar lang activiteiten aangeboden ter bevordering van hun gezondheid. De mogelijkheden om thuis of op het werk te sporten, bijvoorbeeld het deelnemen aan wandelgroepen werd individueel besproken met een gezondheidsadviseur. Daarnaast konden de deelnemers ook vragen stellen over gezondheidsonderwerpen. De verwachtingen waren dat de resultaten positiever waren bij de groep die deel had genomen aan het WHP. Daarnaast werd er verwacht dat het beweeggedrag voorspeld kan worden aan de hand van de intentie tot bewegen. Na een jaar liet deze studie geen significant verschil zien in beweging tussen de interventiegroep en controle groep. Het WHP had geen significant effect op beweeg frequentie. Wel bleek dat andere factoren zoals, opleidingsniveau, geslacht, uitkomstverwachtingen, eigeneffectiviteit, barrières en bewegingsniveau voor het WHP significante voorspellers waren voor intentie tot bewegen. Bij de deelnemers van de interventie groep bleek intentie tot bewegen echter geen significante voorspeller van bewegingsniveau. Bewegingsniveau voordat het WHP werd uitgevoerd bleek bewegingsniveau na het WHP significant te kunnen voorspellen.

Bron: Koopmans, L. (2010). *Leefstijl interventies voor oudere werknemers*. Leiden: TNO.

1.4. Kosten bij ziekteverzuim en presenteïsme

Ziekteverzuim en presenteïsme van werknemers brengt kosten voor de werkgever en het pensioenfonds met zich mee.

Deze kosten kunnen gereduceerd worden door de inzet van WHP's (Kuoppala et al., 2008).

Dit wordt ook bevestigd in twee andere reviews van Aldana (2001) en Golaszewski (2001). Bij een hoog ziekteverzuimpercentage betaalt de werkgever meer loonkosten. Een werkgever kan zich echter wel verzekeren tegen deze kosten, maar de premie is wel afhankelijk van de hoogte van het ziekteverzuimpercentage. Indien een werkgever het loon doorbetaalt bestaan deze kosten uit directe en indirecte kosten.

Directe kosten bestaan uit: het doorbetalen van loon, medische verwijzingen en het inschakelen van vervangend personeel (Fitzgerald et al., 2018). In 2013 bedroegen de kosten van ziekteverzuim in VK 32 miljard euro (Office for National Statistics 2014). In Nederland betaalden werkgevers in hetzelfde jaar € 11,5 miljard aan ziekteverzuimkosten (van der Ploeg et al., 2014). Indirecte kosten kunnen omschreven worden als productieverlies, ook wel presenteïsme (box 5) genoemd, waarbij de werknemer minder efficiënt werkt doordat deze zich niet helemaal fit voelt. (Brower et al., 1999).

Box 5 Presenteïsme

Presenteïsme wordt gedefinieerd in termen van arbeidsproductiviteit. Het ontstaat wanneer een werknemer met gezondheidsproblemen naar het werk komt en ondermaats presteert (Lohaus & Habermann, 2018). Gezondheidsproblemen omvatten gedrag dat schadelijk is voor de gezondheid, zoals griep, verkoudheid en chronische ziekten, diabetes of gewrichtsontsteking. Presenteïsme wordt gezien als iets negatiefs en zou bij voorkeur vermeden moeten worden. Echter levert een werknemer nog steeds productie als deze op het werk verschijnt en dit is niet het geval bij absentieïsme (Steinke & Badura 2011). Johns (2010) geeft de volgende definitie van presenteïsme “de aanwezigheid van een werknemer op de werkplek ondanks gezondheidsproblemen, omdat het benadrukt dat het idee presenteïsme afhankelijk is van individuele beslissingen”. Deze definitie van Johns (2010) wordt in dit onderzoek gebruikt.

Dit omdat zorgmedewerkers in zelfsturende teams werken het vaak lastig vinden om zich ziek te melden (Zorg & Welzijn, 2015). Daarnaast zijn er in maart en april 200 meldingen binnen gekomen bij Meldpunt Fout Verzuimbeleid die bijdrage dat werknemers op de werkplek acteren met gezondheidsproblemen (Werk en CAO, 2018).

Aon heeft uitgerekend voor de sector zorg & welzijn dat een werkgever bij langdurig verzuim (langer dan een jaar) per fte gemiddeld € 53.000 betaalt voor het eerste ziektejaar en € 40.000 voor het tweede ziektejaar (Aon, 2014). Een overzicht van de kosten voor een werkgever is te zien in box 6.

Box 6 Overzicht kosten werkgever voor ziekteverzuim

Werkgever	Y	Werkgever	X
Aantal werknemers	3000	Aantal werknemers	700
Ziekteverzuim	7,1%	Ziekteverzuim	5,2%
Totale kosten ziekteverzuim (3000/100x7,1% x € 47.000)	€ 11.289.000 *	Totale kosten ziekteverzuim (700/100x5,2% x € 47.000)	€ 1.710.800*
Kosten van 1% verzuim	€ 1.590.000	Kosten van 1% verzuim	€ 329.000

In deze kosten is ook het bedrag van presenteïsme inbegrepen. Deze kosten worden uitgedrukt in een bepaald percentage van de totale ziektekosten in relatie met bepaalde gezondheidsklachten. Migraine en vermoeidheid laten een hoog percentage van circa 70% zien en een infectie aan de luchtwegen 14% (Schultz et al., 2009). Bij gezondheidsklachten aan het bewegingsapparaat kan presenteïsme optreden. De kans op ziekteverzuim neemt dan toe aangezien presenteïsme een voorspeller is voor ziekteverzuim (Janssens et al., 2014). De financiële last van ziekteverzuim wordt gedragen door de werkgever en het pensioenfonds.

Bij langdurig verzuim langer dan twee jaar, zijn er voor het pensioenfonds twee directe kosten:

1. Doorbetaling van de premie voor het ouderdomspensioen ook wel premievrijstelling (PV) genoemd.
2. Uitkering van het arbeidsongeschiktheidsverzekeringpensioen (AO)

Voorbeeld premievrijstelling van een werknemer

Een 40 jarige die arbeidsongeschikt raakt krijgt wel op 68 jarige leeftijd pensioen. Deze pensioenpremie wordt betaald tussen de 40-68 jaar door het pensioenfonds. Daarnaast betaalt het pensioenfonds de AO uitkering (in dit geval dus vanaf 40 jaar). In tabel 1 is te zien dat het percentage van het arbeidsongeschiktheidspensioen de laatste jaren bijna is verdubbeld van 0,4% naar 0,7%. Dit is vanwege toename van de groep werknemers die arbeidsongeschikt (box 7) zijn en deze groep in de toekomst groter wordt (tabel 2).

Tabel 1 Verhoging van de arbeidsongeschiktheidspensioen in de laatste jaren

Premie basis regeling percentage	van 1-1-2016	Van 1-1-2017	Van 1-1-2018
Ouderdomspensioen	23,5%	23,5%	23,5%
Arbeidsongeschiktheidspensioen	0,4%	0,5%	0,7%

Bron: Presentatie vitaal met pensioen, 2018

Tabel 2 Trend PV (AO) de komende jaren

PV (AO)	Meerjarenforecast 2017-2023			
	In	uit	mutatie	lopend
2011				63.200
2012	3.300	5.500	-2.200	61.000
2013	8.600	5.300	3.300	64.300
2014	6.000	5.400	600	64.900
2015	7.200	5.800	1.400	66.300
2016	8.100	6.000	2.100	68.400
2017	8.000	5.200	2.800	71.200
2018	6.000	5.400	600	71.800
2019	6.000	5.000	1.000	72.800
2020	6.000	5.000	1.000	73.800
2021	6.000	5.100	900	74.700
2022	6.000	5.500	500	75.200
2023	6.000	6.600	-600	74.600

Bron: De tabel is overgenomen van Houten, 2018

In tabel 2 is te zien dat het aantal arbeidsongeschikten in de toekomst op gaat lopen. De kolom 'In' vertegenwoordigt het aantal nieuwe arbeidsongeschikten dat jaar. Bij 'Uit' zijn dit de werknemers die geen recht meer hebben op premievrijstelling (PV).

De prognose van 2 tabel is gedaan aan de hand van de gegevensbron Status Uitkering ArbeidsGeschiktheid (SUAG) waar PGGM sinds 2013 mee samen werkt. Met de verbeterde procedure worden trends en UWV-statistieken meer dan voorheen gezien als een goede voorspeller.

Box 7 Arbeidsongeschiktheid

De term arbeidsongeschikt komt veel voor in de literatuur. Burton (2006) en Gaudreault (2014) duiden het begrip aan als werk gerelateerde situaties. Andere onderzoeken refereren arbeidsongeschiktheid naar: productiviteitsbeperkingen (Escorpizo et al., 2007), beperkingen van presenteïsme (Goetzal et al., 2007) en naar werkstatus (Allaire, 2008).

Werkstatus staat over het algemeen bekend als iemand die full-time of part-time werkt, arbeidsongeschikt is of werkloos dan wel gepensioneerd is. Brown (2009) legt de focus van de definitie van arbeidsongeschikt in de identiteit van een persoon die op zoek is naar werk. Deze wordt vooral beïnvloed door interacties van verschillende werkgevers en uitzendbureaus.

Zo'n 1,2 miljoen mensen werken in de zorg- & welzijnssector in Nederland (bijlage 10). Deze werknemers bouwen pensioen op bij PGGM middels het betalen van premie voor het ouderdomspensioen.

Het bedrag dat aan ouderdomspensioenpremie wordt betaald is afhankelijk van het salaris. De overheid gaat er vanuit dat iemand met een hoger salaris hogere levenstandaarden heeft en ook gewend is en dus ook meer geld nodig heeft op pensioenleeftijd. Bij een arbeidsverleden van 40 jaar wordt op pensioenleeftijd 70% van het loon (gemiddeld genomen over alle jaren) uitgekeerd in de vorm van ouderdomspensioen. Voor dit ouderdomspensioen wordt elke maand een percentage van 23,5% ingehouden op het salaris, wat wettelijk is bepaald. Daarnaast is er nog sprake van een franchise, dit is een bedrag waarover de werknemer geen pensioen opbouwt, omdat dit bedrag wordt uitgekeerd in de vorm van AOW (algemene ouderdoms wet) als de pensioenleeftijd is bereikt. Deze franchise bedraagt in de zorg- & welzijnssector € 13.344. De arbeidsongeschiktheidspensioenpremie bedraagt 0,7% van het inkomen en wordt betaald door de 'actieven', of te wel andere werkende deelnemers, die aangesloten zijn bij het pensioenfonds PGGM.

Voor deze premiebijdrage geldt een franchisebedrag van € 20.108. Werknemers met een hoger inkomen betalen dus meer premie. Wanneer een werknemer arbeidsongeschikt raakt en in de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (box 8) terecht komt, ontvangt deze via het UWV doorbetaling van loon.

Box 8 Wet werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA)

Zijn werknemers in Nederland langer ziek dan 2 jaar (104 weken) dan worden ze gekeurd door het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) en is er een mogelijkheid dat ze in de WIA komen. Dit kan onder twee omstandigheden:

1: Ze zijn arbeidsongeschikt

2: Er is sprake van meer dan 35% inkomensverlies ten opzichte van hun huidige inkomen.

Na de keuring door het UWV zijn er vier mogelijkheden.

1 Meer dan 80% arbeidsongeschikt en geen kans op herstel → IVA uitkering
(inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikt) UWV gaat uit van het laatst verdiende loon voor AO (max. € 53.000 WIA loongrens). De werknemer krijgt dan een IVA uitkering van 75% van tot maximaal zijn AOW leeftijd. Deze kosten worden betaald door de overheid.

2 Meer dan 80% arbeidsongeschikt met kans op herstel in de toekomst → WGA uitkering
(Wet Gedeeltelijk arbeidsongeschikt) UWV gaat uit van het laatst verdiende loon voor AO (max. € 53.000 WIA loongrens). De werknemer krijgt dan een WGA uitkering van 70% tot maximaal zijn AOW leeftijd.

3 Tussen de 35 – 80% arbeidsongeschikt → WGA uitkering (WET Gedeeltelijk
Arbeidsongeschikt) UWV gaat uit van het laatst verdiende loon voor AO (max. € 53.000 WIA loongrens). Het UWV bepaalt de uitkering van de werknemer afhankelijk van het huidige inkomen.

4 Minder dan 35% arbeidsongeschikt → Geen recht op uitkering

Bron: www.uwv.nl

Vervolgens factureert het UWV de werkgever, waar de werknemer in dienst is. Het pensioenfonds zorgt ervoor dat over het loon dat uitgekeerd wordt ook pensioen wordt opgebouwd. Dus hoe hoger het inkomen van iemand is, hoe hoger ook de schadelast voor PGGM (box 9). Het gemiddelde fulltime inkomen in de zorgsector bedraagt € 36.000.

Box 9 Voorbeeld jaarlijkse schadelast PGGM per werknemer

Werknemer	Y	Werknemer	X
Inkomen (fulltime)	€ 23.000	Inkomen (fulltime)	€ 45.000
Af: franchise	€ 13.344	Af: franchise	€ 13.344
Grondslag	€ 9.656	Grondslag	€ 31.656
Premie	23,5%	Premie	23,5%
Totale schadelast PGGM	€ 2.269,16	Totale schadelast PGGM	€ 7.439,16

Het totaalbedrag dat PGGM aan arbeidsongeschiktheidspensioenpremie in 2018 betaalde bedroeg € 89 miljoen. De premievrijstelling als onderdeel van de reguliere ouderdomspensioenpremie heeft in 2018 € 256 miljoen gekost. Bij elkaar heeft de sector dus in 2018 € 345,- miljoen betaald aan premies voor arbeidsongeschiktheid. Als we dit bedrag delen door het aantal arbeidsongeschikten in de zorg- & welzijnssector (tabel 2) komt dit neer op € 345 miljoen/ 71.800 = € 4805 per werknemer.

1.5. Aanbod van WHP's

Een werkgever kan verschillende WHP's aanbieden om de gezondheid van werknemers te bevorderen. Zo kan bijvoorbeeld een agressietraining, sportlessen of een massage worden aangeboden. Het aantal WHP's dat wordt aangeboden verschilt per organisatie. Zo worden er bij Buurtzorg (een thuiszorgorganisatie) en Siza (een gehandicapten instelling) samen veertien WHP's uitgevoerd (directe data verkregen van de organisaties middels een mondeling interview tijdens een eerder onderzoek). Bart Gortworst (manager Vitaal met Pensioen bij PGGM) geeft aan dat er een groot aanbod van WHP's in de zorg- & welzijnssector beschikbaar is (zie bijlage 3). Hij is met deze organisaties in gesprek geweest om te kijken naar de mogelijkheden van een eventuele samenwerking. Daarnaast zijn er op internet tal van kleine organisaties te vinden, die WHP's aanbieden (getoonde resultaten op google 21-11-2018).

PGGM organiseerde vorig jaar juni het symposium 'Vitaal met Pensioen', waarin tien verschillende WHP's gepresenteerd werden. Door het grote aanbod wordt het onoverzichtelijk voor de werkgever om een effectieve WHP uit te zoeken. Daarnaast is er weinig bewijs dat bij het invoeren van WHP's een economische evaluatie plaats heeft gevonden om de economische waarde ervan in te schatten (Fitzgerald et al., 2018).

Om de zorg & welzijnssector vitaler te maken is het van belang dat de WHP's die ingezet worden effectief zijn. Daarnaast ziet PGGM graag dat er een economische evaluatie wordt uitgevoerd om inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit van een WHP.

1.6. Economische evaluaties

Bij een economische evaluatie wordt er gekeken naar de verhouding van uitkomsten (effecten) en middelen (geld en menskracht). Aan de hand van een economische evaluatie kunnen organisaties hun keuzes baseren op welke WHP's er toe gepast gaan worden (Drummond et al., 2005).

Twee veel voorkomende economische evaluaties zijn: de kosten-effectiviteitsanalyse (KEA) en de kosten-batenanalyse (KBA). Beide evaluaties zijn volledige economische evaluaties. Dat betekent dat zowel de kosten, als baten in beeld worden gebracht (Drummond et al., 2012).

Kosten-baten analyse (KBA)

Bij een KBA wordt er gekeken naar de kosten en baten van de WHP, die vervolgens van elkaar af getrokken worden, rekening houdend met een bepaalde tijdsperiode. Deze kosten en baten worden uitgedrukt in de monetaire waarde van het land waar het onderzoek is uitgevoerd. Een gouden regel bij een KBA is dat de kosten/baten ratio hoger is dan 1. Dat wil zeggen dat de kosten lager zijn dan de baten, dus de WHP kosteneffectief is.

Van de toegepaste economische evaluaties is de KBA de meeste voorkomende (Drummond et al., 2005). Wanneer alle kosten en baten bekend zijn, kan er worden uitgerekend wat de interventie op heeft geleverd.

Kosten-effectiviteitsanalyse (KEA)

Bij een kosten-effectiviteitsanalyse worden de kosten van de WHP uitgedrukt in geld en de baten/effekten in eenheden. Deze baten/effekten kunnen per onderzoek verschillen. Een andere benaming, die veelal wordt gebruikt voor baten/effekten, is uitkomstmaat. De uitkomstmaat, bij een programma stoppen met roken, kan het aantal gestopte rokers zijn. Bij een WHP die gericht is op het reduceren van ziekteverzuim bedraagt dit bijvoorbeeld de gemiddelde kosten per dag voor elke zieke werknemer.

Het belangrijkste verschil tussen de KBA en KEA is dat bij een KBA gevraagd wordt om de WHP wel of niet uit te voeren terwijl bij een KEA gekeken wordt naar de beste manier van uitvoering.

1.7. Doel van het onderzoek

Omdat de trend is dat verzuim en arbeidsongeschiktheid toeneemt in de zorg & welzijnssector (prognose is naar 6,6% in 2023), heeft PGGM zich een gewaagd doel gesteld dit om te buigen naar 5,6%. PGGM kan deze ambitie niet alleen realiseren, daarom wordt er samenwerking gezocht met de zorg- & welzijnssector. Daarnaast wil PGGM graag betekenisvol zijn voor de sector zorg & welzijn.

Om deze rol waar te maken en de ambitie te realiseren overweegt PGGM om op termijn te gaan investeren in WHP's. Het pensioenfonds ziet graag dat een WHP naast effectief ook kosteneffectief is. Dit onderzoek gaat inzicht geven in (kosten) effectieve WHP's die zijn uitgevoerd in de zorg- & welzijnssector. De uitkomsten van dit onderzoek dragen bij aan de keuze voor een kosteneffectieve WHP.

De toegevoegde waarde voor werkgevers zal zijn: vitalere werknemers, een vitalere organisatie en een reductie op kosten van ziekteverzuim. Bij PGGM zal de toegevoegde waarde in de toekomst liggen als het aantal arbeidsongeschikten vermoedelijk zal dalen, waardoor de financiële last wordt gereduceerd. Er hoeft minder arbeidsongeschiktheidsverzekeringpensioen en premievrijstelling te worden betaald. Beide lasten tezamen bedroegen in 2018 € 345 miljoen, deze premiedruk gaat ten koste van pensioenopbouw voor ouderdompensioen.

1.8. Probleemstelling en deelvragen

Bovenstaand doel leidt tot de volgende onderzoeksvragen:

Onderzoeksvragen

1. *Wat zijn de belangrijkste uitkomstmaten van WHP's in de zorg en welzijn sector gericht op vitaliteitsbevordering?*

Bij een effectmeting is het belangrijk om van te voren een uitkomstmaat te selecteren (Goetzal et al., 2014). Deze uitkomstmaat wordt gemeten bij invoering en bij evaluatie van een WHP met een meetinstrument.

2. *Welke factoren dragen bij aan het succes van WHP's?*

De invoering van een WHP kan worden opgesplitst in verschillende dimensies (Glasgow et al., 1999). Bij elke dimensie dient een organisatie bepaalde keuzes te maken. Om het maken van de keuzes te vergemakkelijken worden de succesfactoren in kaart gebracht.

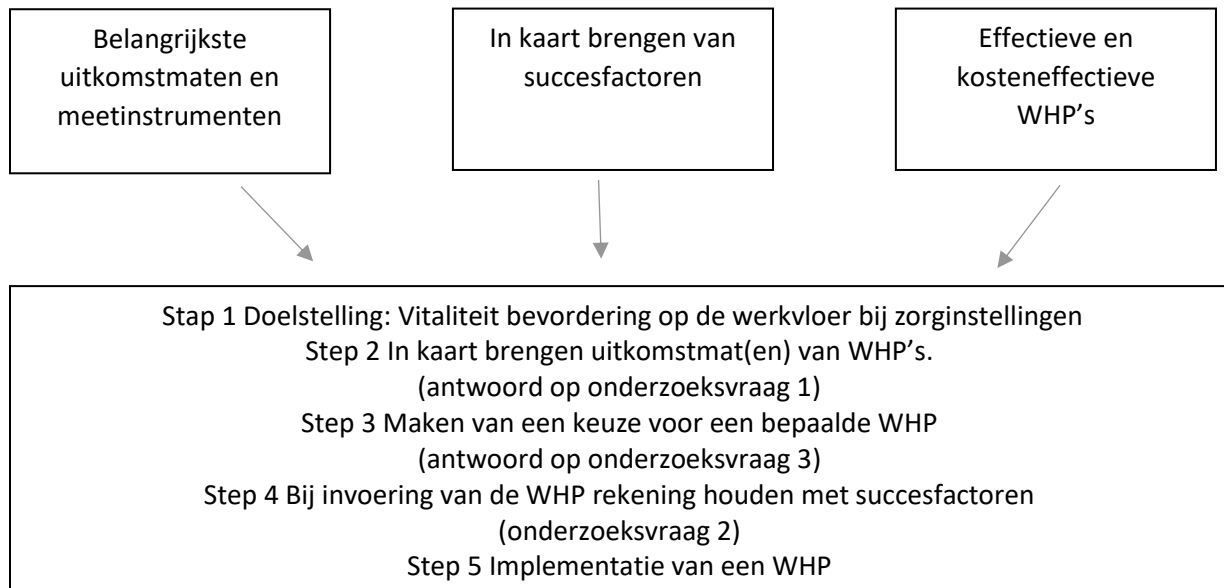
3. *Wat is bekend over de (kosten) effectiviteit van bestaande WHP's?*

Werkgevers kunnen kiezen aan een breed scala van WHP's. Zo kunnen er binnen een organisatie bijvoorbeeld mindfulness, loopbaanbegeleiding, of gebruik maken van een fysiotherapeut worden aangeboden. Al deze WHP's kunnen een positieve bijdrage leveren aan de vitaliteit werknemers, maar

welke is nu het meest (kosten) effectief? Mocht een werkgever een WHP gaan invoeren in zijn organisatie dan zou voorhand inzicht hebben in de effectiviteit zeer welkom zijn.

In figuur 1 is te zien hoe de onderzoeksvragen samenhangen.

Figuur 1 verband onderzoeksvragen



1.9. Leeswijzer

In hoofdstuk drie zijn de methoden beschreven. Hierin wordt uitgelegd op welke wijze de data zijn verkregen. De resultaten van het literatuuronderzoek zijn beschreven in hoofdstuk 4. Het volgende hoofdstuk (5) omvat de resultaten van de interviews. In het laatste hoofdstuk 6 staan de conclusie, discussie en aanbevelingen.

2. Methoden

2.1. Inleiding

Om de drie onderzoeksvragen te beantwoorden is onderzocht welke WHP's een bijdrage hebben geleverd op gezondheidsgebied en (kosten)effectiviteit. Daarnaast zijn de belangrijkste uitkomstmaten en meetinstrumenten genoteerd en de succesfactoren in kaart gebracht.

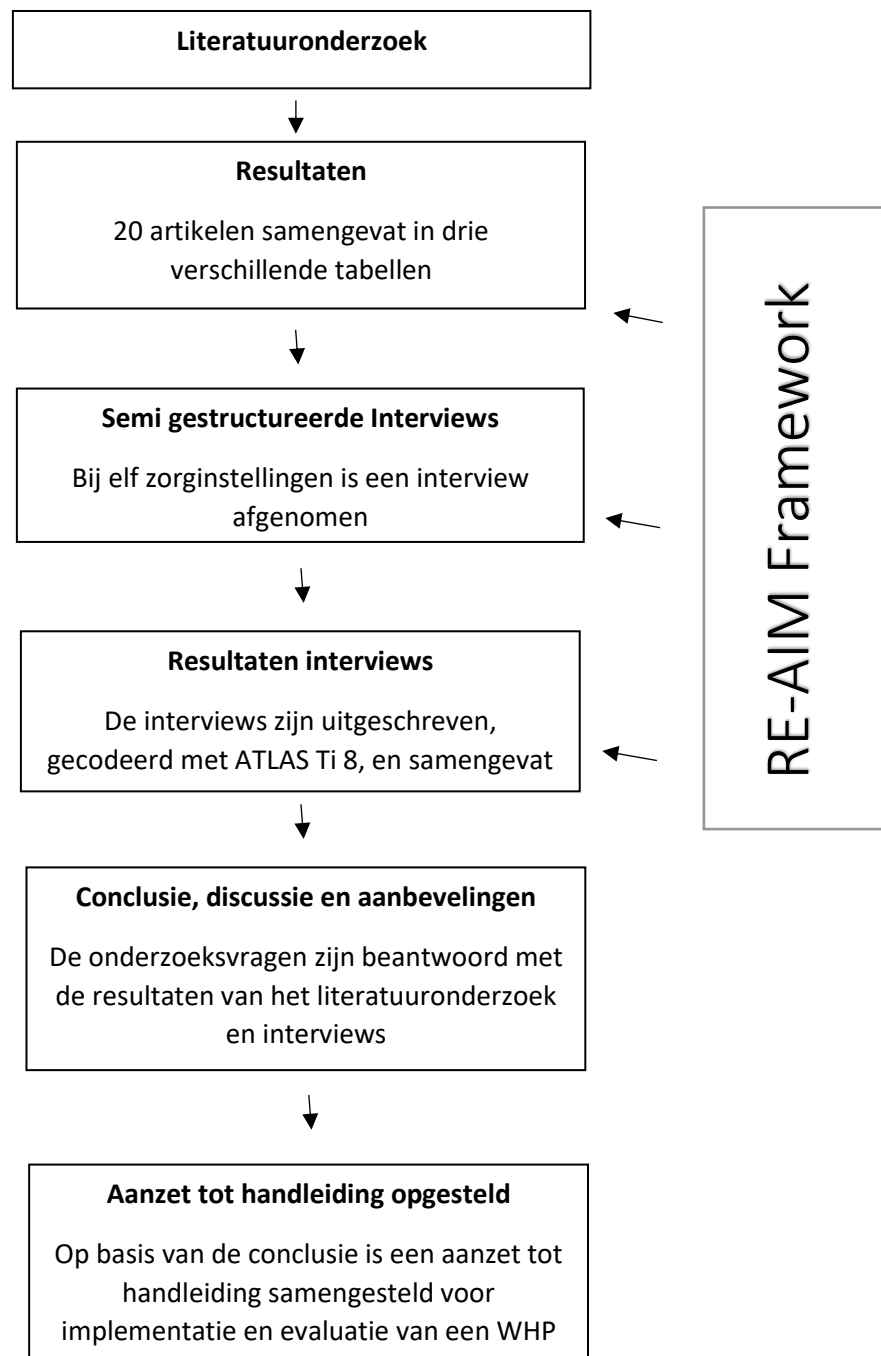
Dit onderzoek betreft een toegepast onderzoek (Scheepers et al., 2016). Kwalitatieve data zal verzameld worden aan de hand van literatuuronderzoek en interviews.

De keuze voor deze combinatie is dat:

- De onderzoeker een helder beeld heeft van uitgevoerde WHP's na het literatuuronderzoek en deze kennis kan toepassen in de interviews
- De resultaten van het literatuuronderzoek zijn gebruikt voor de vraagstelling van de interviews
- Een duidelijke conclusie getrokken kan worden op basis van de literatuur en de interviews

Het literatuuronderzoek is beschreven en samengevat in verschillende tabellen. De data van de interviews zijn geanalyseerd, gecodeerd en verwerkt. Met beide data zijn de conclusie, discussie, aanbevelingen en aanzet tot een handleiding geschreven. Een overzicht van de onderzoeksopzet is te zien in tabel 3.

Tabel 3 overzicht van de onderzoeksopzet



Het model wat gebruikt is voor de methoden is het RE-AIM Framework. Dit omdat het RE-AIM Framework bestaat uit vijf verschillende dimensies. Reach (bereik), Effectiveness/Efficiency (effectiviteit), Adoption (aanneming), Implementation (implementatie) en Maintenance (Continuïteit) (zie tabel 4 voor uitleg). Deze dimensies komen overeen met de fases van implementatie en evaluatie van een WHP. In het literatuuronderzoek is één tabel samengevat aan de hand van het RE-AIM Framework waarbij de vijf dimensies zijn gebruikt als tabelkop. Daarnaast is de structuur van de interviews gebaseerd op het RE-AIM Framework.

Het RE-AIM Framework is ontwikkeld in 1999 omdat er een evaluatiekader nodig was om de algemene gezondheid van de populatie te meten (Glasgow et al., 1999).

De gedachte achter het RE-AIM Framework is dat de effecten van een WHP, die zijn gemeten in wetenschappelijk onderzoek, niet zonder meer ook gelden bij toepassing van de WHP in praktijk (Savelkoul et al., 2010).

Om een duidelijk beeld te krijgen van het potentiële effect is het noodzakelijk dat alle vijf dimensies worden meegenomen. Compornolle (2014) gebruikt in zijn systematisch review het RE-AIM framework waarin 35 WHP's worden geëvalueerd. Gaglio (2013) hanteert het RE-AIM framework als basis voor zijn systematic review. In deze studie werden 71 WHP's beoordeeld aan de hand van dit framework.

Het RE-AIM Framework is een manier voor de benadering welke WHP's het meest effectief zijn en welke factoren hierbij een rol spelen. Tevens kan het framework gebruikt worden om de kosten en baten van een WHP in kaart te brengen (Holltrop et al., 2018). In dit onderzoek is gekeken naar de effectiviteit en tevens naar de kosteneffectiviteit van WHP's.

Tabel 4 RE-AIM Framework evaluaties dimensies

Dimensie	Level
Bereik: De absolute aantallen, het percentage deelnemers ten opzichte van de totale doelgroep. Kenmerken van deelnemers. Gebruik van communicatiemiddelen.	Individueel
Effectiviteit/werkzaamheid: De succesratio bij de implementatie volgens de richtlijnen of de positieve uitkomsten minus de negatieve uitkomsten. Het effect van de WHP, bij een RCT verschil in uitkomst tussen de controle en interventiegroep.	Individueel
Invoering: Het absolute aantal, de proportie of settings, praktijken instituties en uitvoerders die bereid zijn een bepaalde WHO initiëren.	Organisatie
Implementatie: De manier waarop een WHP wordt uitgevoerd in praktijk. Tijdsduur en drop out rates.	Organisatie
Continuïteit: In hoeverre wordt de WHP onderdeel van het reguliere aanbod binnen een organisatie.	Individueel en organisatie

Bron: Glasgow et al., 1999

2.2. Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek geeft een overzicht van gezondheids gerelateerde en economische uitkomsten van WHP's die zijn uitgevoerd in de zorg & welzijnssector. Het onderzoek naar relevante artikelen in het Engels en Nederlands is uitgevoerd in november 2018 in de database van de WUR library. De WUR library maakt gebruik van vele databases waardoor het bereik van de zoekopdracht voldoende groot is. Er is gekozen voor de volgende inclusie en exclusie criteria.

Inclusie criteria:

- Geschreven in het Engels of Nederlands.

- Een empirische studie.
- WHP (deels) in de zorg- & welzijnssector.
- Gericht op primaire, secundaire of tertiaire preventie wordt meegenomen.

Exclusie criteria

- Reviews en meta-analysis

De onderzoeker is van Nederlandse afkomst en beheerst tevens de Engelse taal. Daarnaast zijn de meeste studies geschreven in het Engels.

Om een zo groot mogelijke toepasbaarheid te hanteren zijn er alleen studies meegenomen die in de zorg- & welzijnssector zijn uitgevoerd. De bijdrage aan een vitalere sector kan middels het inzetten van verschillende WHP's op de preventieve of de curatieve kant. Er is geen onderscheid gemaakt tussen studies waarin preventief gezondheidsbevordering wordt aangeboden of dat dit curatief wordt uitgevoerd.

Het tijdsbestek voor het onderzoek was zes maanden, met dit gegeven zijn reviews en meta-analysis uitgesloten in dit onderzoek.

Op basis van de onderzoeksvragen is besloten om met de volgende woorden te gebruiken als zoekcriteria: health promotion, workplace, cost effectiveness, cost benefit en absenteeism (zie tabel 5).

Tabel 5 zoekcriteria

Study design	Participants	Intervention	Outcome	Specify characteristics
All	Workplace	Health promotion	Absenteeism	Cost effectiveness Cost benefit

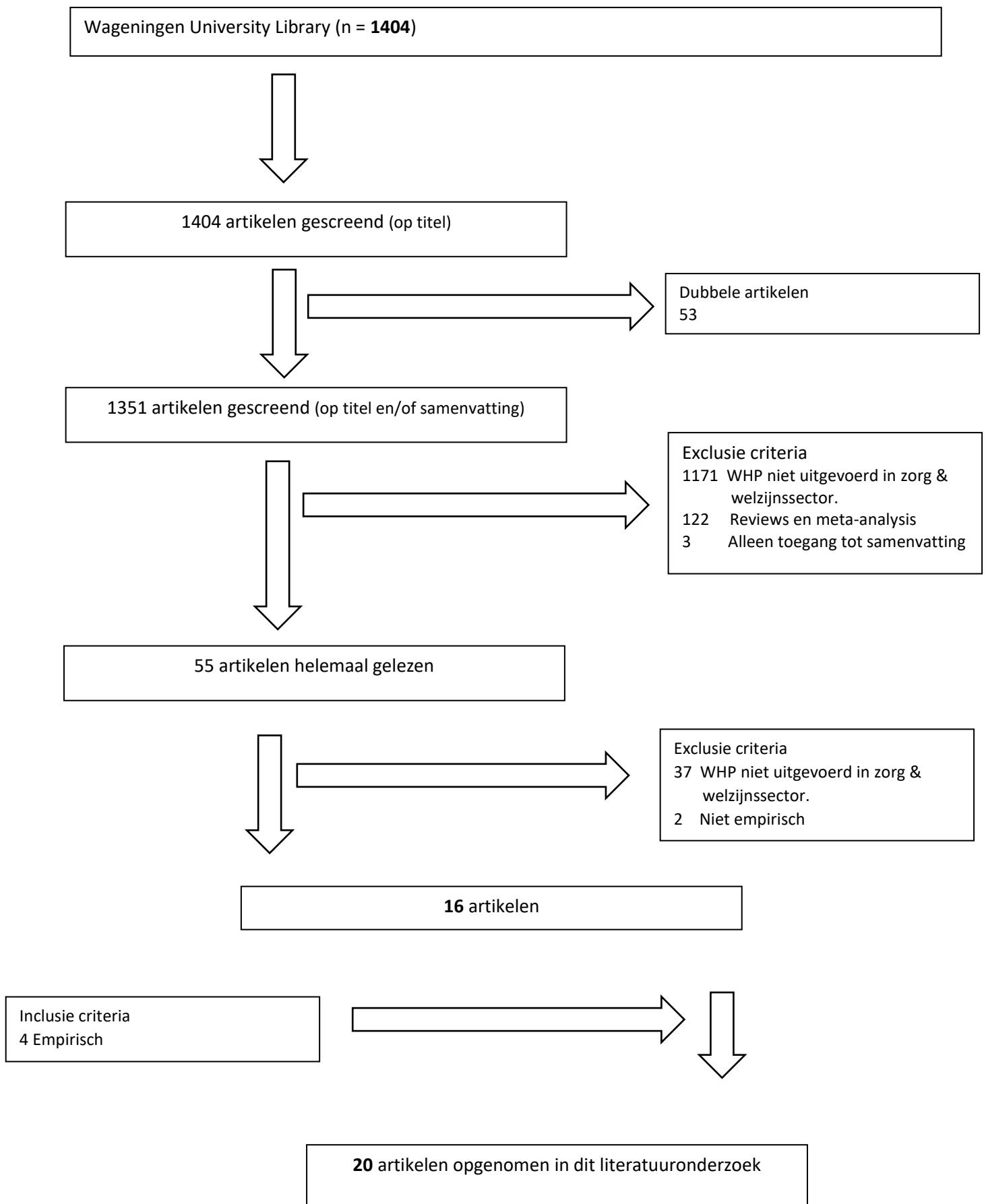
In de inclusie criteria is al genoemd dat alleen empirische studies worden gebruikt in dit onderzoek. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen de soorten studies, alle soorten studies design zijn meegenomen in dit onderzoek. De studie moet op de werkvloer zijn uitgevoerd: Work Health Program. De deelnemers in deze studies zijn dan ook werknemers.

Het promoten van gezondheid en/vitaliteit staat centraal bij een WHP. Vandaar dat er gezocht is met het woord 'health promotion'. Als uitkomstmaat is gekozen voor absenteeisme oftewel ziekteverzuim. Deze uitkomstmaat kan duidelijk worden gemeten en de opbrengst in relatie met de investering is duidelijk zichtbaar. Aan de hand van een economische evaluatie kan de kosteneffectiviteit van een WHP bepaald worden. Dit gegeven is essentieel indien er mogelijk geïnvesteerd gaat worden in WHP's. De twee meest voorkomende vormen om de kosteneffectiviteit uit te rekenen zijn: een kosteneffectiviteitsanalyse en een kosten-baten analyse (Drummond et al., 2015). Deze twee zoektermen zijn dan ook meegenomen in het literatuuronderzoek.

In de WUR Library is gezocht op trefwoord met de woorden: health promotion, AND workplace OR cost effectiveness OR cost benefit AND absenteeism dit leverde een resultaat op van 1404 artikelen. Bij de eerste screening zijn alle dubbele studies verwijderd.

Na het screenen van titel en/of samenvatting waarbij de inclusie en exclusie criteria is aangehouden bleven er uiteindelijk 55 over. Het gehele artikel is vervolgens bestudeerd, waarna er zestien artikelen over bleven. Van deze zestien artikelen bleken er twee een study protocol te zijn. Na nader onderzoek zijn er bij deze twee studies een proces en een economische evaluatie gevonden. Waardoor het aantal artikelen werd uitgebreid naar twintig zie tabel 6.

Tabel 6 Flow chart inclusie criteria studies



Analyse artikelen

In totaal zijn er twintig artikelen gebruikt voor het literatuuronderzoek, die zestien studies vertegenwoordigen zie tabel 9. In deze artikelen is voornamelijk een RCT (13x) studie uitgevoerd. Nederland was het vaakst vertegenwoordigd in de studies (6x), in Denemarken en USA zijn drie studies uitgevoerd, twee in Australië en Canada en één studie vond plaats in Duitsland. In deze studies zijn verscheidene typen WHP's uitgevoerd hierbij enkele voorbeelden: mindfulness training, E-health en een griepvaccinatie.

2.3.Semi gestructureerd interviews

Bij professionals in de zorg- & welzijnssector is een interview afgenomen. Bij deze interviews is gebruik gemaakt van een semigestructureerde interviewtechniek. Dit geeft de mogelijkheid om tijdens het gesprek de volgorde en de verdiepende vragen aan te passen (Saunders, Lewis & Thornhill, 2004).

In totaal is er bij elf organisaties een interview afgenomen, zie tabel 7.

Tabel 7 Overzicht van organisaties waar een interview is afgenomen

Deelsector	Aantal werknemers	Organisatie	Aantal werknemers
VVT	375.700	Carintreggeland	390
		Caryn	6000
		Aafje	3600
		Zinnzorg	2200
		WZH	2100
Ziekenhuizen	283.200	Antonius	5500
		Bernhoven	2200
Gehandicaptenzorg	171.000	Siza	3500
		Raamwerk	1000
GGZ	83.900	-	-
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	32.900	Zorggroep SEZ	200
Overige zorg	112.900	U Centraal	120

Bij één organisatie was het niet mogelijk om langs te gaan. Deze organisatie heeft per mail de antwoorden doorgestuurd. De interviews zijn op locatie face-to-face bij de zorginstellingen afgenomen. Deze locaties zijn verspreid door heel het land Rotterdam, Utrecht, Den Haag, Hengelo en Groningen.

De interviews zijn opgenomen en er is een transcript gemaakt, waardoor de verwerking van de analyse dicht bij de werkelijkheid blijft. Teves verhoogt dit de betrouwbaarheid.

De geïnterviewden hebben hiervoor getekend middels een toestemmingsverklaring (bijlage 6). Eén professional gaf geen toestemming om het interview op te nemen. De anonimiteit van de geïnterviewde is gewaarborgd gebleven in het verslag. Wel gaf iedereen toestemming om hun naam te vermelden in de bijlage. De geluidsopname is letterlijk uitgeschreven en ter verificatie naar de professional toegestuurd. Zes organisaties gaven een korte reactie in een bedank vorm. Twee organisaties gaven aan dat er hier en daar nog wat spellingsfouten in zaten. Met de organisatie die

geen toestemming gaf voor gebruik van opnameapparatuur is enkele keren mail contact geweest. Op deze manier is ervoor gezorgd dat de tekst in het verslag correspondeert met het interview. De duur van de interviews varieerden van 40 tot 80 minuten en gemiddeld nam één interview 57 minuten in beslag.

Het doel van deze interviews was om een duidelijk beeld te krijgen welke en hoe deze WHP's binnen de zorginstellingen worden uitgevoerd. De twee soms drie belangrijkste WHP's (volgens de professional) zijn in dit interview besproken. Een week voor het interview heeft de onderzoeker een korte mail gestuurd naar de desbetreffende organisaties over de inhoud van het interview (bijlage 5). De structuur van de interviewvragen is gebaseerd op het RE-AIM Framework. Per dimensie van het Framework: bereik, effectiviteit, toepassing, implementatie en continuïteit, zijn de vragen onderverdeeld zie bijlage 2. Daarnaast zijn er enkele vragen toegevoegd vanuit het investeringsperspectief van PGGM. Een deel van de interviewvragen komt voort uit een rapport van het RIVM (Savelkoul et al., 2011), zie tabel 8. In dit rapport worden de praktijkspecten beschreven die een rol spelen bij uitvoering van een WHP. De basis van dit rapport is gebaseerd op het RE-AIM Framework en het ACE model. Een ander hulpmiddel dat als ondersteuning heeft gediend bij de opstelling van de vragenlijst is de masterscriptie van Janssen (2017). In dit kwalitatief onderzoek is gezocht naar de heersende normen rondom gezondheid/vitaliteit in 'Work Site Health Promotion' programma's en welke consequenties dit voor werknemers met zich meebrengt. Tevens heeft het resultaat van het literatuuronderzoek als basis gediend voor enkele vragen.

Tabel 8 overzicht herkomst interviewvragen

Dimensies	
Bereik (vijf vragen)	Vier vragen geformuleerd naar aanleiding van het rapport RIVM Een vraag overgenomen uit de scriptie
Effectiviteit (vijf vragen)	Een vraag overgenomen uit rapport RIVM Twee vragen geformuleerd van scriptie Twee vragen van resultaten literatuuronderzoek
Toepassing (drie vragen)	Twee vragen geformuleerd uit scriptie Een vraag afkomstig van resultaten literatuuronderzoek
Implementatie (twee vragen)	Een vraag overgenomen uit rapport RIVM Een vraag afkomstig van resultaat literatuuronderzoek
Continuïteit (vier vragen)	Een vraag overgenomen uit rapport RIVM Een vraag geformuleerd van scriptie Twee vragen afkomstig van resultaten literatuuronderzoek

Er is gekozen om een verdeling te maken in zorginstellingen op basis van de deelsectoren binnen de zorg- & welzijnssector. Deze sectoren zijn VVT, ziekenhuizen, gehandicaptenzorg, GGZ, huisartsenzorg en gezondheidscentra en overige zorg. Bij de deelsectoren van 150.000 werknemers en meer zijn twee of meer interviews (tabel 7) afgenomen. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen een grote en een kleine organisatie. Met dit gegeven is een selectie van organisaties gemaakt in samenwerking met Bas Gortworst (een collega van de onderzoeker). In totaal is naar 23 personen (individueel) van verschillende zorgorganisaties een mail verstuurd (bijlage 4) met verzoek tot medewerking voor een interview. Deze personen zijn geselecteerd op basis van hun deskundigheid, bereidwilligheid en interesse in het onderwerp en hebben daarnaast een zakelijke relatie met Bas Gortworst. Deze sample methode kan gedefinieerd worden als convenience sample (Scheepers et al., 2016). Hierop werd door elf organisaties positief op gereageerd.

2.4. Analyse

Het literatuuronderzoek is samengevat middels drie verschillende tabellen (9,10 en 11). De indeling van de tabellen negen en tien zijn gebaseerd op eerdere onderzoeken die uitgevoerd zijn (Van Dongen et al., 2011, Aldana., 2001 en Baxter et al., 2014). Tabel 11 is aan de hand van het RE-AIM Framework opgesteld.

De interviews zijn gecodeerd met het programma ATLAS.ti 8. Met dit programma is er orde geschapen in de 'onoverzichtelijkheid' van de kwalitatieve data van de interviews. Vijf codes zijn gebaseerd op het RE-AIM Framework. Acht nieuwe thema's (codes) zijn door de onderzoeker zelf toegevoegd aan de hand van kwalitatieve data-analyse van de interviewdata. De overige vijf codes zijn gebaseerd op het literatuuronderzoek. Deze corresponderen met de koppen van tabel 10. Bijlage 8 geeft een overzicht van alle codes.

3. Resultaten literatuuronderzoek

3.1. Soort interventie

In het literatuuronderzoek zijn verschillende studies uitgevoerd in verschillende landen. Zes studies hebben plaats gevonden in Nederland, drie in Denemarken en USA, twee in Australië en in Canada en Duitsland is één studie uitgevoerd.

In de studies van Jay et al., (2015), Dongen et al., (2013) en Palumbo et al., (2013) wordt een WHP geëvalueerd waarbij de deelnemers een lichamelijke activiteit uit hebben gevoerd. Noben et al., (2014) en Lokman et al., (2017) omschrijven een WHP waarbij een E-health module centraal stond. Het coaching aspect was onderdeel van een studie uitgevoerd door Weir et al., (1997) terwijl Meijboom (2016) een studie uitvoerde bij deelnemers die een griepvaccinatie hadden ontvangen. Het terugdringen van gewichtstoename was het doel van van Wier et al., (2013). Schneider et al., (2015). En Merrill & Merrill (2013) baseren hun onderzoek op verkregen data.

3.2. Instrument en uitkomstmaat

Uitkomstmaten in het literatuuronderzoek zijn: ziekteverzuim, presentisme, algemene gezondheid, vitaliteit, levenskwaliteit, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en waargenomen stress.

De twee uitkomstmaten die het vaakst voorkomen in de studies zijn ziekteverzuim en presentisme. Ziekteverzuim kan gemeten worden met de Work Limitations Questionnaire die door Lahari et al., (2012), Palumbo et al., (2010) en Christensen et al., (2011) wordt ingezet. Weir (1997) gebruikt het Irvine and Evans Model om inzicht te krijgen in het ziekteverzuim van de werknemer, daarnaast werd met dit model het gedrag en de financiële situatie gemeten. Een andere manier om inzicht te krijgen in het ziekteverzuim was om gebruik te maken van bestaande data (Noben et al., 2014, Lokman et al., 2017, en Holden et al., 2018).

Presentisme is gemeten door Lokman et al., (2017) met de EuroQol. Lahari et al., (2013) en Meijboom (2018) maakten gebruik van zelf ontworpen vragenlijsten om inzicht te krijgen in presentisme van de werknemers. Van Wier et al., (2013) hanteerde de World Health Organization Health (WHOH) en de Work Performance Questionnaire (WPQ) om presentisme in kaart te brengen. De WHOH is tevens gebruikt door Holden et al., (2018). Noben et al. (2014) paste zelf gerapporteerde vragenlijsten toe die gebaseerd zijn op de Productivity and Disease Questionnaire (PRODISQ).

Aandoeningen aan het bewegingsapparaat worden gemeten door Jay et al., (2015). Christensen et al., (2011) heeft de Nordic Questionnaire hiervoor gebruikt.

Voor het meten van de algemene gezondheid is de SF 36 Health Survey gebruikt (Palumbo et al., 2010 en Christensen et al., (2011). Een ander instrument om de algemene gezondheid in kaart te brengen is de RAND-36 die door Dongen et al., (2013) werd gehanteerd. Deze twee instrumenten zijn vertaald van dezelfde Amerikaanse vragenlijst, alleen is bij twee schalen het algoritme anders (www.umcg.nl).

Waargenomen stress is gemeten aan de hand van de Perceived Stress Scale (PSS) bij de studies (Bartlett et al., 2016 en Palumbo et al., 2010). Bartlett et al., (2016) maakt daarnaast ook gebruik van de Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS) om het stress level te meten. Palumbo et al., (2010) mat aan de hand van de Nursing Stress Scale de werkstress van de deelnemers. Een ander meetinstrument waarmee het stressniveau gemeten kan worden is de Visual Analogue Scale (VAS) die werd gehanteerd door Jay et al., (2015). Een andere uitkomstmaat is psychologische angst die door Meijboom (2018) werd gemeten aan de hand van Kessler 6.

Vitaliteit is een uitkomstmaat die in de studies van Dongen et al., (2013) en Christensen et al. (2011) wordt gemeten. Dongen et al. (2013) gebruikt hiervoor de Utrecht Werk Engagement Scale (UWES) en Christensen et al., (2011) de SF 36. Een uitkomstmaat die hier nauw mee samenhangt is levenskwaliteit waarbij het Assessment of Quality of Life (AQoL-4D) als instrument kan dienen (Bartlett et al., 2016). Bij de studie uitgevoerd door Arends et al., (2010) is de uitkomstmaat functioneren op het werk gemeten aan de hand van Work Role Functioning Questionnaire (WRFQ). Fitness level was een andere uitkomstmaat wat door middel van BMI en een VO2 Max test in kaart is gebracht door Dongen et al.,

(2013). Een vergelijkbare uitkomstmaat is fysieke inspanning die door Christensen et al., (2011) bepaalt wordt met de Work Ability Scale. Bartlett et al., (2016) heeft de slaapkwaliteit/slaapproblemen vastgesteld en de Jenkins Sleep Scale hiervoor gebruikt.

3.3. Economische evaluatie

Bij zeven van de zestien studies is een economische evaluatie uitgevoerd (Dongen et al., 2016, Lahari et al., 2012, Meijboom, 2018, Lokman et al., 2017, Merrill & Merrill, 2013, van Wier et al., en Arends et al., 2010). De resultaten hiervan staan beschreven in tabel 8.

In de artikelen wordt onderscheid gemaakt tussen een kosteneffectiviteitsanalyse en een kosten-baten-analyse.

Een kosteneffectiviteitsanalyse is uitgevoerd in de studies Dongen et al., (2016), Meijboom (2018), Noben et al., (2014) en van Weir et al (2013). In deze studies zijn alle berekeningen uitgerekend. NB = benefits - costs, BCR = benefits/cost, ROI = (benefits – cost)/costs (*100). In de studies is wel gewerkt met een verschillende grootte van bootstrap analyse. Zo verschillen de getallen van 1000 (Noben et al., 2014), 2000 (Lokman et al., 2017) 5000 (Dongen et al., 2013) en 10.000 (Meijboom 2018). De kosteneffectiviteit van deze interventies is aangegeven met de ICER incrementele kosten van de interventie en de opbrengsten (effecten) van de interventiegroep ten opzichte van de controle groep (ICER = $C_1 - C_0 / E_1 - E_0$). Arends et al (2010) heeft ook een uitgebreide economische evaluatie uitgevoerd met een bootstrap van N = 5000, in dit onderzoek zijn geen cijfers van ROI weergegeven. Bij alle vijf studies (Dongen et al., 2016, Meijboom, 2018, Noben et al., 2014, van Wier et al., en Arends et al., 2010) is gerekend vanuit twee perspectieven (werkgever en maatschappelijk). Het werkgever perspectief is het meest gebruikt, aangezien deze in veel gevallen ook de financiering van de WHP voor zijn rekening neemt. Bij de studie van Lahari et al., (2012) is dit ook het geval, waar het Net-Cost Model voor de berekening wordt gebruikt.

Merrill & Merrill hebben een kosten-baten analyse uitgevoerd op basis van de resultaten tussen de interventie- en controlegroep. Holden et al (2011) deed dit aan de hand van (4 jaar) biometrische data.

3.4. Effectiviteit

De effectiviteit in een studie wordt gemeten bij een RCT of quasi experiment (14 van de 16 studies). In de andere twee studies van Merrill & Merrill (2013) en Holden et al., (2011) wordt de effectiviteit gemeten aan de hand van een cohort studie.

De economische evaluatie Dongen et al., (2013) toont aan dat het WHP programma kosteneffectief is, maar niet significant. In de studie van Palumbo et al., (2015) was er wel een significant verschil te zien op ziekteverzuim tussen de interventie- en controlegroep. Noben et al., (2014) toonde aan dat er besparingen van ziektekosten waren bij de interventie- en controlegroep. De besparingen van de interventiegroep waren echter significant groter.

Het management programma dat uit is gevoerd door Lahari et al., (2012) laat tevens een significant verschil zien tussen het gewicht in de interventiegroep en de controlegroep, ook was er significantie zichtbaar bij Bartlett et al., (2016) waar ziekteverzuim en presentisme als uitkomstmaat dienden.

De griepvaccinatie die door Meijboom (2018) is uitgevoerd laat zien dat het vaccineren van werknemers en/of patiënten kostenbesparend kan zijn voor een organisatie.

De studies Nobel et al., (2014) en Lokman et al., (2017) waar een E-health module is uitgevoerd laten een ROI van 1:11 en een 1:10 te zien. Dit betekent dat elke euro die geïnvesteerd wordt in het onderzoek aan de achterkant tien of elf euro oplevert. Wier et al., (2013) laat in zijn studie bij de interventie en controlegroep effecten zien op groepsdynamiek en werkdruk. Bij de interventiegroep was een hoger ziekteverzuim te zien ten opzichte van de controlegroep.

Bij de controlegroep was een daling van \$ 78 aan ziektekosten te zien en bij de interventiegroep was deze \$ 48 op jaarbasis. De gemiddelde uitgaven aan verzuimkosten van personen die niet deel uit maakten van het onderzoek waren \$ 1700 (op jaarbasis).

Scheider et al., (2015) toont aan dat deelnemers die een ziekte-uitkering ontvangen of contact hebben gehad met een ziektekostenverzekeraar eerder zullen deelnemen aan een RTW. Een andere studie van

Merill en Merill (2013) waar ook gebruik werd gemaakt van data laat zien dat het aantal jaarlijkse ziekteclaims hoger lagen bij de controlegroep 1,9x in 2007 en 2,8x in 2010 ten opzichte van de interventiegroep. Van Wier et al., (2013) laat in zijn studie een significant verschil op gewichtsverlies en taille omvang in het voordeel van de controlegroep, die normale zorg ontving. Bij alle studies is een Confidence Interval (CI) van 95% gehanteerd.

Tabel 9 overzicht van de artikelen

Studie	Doel	Kenmerken deelnemers	Land	Aantal deelnemers	Soort studie	Economische evaluatie
1 Jay et al. (2015)	Het onderzoeken van het effect van een multi component op pijn en stress	Laboratorium technici Gemiddelde leeftijd 46,5 jaar 11% rokers Gemiddelde uren werkzaam 38 uur	Denemarken	N = 112	RCT	nee
2 Dongen et al. (2013)	Het construeren van een kosten-baten en een RIO analyse van de Vital@work interventie in vergelijking met gewone zorg	Ziekenhuismedewerkers VUMC en LUMC 45 jaar en ouder	Nederland	N = 730	RCT	ja
3 Bartlett et al. (2016)	Het evalueren van een 5 weekse mindfulness programma, op acceptatie, haalbaarheid en effectiviteit in relatie tot stress, mentale gezondheid en productiviteit	Werknemers in Tasmanian State Service	Australië	N = 135	RCT	nee
4 Lahari et al. (2012)	Het evalueren van de kosteneffectieve ratio van een verpleging home-based behavioural Weight Management Program (BWMP) van een werknemers perspectief	Werknemers in de verpleging met overgewicht of obese	USA	N = 72	RCT	ja
5 Palumbo et al (2010)	Het beoordelen van de toegankelijkheid van een Tai Chi wellness programma op kosteneffectiviteit en het verbeteren van lichamelijke en mentale gezondheid het verminderen van stress.	Verplegers 49 jaar en ouder	USA	N = 14	RCT	nee
6 Meijboom (2018)	Het onderzoeken van de economische waarde van inenting bij ziekenhuismedewerkers en patiënten	Ziekenhuismedewerkers van UMC (Utrecht)	Nederland	N = 14.000	Cluster randomized trail	Ja

7 Noben et al. (2014)	Het ontdekken van de kosteneffectiviteit van een preventieve interventie	Verpleegkundigen	Nederland	N = 413	Pragmatic cluster randomized trail	ja
8 Lokman et al. (2017)	Het evalueren van economische-en gezondheidskosten van een E health interventie	Nederlandse werknemers die tussen de 4 en 26 weken afwezig zijn vanwege ziekte en die de huisarts bezocht hebben	Nederland	N = 220	Two armed cluster randomized	ja
9 Schneider et al. (2015)	Het meten van het effect van Return To Work programs (RTW) terugkeren naar werk programma's programs	Verzekerden bij de Statutory Health Insurance (SHI) Werknemers die door ziekte meer dan 42 dagen afwezig waren.	Duitsland	N = 28.856	Quasi experiment	nee
10 Christensen et al (2013) Christensen et al (2011) en Holtermann et al (2010)	In een artikel wordt de achtergrond, ontwerp en concept model beschreven van het FINALE programma. Een tweede geeft een specifieke omschrijving van het programma die uit is gevoerd bij gezondheidsmedewerkers. De laatste is een omschrijving van de effectmeting van de studie die uit is gevoerd bij gezondheidsmedewerkers	Werknemers uit verschillende sectoren: schoonmakers, gezondheidsmedewerkers, constructie medewerkers en werknemers in de industrie	Denemarken	N = 242 gezondheidsmedewerkers	Randomized controlled en 1 case control trail study	nee
11 Merill & Merill (2013)	Het doel van dit onderzoek is om de effectiviteit aan te tonen van een worksite telefoon gezondheid coaching programma	Fulltime werknemers van een viertal organisaties	USA	N = 10.342	Retrospective cohort study	ja
12 Weir et al. (1997)	Het testen van de werkzaamheid, effectiviteit van een serie probleemoplossende gesprekken tussen verpleegkundigen en managers. Dit om leiderschap te ontwikkelen.	Werknemers en managers van klinische instellingen	Canada	N = 142	Randomized Controlled trial	nee

13 Ilvig et al. (2018)	Het identificeren en ontdekken van aanwezige barrières, die deelnemers ervaren hebben bij vrijwillige deelname aan een WHP.	Vrouwelijke thuiszorg medewerkers en assistenten	Denemarken	N = 357	RCT	nee
14 van Wier et al. (2013)	Het onderzoeken van de kosteneffectiviteit en return on investment (ROI) van richtlijnen voorgeschreven bij de bedrijfsarts gericht op het voorkomen dat je aankomt.	Werknemers van grote bedrijven (100 +) met een ongezonde levensstijl weinig beweging en slechte eetgewoontes	Nederland	N = 524	RCT	ja
15 Arends et al (2014) Arends et al (2013) Arends et al (2010)	Een artikel beschrijft het ontwerp van een programma (SHARP interventie). Het ander artikel is een procesevaluatie Het laatste artikel betreft een economische evaluatie..	Werknemers van bedrijven in Nederland met uitzondering van het zuidelijke deel.	Nederland	N = 158	Cluster Randomized Trial	ja
16 Holden et al (2011)	Het identificeren van gezondheidsvoorwaarden in relatie met presentisme.	Werknemers van grote Australische bedrijven	Australië	N = 77.455	Retro spectieve cohort	nee

Tabel 10 overzicht van uitgevoerde WHP's

Soort WHP	Beschrijving WHP	Instrument	Uitkomstmaat	Opbrengst Economische evaluatie
1 Lichamelijke/mindfulness training (Jay et al., 2015)	<p>Het programma bestaat uit vier grote elementen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 individuele motor control training 2 individuele weerbaarheidstraining tegen rugklachten 3 cognitief en gedragsonderwijs 4 algemene mindfulness <p>Op basis van screening en het invullen van vragenlijsten waren de deelnemers zich bewust van hun eigen stress niveau. De trainer verschaftte informatie op individueel niveau over chronische rugpijn.</p> <p>De controlegroep ontving enkel een mail met daarin informatie over gezondheid en het huidige WHP aanbod. Het WHP had een looptijd van 10 weken en de deelnemers hadden de mogelijkheid (vrijwillig) om 3s per week deel te nemen aan een yoga les van 20 minuten.</p> <p>Het onderzoek is gebaseerd op een conceptmodel of the stress-pain relationship.</p>	Nordic questionnaire en de VAS Cohen's vragenlijst een exploratieve dose response	Ervaren van pijn Stressniveau level Toepasbaarheid van training met pijn en stress	-
2 Yoga en aerobics oefeningen Coaching (life style interventie) (Dongen et al., 2013)	<p>Aan de deelnemers werd gevraagd om een keer per week aan een yoga sessie en/of aerobic sessie deel te nemen (vrijwillig). Tijdens deze lessen was gratis fruit beschikbaar. Ook werden er drie gesprekken aangeboden tijdens de WHP. De looptijd van het programma was 6 maanden.</p>	Vragenlijst gebaseerd op literatuur Focusgroups, SQUASH Korte vragenlijst groente en fruit UWES (17 vragen) VO2 max, BMI RAND-36 WHO-HPQ CEA	Leefstijl gedragingen fruit inname vitaliteit fitness level algemene gezondheid presenteïsme en absenteïsme kosteneffectiviteit	Sociaal perspectief Algemene vitaliteit ICER € 280 Cost effectiveness plan Noord oost Werkgevers perspectief ziekteverzuim - € 223 Presenteïsme - € 106 RIO – 2,2 (12 maanden)

<p>3 Mindfulness training (Bartlett et al., 2016)</p>	<p>Het mindfulness programma dat aan is geboden is nieuw en ontworpen door iemand met negen jaar ervaring in de branche. Gedurende weken 5 konden deelnemers aan een mindfulness training deelnemen. Voordat het programma begon werd gevraagd aan de deelnemers om drie personen uit te nodigen (collega's of familie) om ook deel te nemen . De controle groep ontving evidence based informatie over gezondheid en werk gerelateerde stress.</p>	<p>Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS) Percieved Stress Scale (PSS-14) Kessler 10 Assessment of Quality of Life (AQoL-4D) Jenkins Sleep Scale (JSS)</p>	<p>Stress level (aandacht en bewustzijn) Ervaren van stress Psychologische angst Levenskwaliteit Slaapkwaliteit</p>	
<p>4 Stimulans gedrag, gewicht Management Programma (Lahari et al., 2012)</p>	<p>Voor de start van de interventie ontvingen deelnemers informatie over gezondheid en werden ze ook geacht om te reflecteren over hun eigen levensstijl. Om de drie weken vond er individueel een gesprek plaats wat een uur duurde. Voor elke pond die de deelnemers afvielen ontvingen ze 10 dollar. De WHP had een looptijd van 16 weken</p>	<p>Standaardiseerde vragenlijst Work Limitations Questionnaire (WLQ) WLQ + enkele extra vragen</p>	<p>Algemene gezondheid, en ziekte historie ziekteverzuim presenteïsme</p>	<p>Kosten effectiviteit \$ 25,5 controlegroep \$ 58,2 interventietroep De sensitiviteit analyse (25%) winst van \$ 36.680 bij geen effect (0%) –\$ 5,259</p>
<p>5 Tai Chi wellness programma (Palumbo et al., 2010)</p>	<p>Aan de deelnemers werd gevraagd om elke week deel te nemen (vrijwillig) aan een Tai Chi les. Deze lessen duurden 45 minuten en de totale looptijd van de studie was 15 weken. Daarnaast werd de deelnemers ook gevraagd om minimaal 4x per week thuis 10 minuten te oefenen.</p>	<p>SF 36 Health Survey Nursing Stress Scale Percieved Stress Scale Sit tand reach Nordic Musculoskeletal Questionnaire Work Limitations Questionnaire Combined time off</p>	<p>Algemene gezondheid werkstress (verpleegkundigen) Waargenomen stress Functionaliteit en lenigheid Presenteïsme ziekteverzuim</p>	<p>-</p>

<p>6 Griep vaccinatie (Meijboom, 2018)</p>	<p>De interventie bestond uit het ontvangen van één griepvaccinatie. Daarnaast is gebruik gemaakt van data van vier eerdere klinische studies.</p>	<p>Gebaseerd op de Nederlandse richtlijnen voor kosteneffectief onderzoek Gebaseerd op Nederlands register van Postma et.al en Hak et al en vragenlijsten uit eerdere studies Friction cost methods PSA 10.000 Cost benefit analyse (sociaal perspectief)</p>	<p>Geschatte kosten van het totale programma Direct en indirecte medische kosten Presenteïsme De totale kosten en baten int groep t.o.v. controlegroep</p>	<p>-</p>
<p>7 Consultaties met bedrijfsarts/e- health (Noben et al., 2014)</p>	<p>Deze studie bestond uit drie groepen: De controlegroep zij hebben alleen op to begin t1 (na 3 maanden) en t2 na (6 maanden) een vragenlijst ingevuld. De Op groep zij hadden de mogelijkheid (vrijwillig) om drie gesprekken te voeren met de bedrijfsarts. De mental health groep ontvingen een elektronische feedback nadat er een vragenlijst was ingevuld. De totale looptijd van deze studie was 1 jaar.</p>	<p>Algemene vragenlijst Cost benefit analyse (werkgevers perspectief) Zelf gerapporteerde vragenlijsten over presenteïsme gebaseerd op Productivity and Disease Questionnaire (PRODISQ)</p>	<p>Persoonlijke kenmerken Kosten en baten voor de werkgever m.b.t. opbrengst WHP B-C en RIO B/C Bootstrap N=1000 Presenteïsme en ziekteverzuim</p>	<p>Werkgeversperspectief € 244 (ziekteverzuim) RIO interventiegroep 1:11 Bij -30% 1:8 (6 maanden) Controlegroep 1: -3</p>
<p>8 E Health module (Lokman et al., 2017)</p>	<p>De interventie bestond uit twee onderdelen de e Health module Return to Work (voor de werknemer) en een email based om de juiste beslissingen te nemen die werd verzonden vanuit de bedrijfsarts. De E-health module bestond uit vijf modules samengesteld in zestien sessies. Het totale onderzoek had een looptijd van één jaar.</p>	<p>Medical Technology Assessment Cost Questionnaire for Psychiatry (self report) vergeleken met de data van de administratie 3 level version of the EuroQoL-5D human capital method Nederlandse gemiddelde uurtarief Cost Analyse Utility (CAU)</p>	<p>Ziekteverzuim Aantal toegeschreven levensjaren presenteïsme opbrengst voor werknemer in levensjaren en werkgever ROI</p>	<p>Return on investment 1:10.6 werkgever Verzekeringperspectief opbrengst - €234 Werkgever € 262 omtrent niet medische kosten € 696 omtrent QALY opbrengst Sociaal pers. € 4510 in voordeel of de int. Groep RIO 1:14</p>

<p>9 Terug keren naar het werk programma's (Schneider et al., 2015)</p>	<p>Aan de hand van data van de grootste Duitse verzekeraar is gekeken naar verschillen tussen werknemers die deel hebben genomen aan een Return to Work Program en werknemers die hier niet aan deel hebben genomen. De data beschikte over 28.856 werknemers waarvan 7101 deel hebben genomen aan een RTW. De data dateert van 1 oktober 2010 tot 30 Juni 2012 en is gekoppeld aan de database van de verzekeringsmaatschappij.</p>	<p>Literatuurstudie COX hazard model ISCED</p>	<p>Deelname aan RTW eerder terugkomst op werk Effect van een RTW op het aantal ziekte-dagen Sociale demografische gegevens</p>	<p>-</p>
<p>10 Life style interventie (Christensen, 2013 et al., Christensen et al., 2011 en Holtermann et al., 2010)</p>	<p>Bij drie soorten groepen werknemers is een interventie afgenomen. Schoonmakers, gezondheidsmedewerkers en werknemers in de bouw. De interventie bij gezondheidsmedewerkers bestond uit een uur lichamelijke activiteit per week en cognitieve therapie. Daarnaast werd er van de deelnemers verwacht om een voedingsdagboek bij te houden. Het onderzoek had een looptijd van 12 maanden</p>	<p>Weegschaal SF 36 Standardized Nordic Questionnaire Tampa Scale of Kinesophobia Work ability scale Work Limitation Questionnaire</p>	<p>Lichaamsgewicht Algemene gezondheid en vitaliteit Aandoeningen aan bewegingsapparaat Werk factors (specifiek zwaar werk) Ziekteverzuim, chronische ziektes Fysieke inspanning</p>	<p>-</p>
<p>11 Wellness program (ehealth) Merill & Merill (2013)</p>	<p>Het programma was afhankelijk van of de deelnemers voldeden aan de gezondheidsstandaarden. Als deelnemers aan alle standaarden voldeden konden ze gebruik maken van alle activiteiten. Deelnemers die niet voldeden aan de standaarden hadden alleen contact met een gezondheidscoach middels telefonische consulten. Als echtgenote(s) ook deelnamen aan het programma ontvingen zij hier een geldbedrag voor. Indien deelnemers besloten om aan het programma mee te werken op jaarbasis, kregen ze een korting op hun verzekeringspremie. Deze korting kon oplopen tot \$ 750. Deelnemers konden participeren aan workshops en gezondheidscursussen.</p>	<p>Door Department of Health and Human Services Personal Wellness Profile (PWP) Data van verzekeringsmaatschappijen</p>	<p>BMI, bloeddruk, gewicht, cholesterol, glucose Kans op kanker, fysieke gezondheid, stress level, voedingsgedrag Kosten en frequentie van ziekteclaims</p>	<p>De kosten met betrekking tot ziekteclaims tussen de interventie en controlegroep bedroegen 2.0 vs 3.4.</p>

<p>12 Coaching (probleem oplossend management) (Weir et al., 1997)</p>	<p>Gedurende de interventie werden er adviesgesprekken ingepland (frequentie niet bekend) waarbij de consultants als adviseur functioneerde. Bij 6, 9 en 12 maanden vond er tevens een workshop plaats. De studie duurde in totaal 12 maanden.</p>	<p>Irvine and Evans model Moos work Environment Scale Questionnaire Aiken and Hage Twee vragen toegevoegd Client Satisfaction Questionnaire</p>	<p>Ziekteverzuim, gedrag, financiële situatie Groepsdynamiek, werkdruk, Werktevredenheid klanttevredenheid</p>	
<p>13 Multicomponent (trainingssessie) (Ilvig et al., 2018)</p>	<p>Aan de deelnemers werd een programma aangeboden dat wekelijks een jaar lang werd uitgevoerd. De elementen van het programma bedroegen: lichamelijke activiteit training, dieet adviezen en cognitieve gedragstraining. De looptijd van de studie was 12 maanden.</p>	<p>Interviews</p>	<p>Ziekteverzuim , presenteïsme, participatieniveau in lichamelijke activiteit Belemmeringen voor deelname</p>	
<p>14 Preventie op gewichtstoename (van Wier et al., 2013)</p>	<p>Het programma startte met een omgevingsscan van alle deelnemers. Hierna volgde vijf gesprekken met de bedrijfsarts van 20 tot 30 minuten. Het was mogelijk om twee van deze gesprekken per telefoon uit te voeren. Hier voorafgaand aan hadden de bedrijfsartsen een training gekregen. Tijdens het programma ontvingen de deelnemers, maar ook de bedrijfsartsen internationale hulpmiddelen.</p>	<p>Productivity and Disease Questionnaire World Health Organization Health (WHOH) en Work Performance Questionnaire (WPQ) Supplemental Digital Content</p>	<p>Ziekteverzuim Presenteïsme Interventiekosten</p>	

<p>15 Consultaties met bedrijfsarts (Arends et al., 2014, Arends 2013 et al en Arends et al., 2010)</p>	<p>Het programma bestond uit intensieve begeleiding van de bedrijfsarts bij werknemers die net enkele weken weer aan het werk waren na een tijd van ziekte. De bedrijfsartsen die de werknemers begeleidden in de interventietroep hadden hiervoor een tweedaagse training ontvangen.</p>	<p>Four Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) HADS Work Role Functioning Questionnaire (WRFQ) Utrecht Coping List (UCL) OHS data, Trimbos iMTA questionnaire</p>	<p>Terugval van ziekte Mentale gezondheidsproblemen Functioneren op werk Copinggedrag Economische evaluatie</p>	<p>De incidenten van ziekte bij de interventiegroep was 39% Controlegroep 62% Bij beide groepen was een winst te zien in presentisme. De ICER laat een waarde van -€533 (1% minder terugval) Bij € 15000 investeren laat een kans van 98% op effectiviteit.</p>
<p>16 Onderzoeken van relaties (Holden et al., 2011)</p>	<p>In deze studie is gekeken naar de relatie gezondheidsfactoren en de invloed hiervan op productiviteit en ziekteverzuim. Bij 58 grote bedrijven van tien verschillende sectoren zijn bij werknemers vragenlijsten afgenomen.</p>	<p>World Health Organization Health and Productivity Kessler 6 Zelf opgegeven vragenlijst</p>	<p>Gezondheidsfactoren Psychologische angst Presentisme</p>	

Tabel 11 WHP omschreven op basis van het RE-AIM Framework

Bereik	Effectiviteit/werkzaamheid	Invoering (organisatie en setting)	Implementatie (proces evaluatie)	Continuïteit
1 752 verstuurd vragenlijsten Selectiecriteria N = 112 Kenmerken van deelnemers Participatielevel 14,9% (Jay et al., 2015)	De studie laat een positief effect zien tussen zelf gerapporteerde pijn aan het bewegingsapparaat en het programma. Er was geen significante verlaging bij stress te zien.	De studie is uitgevoerd in het hoofdkantoor van een groot farmaceutisch bedrijf. Toepasbaarheid van lichamelijke training en mindfulness training Conditietrainer en mindfulnesscoach en externe consultants	Aan de instructeurs werd gevraagd om informatie te verzamelen via gesprekken Tijdsduur: 10 weken Drop out rates 5,3% (N = 4)	-
2 Een random sample van 72 werd verstuurd voor uitnodiging aan onderzoek en focusgroeps retour N = 35 Participatielevel 48,6% (Dongen et al., 2013)	De economische evaluatie laat zien dat deze kosteneffectief is, alleen is het verschil niet significant.	De deelnemers waren werkzaam in een academisch ziekenhuis en buiten werktijd werden groepslessen in de vorm van yoga en aerobic aangeboden. Yoga instructeur, aerobicscoach	De mening van deelnemers werd gevraagd over de interventie en de competenties van de coaches Tijdsduur: 12 maanden Drop out rates int groep 31,8% Controle groep: 31,1% Interventiekosten per werknemer € 149,-	Fruit en lichamelijke activiteit dagboek
3 28.000 populatie 495 geïnteresseerd N = 120 (100 control 20 int) Participatielevel 24,2% Kenmerken deelnemers Bartlett et al., (2016)	Bij de interventiegroep was het verschil significant ten opzichte van de controlegroep op ziekteverzuim en presentieisme.	Publiek sector Tasmanië Studieteam Een willekeurige medewerker (randomization) Mindfulness trainer (9 jaar ervaring)	Korte vragenlijst over de ervaringen van het programma Tijdsduur 5 weken Drop out rates: int groep 10% (n=2) Controle groep: 6,7% (n=9)	

<p>4 Vier verpleeghuizen en de selectie procedure is overgelaten aan de onderzoekers 99 voldeden aan selectiecriteria N = 72 Participatielevel 72,7% Kenmerken deelnemers (Lahari et al., 2012)</p>	<p>Tussen de interventiegroep en controlegroep was een significant verschil te zien in gewicht. Het Business Case: Net-Cost Model laat zien dat bij beide groepen de interventie geld op heeft geleverd, maar dit bedrag hoger was bij de interventiegroep</p>	<p>Vier verpleeghuizen Directeur van verpleeghuis Consultants</p>	<p>De deelnemers vulden een korte vragenlijst in over het programma Tijdsduur 28 weken Tekenen van een contract</p>	
<p>5 70 belangstellenden na selectiecriteria N = 14 Participatielevel 205 (Palumbo et al., 2010)</p>	<p>Er was een significant verschil tussen de interventiegroep en controlegroep op ziekteverzuim. Ook bij werkstress was er een groot verschil te zien alleen niet significant. Bij algemene en mentale gezondheid was geen verschil te zien.</p>	<p>Ziekenhuis Tai Chi trainer met 22 jaar ervaring</p>	<p>De deelnemers waren positief over het programma. Er staat echter niet vermeld hoe dit is gevraagd. Dit is ook terug te zien in de opkomt bij de lessen van 82% Drop out rates: int groep 16,6 N = 1 Controlegroep: 28,6% N = 2</p>	
<p>6 N = 14000 (Meijboom 2018)</p>	<p>De economische evaluatie toont aan dat het vaccineren van werknemers en/of patiënten kosten besparend kan zijn voor de organisatie</p>	<p>Ziekenhuis De randomisatie vond plaats op afdelingsniveau</p>	<p>Drop out rates Controle groep: 34,6% Interventie groep: 46,2% In de gesprekken met de bedrijfsarts konden deelnemers hun mening en ideeën kwijt over het programma.</p>	<p>Er heeft een post interventie plaats gevonden na zes maanden</p>
<p>7 N = 413 selectie via ziekenhuisafdelingen Persoonlijke kenmerken (Noben et al., 2014)</p>	<p>De besparingen waren significant groter bij de interventiegroep dan bij de controlegroep. De Return On Investment bedroeg bij de int, groep 11 euro en bij de OP groep 7 euro.</p>	<p>Ziekenhuizen</p>	<p>Samenvattingen van de bezoeken werden gemaakt. Daarnaast konden deelnemers hun ideeën kwijt voor de follow up tijdens de 1 op 1 gesprekken</p>	

<p>8 Geselecteerd 14.615 N = 220 Participatielevel = 1,5% Deelnemers zijn gerekruteerd aan de hand van lijsten van zieke werknemers van kleine en middelgrote bedrijven (Lokman et al., 2018)</p>	<p>De studie laat een ROI zien van 14,0 euro (sociaal perspectief) en 11,0 euro (werkgever perspectief)</p>	<p>De deelnemers hadden toegang tot een eHealth module en een email voor support aan de bedrijfsarts bezoeken. Deze konden ze thuis invullen.</p>	<p>Dropout rates (12 maanden) Interventiegroep 45% Controlegroep 37,1%</p>	
<p>9 Data gebaseerd op N = 28.856 waarvan 7101 deel hebben genomen aan een RTW programma Persoonlijke kenmerken, medische achtergrond (Schneider et al., 2015)</p>	<p>De kans op deelname aan een RTW wordt verhoogd indien deelnemers een ziekte-uitkering ontvangen of contact hebben met een ziektekosten verzekeraar. Ook is er een significant verschil te zien in deelname als bedrijven meer dan 50 werknemers hebben. Vrouwen participeren later in werk dan mannen.</p>	<p>Tijdens deze studie is geen interventie uitgevoerd. Data van een verzekeringsmaatschappij is gebruikt.</p>	<p>Niet van toepassing</p>	
<p>10 Deelnemers gerekruteerd via een gezondheidsscan. Hiervoor was contact opgenomen met de managers voor welke werknemers dit programma geschikt zou zijn. N = 98 (Christensen, 2013 et al., Christensen et al., 2011 en Holtermann et al., 2010)</p>	<p>Bij de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep was een significant verschil te zien in: gewichtsafname, BMI, vetpercentage en heupomvang.</p>	<p>Ziekenhuis managers</p>	<p>Drop out rate Interventiegroep: 13,0% Controlegroep: 18,2% Gemiddeld 15%</p>	
<p>11 Data was gebruikt van vier organisaties waar deelnemers die aan een gezondheidscoach programma hebben deelgenomen. (Merill & Merrill, 2013)</p>	<p>Het aantal ziekteclaims bij de controlegroep was 1,9 keer groter in 2007 en in 2010 2,8. De medische kosten waren in 2007 twee keer zo groot in de controle groep en in 2010 2,9 keer.</p>	<p>Vier middelgrote bedrijven Gezondheidscoaches</p>	<p>Aangezien het om data gaat is niet duidelijk beschreven op welke manier het proces is geëvalueerd en wat de drop out rates waren</p>	

<p>12 Deelnemers werden gerekruteerd via ziekenhuizen (310) waar 130.000 mensen werden verzorgd. populatie 712 int groep 201 control 343 participatielevel 76,4% (Weir et al., 1997)</p>	<p>90% van deelnemers was tevreden met hun huidige baan. Bij de int. groep was een significant verschil te zien in groepscohesie en werk codificatie. Er was geen significant verschil te zien in ziekteverzuim. Deze was bij de controlegroep zelfs minder. Een daling van de ziektekosten was bij de controlegroep \$ 78 en \$ 48 bij de interventiegroep. De jaarlijkse ziektekosten van werknemers die niet deelnamen aan het traject bedroegen \$ 1700</p>	<p>Managers van verpleegkundigen en externe verpleegkunde consultants.</p>	<p>Aan deelnemers in de gesprekken werd gevraagd wat zij van de interventie vonden</p>	
<p>13 De deelnemers zijn gerekruteerd aan de hand van een eerdere studie (FRIDOM). Aan de hand van de inclusie criteria is gevraagd voor deelname. 92% reageerde positief hierop N=9. (Ilvig et al., 2018)</p>	<p>De ervaren barrières van deelname waren: inflexibel werk, geen steun van teammanagers, trainingssessies buiten werktijden, incongruentie tussen ontvangen informatie en ervaren, inhoud en intensiteit van de sessie.</p>	<p>University of Southern Denmark (SDU) Deense Gemeente Trainers Diëtiste</p>	<p>Tijdens de interview gesprekken werd aan de deelnemers gevraagd wat zij van de interventie vonden en welke barrières zij zagen.</p>	
<p>14 De deelnemers zijn gerekruteerd middels een mailinglijst aan de hand van bedrijfsdokters. Van de 28 dokters bleven er uiteindelijk 16 over. Deze hebben 524 deelnemers gerekruteerd. Er staat niet beschreven hoe groot de doelgroep was. (van Weir et al., 2013)</p>	<p>Er waren significante verschillen in het voordeel van de controlegroep dit in taille omvang 1,6 cm en gewichtsverlies 1,1 kg.</p>	<p>VU University Medical Center Bedrijfsdokters Vertegenwoordiger Nederlandse Hartstichting</p>	<p>Follow out rates na 18 maanden 70 werknemers (26%) interventiegroep 78 werknemers (22%) controlegroep</p>	

<p>15 Deelnemers zijn gerekruteerd in samenwerking met ArboNed. De grote van bedrijven was van vijf tot 1000 werknemers (Arends et al., 2014, Arends 2013 et al en Arends et al., 2010)</p>	<p>Het voornaamste resultaat in deze studie is het meten van een verval in het van ziekteverzuim.</p>	<p>Occupational Health Service (OHS) Onderzoeker Bedrijfsarts Leidinggevende van deelnemer</p>	<p>De dokters ontvingen een vragenlijst over de kwaliteit van de training. Daarnaast ontvingen de deelnemers aan het begin een vragenlijst en ook na drie maanden. De lijnmanager ontving ook een vragenlijst m.b.t. de consultaties</p>	
<p>16 De data die zijn gebruikt komt van the Australian Work Outcomes Research Cost-benefit (WORC). De response rate was 24,7% (Holden et al., 2011)</p>	<p>De factoren die significant een invloed hadden op ziekteverzuim: alcohol en drugsgebruik, psychologische angst, werk gerelateerde pijn, kanker, artritis, obesitas, schouder/nekpijn en astma.</p> <p>Alle gezondheidsaandoeningen m.u.v. kanker, hoge bloeddruk en hoge cholesterol. Na aanpassing waren de volgende factoren het sterkst geassocieerd met verhoogde kans op presenteïsme psychologische angst, drugs en alcoholproblemen, werk gerelateerde aandoeningen en obesitas.</p>	<p>Data van 58 grote bedrijven</p>	<p>De respons rate op de vragenlijst was 24,7%.</p>	

4. Resultaten interviews

4.1. Soort interventie

Bij zorginstellingen waar een interview af is genomen in Nederland worden in totaal twintig verschillende soorten WHP's aangeboden, zie tabel 12. Deze WHP's variëren van het begeleiden van stagiaires tot een drie daagse interne training.

Tabel 12 overzicht soorten WHP's en bereik

Organisatie	Soort WHP	Bereik
A	1 Leiderschapstraject 2 Begeleiden van stagiaires	Hoog (verplicht voor leidinggevenden) Niet bekend
B	1 Groepssessies 2 Individueel gesprek	Hoog (verplicht voor werknemers) Personen benaderd via mail; percentage deelname niet bekend
C	1 Workshops omtrent thema Duurzaam Inzetbaarheid	300 van 2200= 13,6% Per mail, posters en aandacht gegeven in werkoverleggen
D	1 Arbo Catalogus 2 Agressie trainingen	Laag (circa 5%) Hoog (verplicht voor werknemers)
E	1 Bedrijfsmaatschappelijk werker, loopbaanadviseur, psycholoog 2 Introductie huiskamer begeleider 3 Agressie en fysieke belasting	57 werknemers (vrijwillige deelname); de werknemer wordt door verwezen via leidinggevende of kan zelf contact opnemen In totaal zijn er 300 werknemers aangenomen 60% verplicht voor werknemers
F	1 Mindfulness training 2 Drie daagse training (intern) 3 Gaat worden gestart met een pilot gericht op gedragsverandering	10 werknemers inschrijven via intranet 20% van de werknemers heeft deze training gevolgd Groep geselecteerd op basis van klachten
G	1 Online coachingssessies	Werknemers kunnen met een eigen code inloggen
H	1 Coaching traject 2 Broodje op je werk 3 Fysiotherapeut	Medewerkers of de leidinggevende kunnen zich hier voor opgeven Opgave door werknemer Medewerkers kunnen zelf contact opnemen met de fysiotherapeut
I	1 Periodiek Medisch Onderzoek	Medewerkers zijn vooraf geïnformeerd en hebben een verzoek per mail gekregen voor het invullen van een vragenlijst
J	1 Project waardevol werken (pilot)	Aan teams is voorgelegd of ze willen deelnemen. In totaal doen er zeven teams aan mee (69 medewerkers). Circa 50% heeft de vragenlijst ingevuld.
K	1 Fysieke- en psychische belasting training	Elke medewerker heeft toegang mits afgestemd met leidinggevende

Bij organisatie A wordt een leiderschap traject aangeboden voor de managers. Daarnaast hebben 55+ werknemers de mogelijkheid om een aantal uren per week stagiaires te begeleiden.

In organisatie B worden werknemers tijdens werkuren ingepland voor groepssessies. In deze sessies kunnen ze hun mening en ideeën geven met betrekking tot hun huidige baan. De HR adviseur verwacht in de toekomst dat er naar aanleiding van deze sessies workshops worden georganiseerd, hiervoor kunnen werknemers zich dan inschrijven.

Het thema bewustwording staat centraal bij organisatie C. Dit jaar wordt in vier verschillende maanden (elke jaargetijde één) dit thema uitgevoerd middels verschillende workshops. In de eerste maand zijn tevens een aantal gezondheidstesten afgenomen, hierna ontving elke deelnemer een boekje met uitleg en opdrachten.

De Arbo catalogus is een model, ontwikkeld met VGN, waar werknemers in de gehandicaptenzorg informatie kunnen vinden omtrent arbo zaken. Agressie trainingen zijn daarnaast een vast onderdeel in organisatie D. Tevens vindt er om drie jaar een medewerkers onderzoek plaats en om de vijf jaar een risico-inventarisatie en evaluatie (RI&E).

Bij organisatie E kunnen werknemers gebruik maken van de bedrijfsmaatschappelijk werker, een loopbaanadviseur en/of een psycholoog. Na een verwijzing van de psycholoog kan er een individueel traject gestart worden met een vijf- of tiental sessies, afhankelijk van de aard van het probleem.

Tevens is er de mogelijkheid om een agressie- dan wel een training op fysieke belasting te volgen.

Een interventie, die vorig jaar door is gevoerd, is het creëren van een nieuwe functie binnen deze organisatie genaamd de 'huiskamer begeleider'. Deze personen nemen een groot deel van het takenpakket over van de huidige werknemers. In totaal zijn er 300 aangenomen die zorgtaken van de patiënten deels over genomen hebben.

De drie belangrijkste interventies bij organisatie F zijn: de mindfulness training, die momenteel wordt uitgevoerd, een drie daagse training en een pilot die wordt gestart op de Intensive Care afdeling. Een training op het gebied van voeding, licht en rust (powernap) op het werkvermogen maakt onderdeel uit van de pilot. Hierna krijgen medewerkers gedurende drie maanden gezonde voeding aangeboden op het werk.

In organisatie F hebben werknemers de mogelijkheid om anoniem gebruik te maken van een online coach. Aan de hand van maximaal drie gesprekken kan de werker die de tool gebruikt hulp krijgen op allerlei vlakken zoals financieel, werk, thuissituatie etc.

De bedrijfsmaatschappelijk werker, fysiotherapeut en de psycholoog zijn betrokken bij de vitaliteit van werknemers bij organisatie H. Op korte termijn gaat er een pilot gestart worden waar de bedrijfsmaatschappelijk werker en psycholoog gesprekken zullen voeren met medewerkers. Dit traject zal bestaan uit drie gesprekken die ongeveer twee uur zullen duren. Leidinggevend kunnen zich opgeven voor broodje op je werk. In deze lunchsessie staat energie binnen teams centraal en wordt soms door een bekende Nederlander een inspirerend verhaal verteld.

Organisatie I voert jaarlijks Preventief Medische Onderzoeken uit. Naar aanleiding van de uitkomst hiervan wordt eventueel een individueel traject aangeboden. Daarnaast geeft de organisatie gastlessen om het beroep doktersassistent bij studenten onder de aandacht te brengen.

De afgelopen twee jaar is bij organisatie J onderzoek gedaan naar de behoefte van werknemers rondom het thema 'waardevol werken'. Dit project wordt omschreven als

'Het ontwikkelen van een gedachtegoed dat mensen helpt om waardevol te kunnen werken'

(HR adviseur organisatie J)

Het project bestaat uit verschillende componenten, zo worden er vragenlijsten ingevuld waarvan de uitkomst in team- en individuele sessies wordt besproken. In januari is gestart met een pilot bij verschillende teams op vrijwillige basis nemen hier 69 werknemers aan deel.

In het aanbod van WHP's binnen zorginstellingen is veel variatie. Enkele organisaties maken gebruik van verplichte WHP's (arbocatalogus en PMO) waar andere kiezen voor WHP's die breder inzetbaar zijn, zoals een mindfulness training, workshop of een project.

4.2. Bereik

Communicatie voor deelname aan WHP's vindt op verschillende manieren plaats. Het deelname percentage kan afhangen van hoe er is gecommuniceerd naar werknemers

Het managementprogramma is verplicht voor alle managers dat wordt aangeboden door organisatie A waardoor er een hoge opkomst wordt gerealiseerd.

Binnen organisatie B zijn alle werknemers drie jaar geleden benaderd (per mail) om te sporten met korting, slechts een enkeling ging op dit aanbod in. Na een behoeftebepaling is de organisatie gestart met verplichte groepsessies (per team) die tijdens werktijd worden ingepland.

Per mail, via leidinggevenden in werkoverleggen en met posters zijn werknemers in organisatie C getriggerd voor deelname aan een WHP. Dit resulteerde dat 300 werknemers van de 2200 deelnamen. Aggressietrainingen en een risico-inventarisatie zijn een verplicht onderdeel bij organisatie D.

Bij organisatie E is de laatste jaren meer aandacht besteed om in contact te komen met de bedrijfsmaatschappelijk werker. Waar enkele jaren slechts een enkeling contact opnam waren dit er vorig jaar 57. Het opkomst percentage van de verplichte agressie- en fysieke belasting training zit door omstandigheden op zo'n 60% in deze organisatie.

De mindfulness training die wordt aangeboden bij organisatie F wordt beter door leidinggevenden bezocht dan door de werknemers. Daarnaast wordt er een interne drie daagse training aangeboden die zo'n 20% van de werknemers gevolgd hebben.

De inschatting is dat circa 250 van de 6000 medewerkers (circa 4%) gebruik zullen maken van het online coaching traject wat wordt aangeboden bij organisatie G.

Organisatie H probeert in eerste instantie de groep te vangen voor wie het coaching traject echt nodig is. Opgave geschiedt door de werknemer, wat ook geldt voor het gebruik maken van de fysiotherapie en broodje op je werk.

Bij organisatie I hebben werknemers een vragenlijst ontvangen voor de PMO. Deze vragenlijst is door weinig mensen ingevuld. Medewerkers gaven aan dat deze vragenlijst te algemeen was.

Een pilot genaamd 'waardevol werken' is gestart bij organisatie J. In totaal doen hier 69 werknemers aan mee, iets meer dan 50% van deze mensen heeft de vragenlijst die dient voor input van de teamsessies ingevuld. Rekening houdend dat het nog mogelijk was om de vragenlijst één dag in te vullen.

Het merendeel van de WHP's (vijftien) is toegankelijk voor elke werknemer. De ander vijf interventies zijn gericht op een specifieke doelgroep. De intentie bij zorgorganisaties is om zoveel mogelijk werknemers te laten deelnemen aan WHP's. Het deelname percentage van vrijwillige opgave ligt tussen de 5% en 20%. Bij verplichte deelname is dit percentage hoger, het hoogst deelname percentage wordt bereikt wanneer de WHP per team wordt ingepland tijdens werktijd.

4.3. Effectiviteit

Bij een aantal zorgorganisaties is bekend welk effect de WHP oplevert en welke uitkomst wordt gehanteerd bij de interventie zie tabel 13.

Tabel 13 overzicht effectiviteit en uitkomstmaten WHP's

Organisatie	Effectiviteit/werkzaamheid	Uitkomstmaat
A	1 Providers zeggen dat dit lastig te meten is 2 Niet bekend	Leiderschap Geen uitkomstmaat
B	1 Wordt gezegd dat ze goed werken. Er vindt geen effectmeting plaats	Stress
C	1 De pilot is dit jaar ingevoerd. Het effect is nog niet bekend.	Bewustwording van eigen Duurzaam Inzetbaarheid en vitaliteit
D	1 Niet bekend 2 Resultaat zichtbaar in RI&E	RI&E
E	1 Niet bekend (moeilijk meetbaar) 2 70% van de werknemers ervaarde minder werkdruk 3 Vindt geen effectmeting plaats	Psychische klachten Werkdruk
F	1 Op individueel niveau is een lichte verbetering te zien 2 Er vindt geen effectmeting plaats 3 Wetenschappelijk onderzoek heeft positieve resultaten aangetoond	Gedragsverandering - Eetpatroon, gezonde voeding
G	1 Het bedrijf dat het traject aanbied geeft aan dat bij 95% van de gevallen er tot een oplossing wordt gekomen van het acute probleem.	Welbevinden en werkdruk
H	1 Nog niet bekend 2 Er vindt geen effectmeting plaats 3 Er wordt gezegd dat de behandeling bevorderend werkt. Geen resultaten bekend	Verwachte verzuimduur (VAR 90) -
I	1 Het onderzoek dient als inventarisatie	Ziekteverzuim
J	1 Er gaat geen effectmeting plaats vinden	-
K	1 Er is nog niets bekend over de effectiviteit dit is nog in ontwikkeling	-

* De cijfers in tabel 13 corresponderen met de cijfers in tabel 12

Bij organisatie A zijn effecten nog niet gemeten. Een reden kan zijn dat hier niet op wordt gestuurd, daarnaast zeggen providers van interventies dat deze lastig te meten zijn. Echter, wordt er wel veel geld geïnvesteerd en als de effecten dan niet bekend zijn kan er weerstand ontstaan.

Bij organisatie B werd onderstaand antwoord gegeven op de vraag of er een mogelijkheid is om een RCT uit te voeren.

*“Dit is een beetje een vervelende proef om uit te voeren’ en ‘ja maar dan kunnen we niet werken op de manier zoals wij werken en wij zijn hier niet om de wetenschap te bedrijven, maar zijn hier om goed werkgever te zijn het kriebelt echter wel natuurlijk”
(adviseur organisatie B).*

Van de groepssessies die worden gehouden bij organisatie B wordt gezegd dat deze heel erg goed werken. Er worden echter geen instrumenten gebruikt om deze effecten te valideren. De organisatie schat dat het aantal werknemers niet toereikend is om hier instrumenten op los te laten.

In organisatie C waar het thema ‘bewustwording’ centraal staat in 2019 heeft als doel dat 80% van de werknemers die deel hebben genomen nagedacht hebben over duurzame inzetbaarheid. Dit wordt aan het eind van het jaar gevraagd. De uitkomsten van de overige testen worden niet geregistreerd.

“Het effect van de trainingen en van de psycholoog is duidelijk zichtbaar in de RI&E”

vertelt een adviseur M&O van organisatie D. Met de relatie van de verschillende interventiekosten in verhouding met de kosten van het ziekteverzuim daar houdt de organisatie zich niet mee bezig. Er zijn momenteel veel activiteiten gaande binnen organisatie E, waardoor het niet duidelijk is welke WHP welk effect teweeg brengt. Een effect was wel duidelijk zichtbaar na invoering van 300 huiskamer begeleiders, zo gaf 70% van de werknemers aan een positievere werkdruk te ervaren. Deze meting zou dan als 0 meting kunnen dienen en een meting in kwartaal 4 zou een duidelijk beeld geven over het effect van afgelopen jaar. Bij de agressietrainingen vindt er geen effectmeting plaats. Op de vraag welk effect dit had op het ziekteverzuim werd het volgende geantwoord:

“Dat je door dit soort acties 1 of 2 tienden gaat zakken in het verzuim dat lijkt me vrij aannemelijk” (HR adviseur organisatie E).

In het medewerkers tevredenheid onderzoek is wel terug te zien dat de cijfers de laatste zes jaren steeds iets zijn verbeterd. Het uitvoeren van een RCT wordt lastig bij organisatie E. De quote hieronder benadrukt dit:

“Tot in de zuiverste zin van het woord. Ik denk niet dat mijn locatie het zo grappig vinden van jullie doen niet mee en jullie doen wel mee” (HR adviseur organisatie E).

De nulmeting bij organisatie F is uitgevoerd middels een vraag over hoe werknemers zich voelen. Deze vraag zal na afloop van de pilot ook weer gesteld worden. De pilot bij is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek van Staz waarin wordt geconcludeerd dat met aangepaste voeding vermoeidheid tijdens de nachtdienst met meer dan 26% is te verminderen (Bleishuizen, 2018).

De verwachting is dat de coaching sessies waar de werknemer gebruik van kan maken bij organisatie G een positieve bijdrage gaan leveren aan het ziekteverzuim en het welbevinden en de inzetbaarheid van de medewerker. Ieder verzuim dat voorkomen kan worden of verkort, is daarbij een forse besparing en voorkomt verstoring in de uitvoering van het werk. De provider van deze interventie geeft aan dat in 95% van de gevallen er tot een oplossing gekomen wordt van het acute probleem. Vervolgens zijn er nog aanvullende interventies voor handen waar nodig.

‘Een behandeling van een fysiotherapeut werkt re-integratie bevorderend’ wordt gezegd door een HR adviseur van organisatie H. Er wordt geloofd in de pilot die gaat starten waar de psycholoog al goede ervaringen mee heeft. Mocht er in de toekomst gestart worden met een prescan, dan zou een leidinggevende graag weten wat het dan oplevert.

Bij organisatie I wordt de effectiviteit van het PMO als volgt geformuleerd:

*“Ik vraag me wel af hoeveel het gaat opleveren want als ik nu zie hoe weinig het is in gevuld. Ik hoop maar dat de ergste gevallen wel uit gaan komen”
(HR adviseur organisatie I).*

Twee WHP's laten een positief effect zien. Bij één is het resultaat terug te zien in de RI&E. De effecten van de overige WHP's zijn niet bekend. Enkele zorgorganisaties doen aannames over de effecten van de WHP's die bij hun organisatie uit worden gevoerd.

4.4. Uitkomstmaat en meetinstrument

Er zijn verschillende uitkomstmaten van WHP's bij de zorginstellingen zie tabel 13. Bij elf van de twintig WHP's die uit worden gevoerd is de uitkomstmaat bekend.

Organisatie A zet de relatie manager – werknemer centraal en investeert in leiderschap. Een andere programma noteerde psychologische klachten als uitkomstmaat. Daarnaast waren belangrijke woorden die terug kwamen: veiligheid, vertrouwen en aandacht.

Een ander organisatie (B) nam de uitkomstmaat stress centraal en deelname aan groepssessies wordt gezien als meetinstrument.

Deelnemers ontvingen een boekje met informatie en opdrachten bij organisatie C over duurzame inzetbaarheid. Dit boekje diende als meetinstrument, maar het resultaat was alleen zichtbaar voor de deelnemer, daarnaast stond bewustwording centraal als uitkomstmaat. In de jaargesprekken werd ook de vitaliteit besproken van de werknemer die voorhand een formulier hierover had ingevuld.

De uitkomst psychisch is één die een grote rol speelt bij organisatie E. Daarnaast wordt er om de twee jaar een medewerkerstevredenheid onderzoek uitgevoerd. Een belangrijke factor die hier een rol in speelt is aandacht.

*“De grootste onafhankelijke variabele is aandacht vanuit het management”
(HR adviseur organisatie E).*

Werknemers zullen zich dan veiliger voelen waardoor het ziekteverzuim zal gaan zakken.

Bij de pilot bij organisatie F om nachtmedewerkers te stimuleren voor gezonde voeding wordt met zelf bedachte vragen naar het gevoel van de werknemer gevraagd. Na afloop zal dit herhaald worden. Het doel is om het gedrag van de werknemers te veranderen.

Bekend gegeven binnen organisatie G is dat mentale klachten voor een substantieel deel oorzaak zijn van het verzuim, eventueel in combinatie met andere klachten. De online coach interventie haakt daar rechtstreeks op in. Achteraf wordt een inschatting gemaakt van hoeverre de interventie direct voorkoming of bekorting van het verzuim heeft geleid.

De VAR 90 zal gebruikt worden als meetinstrument bij organisatie H waar er gestart zal worden met een pilot. Aan de hand van deze test kan de verzuimduur voorspeld worden. Bij de interventie 'lunchbroodje sterk op je werk' wordt geen gebruik gemaakt van een meetinstrument.

De twee uitkomstmaten die gehanteerd worden bij organisatie I zijn ziekteverzuim en het aantal werknemers dat in de WGA zit.

De systematiek die gehanteerd wordt bij organisatie J wordt onderbouwd door het huis van werkvermogen. De enquête die aan het begin en eind van de pilot wordt afgenomen is een niet gestandaardiseerde vragenlijst.

Bij negen van de elf zorgorganisaties is de uitkomstmaat van de WHP vooraf bekend. Dit is het geval bij elf van de twintig WHP's. Een effectmeting vindt bij enkele organisaties plaats waarvan één zorgorganisatie deze uitvoert middels een gestandaardiseerde vragenlijst.

4.5. Invoering

Het proces van invoering van een WHP verschilt per zorgorganisatie.

Bij een zorginstelling (A) met zo'n 3600 werknemers in dienst is er één bedrijfsarts in dienst en

daarnaast negen duurzaam inzetbaarheid deskundigen. Het is de bedoeling dat deze mensen de gesprekken voeren met de werknemers over het vervullen van hun huidige baan en hoe er naar de toekomst wordt gekeken. Het leiderschap traject wordt aangeboden door een externe organisatie en vindt intern plaats tijdens werkuren. Een prijsindicatie wordt van te voren opgestuurd.

Een andere zorginstelling (B) is nog erg zoekende naar een geschikte interventie die ingevoerd kan worden. Zo is één werknemer een loopbaantraject aan het volgen om te inventariseren of dit traject ook kan worden aangeboden aan de rest van de werknemers. De 60+ gesprekken worden door één persoon gevoerd, tenzij deze een persoonlijke relatie heeft met de werknemer, dan neemt de HR adviseur deze voor haar rekening.

Het thema 'bewustwording van duurzame inzetbaarheid' staat centraal bij organisatie C. In het kader hiervan worden workshops georganiseerd. Deze worden uitgevoerd binnen de organisatie. Wel dienen werknemers hier zelf tijd voor vrij te maken. In het begin van het jaar zijn een tiental testen uitgevoerd, waar een extern bedrijf voor in is geschakeld.

De agressietrainingen, die worden aangeboden in een gehandicapten organisatie (D), worden intern gegeven door eigen mensen. De fysiotherapeuten en BHVers worden extern ingehuurd.

Bij organisatie E kunnen werknemers zelf contact opnemen met de bedrijfsmaatschappelijk werker, die vervolgens op locatie komt. De agressie- en fysieke belasting trainingen bij deze organisatie zijn gedecentraliseerd.

Een werkgroepje is opgezet bij organisatie F om de pilot te begeleiden voor de nachtwerkers van de IC. Deze bestaat uit de HR adviseur, de leidinggevende van de IC en de leidinggevende van de HR adviseur. Daarnaast zitten er ook nog twee verpleegkundigen in de werkgroep. De mindfulness training wordt op locatie gegeven door een externe trainer en de drie daagse training wordt intern aangeboden.

De medewerkers van organisatie G hebben zelf een pas waarmee ze in kunnen loggen in het systeem, wat vaak thuis gebeurt. Er wordt niets geregistreerd en de organisatie ontvangt maandelijks een factuur waarin staat hoeveel medewerkers gebruikt hebben gemaakt van de sessies en voor hoeveel uur.

De pilot die wordt uitgevoerd bij organisatie H is voor elke medewerker die zich aanmeldt. Het traject zal bestaan uit drie sessies, die gevoerd worden met de medewerker, psycholoog en bedrijfsmaatschappelijk werker. Het totale traject zal ongeveer twee maanden duren waarbij er een maand tussen elk gesprek zit.

De Arbodienst voert het preventief medisch onderzoek uit en is tevens verantwoordelijk voor verzuimregistratie binnen organisatie I. De organisatie is te klein om een eigen bedrijfsmaatschappelijk werker in dienst te hebben.

Bij het project waardevol werken van organisatie J is de Raad van Bestuur opdrachtgever en is er een intern team samengesteld die het project begeleid. De organisatie maakt daarnaast gebruik van de providerboog als het aankomt op coaching of een medisch aspect bevat.

Grotere organisaties hebben over het algemeen een bedrijfsarts en een bedrijfsmaatschappelijk werker in dienst. Organisaties hebben de keuze om een extern bedrijf in te huren voor het aanbieden van een WHP, of dit intern te laten uitvoeren, in dit geval is er vaak een projectteam bij betrokken. Bij de merendeel van de WHP's ligt de verantwoordelijkheid voor opgave bij de werknemer m.u.v. de wettelijke verplichte WHP's en de pilot van de afdeling IC nachtwerkers.

4.6. Implementatie

Bij implementatie en evaluatie van een WHP is het verstandig om inzichtelijk te krijgen wat de deelnemers van de WHP vonden. De meest voorkomende procesevaluatie zijn een face to face gesprek of het afnemen van vragenlijst.

Bij beide trajecten die uit worden gevoerd bij organisatie A is er geen procesevaluatie uitgevoerd.

De verantwoordelijkheid voor het inschakelen van een deskundige op het gebied van inzetbaarheid ligt bij de werknemer zelf (organisatie A), wat kan betekenen dat een afspraak op korte termijn (binnen drie maanden) onmogelijk is. Het leiderschapstraject loopt nu een half jaar en gaat in ieder geval nog een jaar door. Dit traject is verplicht voor managers en op vrijwillige basis kan er een coaching sessie aangevraagd worden. Bij een andere zorginstelling (B) wordt momenteel gekeken naar welk programma er geïmplementeerd kan worden. De behoefte bepaling vindt plaats middels groepsessies die worden ingepland. Werknemers gaven positieve feedback na afloop van deze groepsessies.

Op de eerste sessies die in het teken stonden van 'bewustwording van duurzaam inzetbaarheid' werd positief gereageerd bij organisatie C. Bij organisatie D, waar agressietrainingen werden aangeboden, waren deze reacties ook positief. Werknemers lieten dit weten middels een evaluatieformulier, dat ze in hadden gevuld na de training.

De huiskamerbegeleiders die in werden gezet bij organisatie E waren positief over het inwerk proces en wat minder positief over de coaching sessies. Daarnaast hebben 800 medewerkers een niet gestandaardiseerde vragenlijst ingevuld over deze interventie. De agressie- en fysieke belasting training wordt waarschijnlijk geëvalueerd door de unit leren en ontwikkelen, maar dat is niet zeker.

Bij organisatie F heeft de pilot, met als doelgroep nachtwerkers op de IC afdeling, een looptijd van drie maanden. Middels een vragenlijst hebben de werknemers een evaluatie ingevuld over de mindfulness trainingen, die als zeer positief werd ervaren (bijlage 9).

Op het online coaching traject, dat aan wordt geboden in organisatie G, heeft nog geen terugkoppeling plaats gevonden.

Bij organisatie H zijn werknemers heel erg content met de mogelijkheid om een fysiotherapeut te benaderen. Bij de trainingen wordt de kwantiteit wel gemeten, in tegenstelling tot de kwaliteit.

Een procesevaluatie vindt plaats bij organisatie J waar drie instrumenten worden getoetst op volledigheid, werkbaarheid en validiteit.

Bij zes zorgorganisaties heeft een procesevaluatie plaats gevonden en bij een zevende staat deze ingepland. De helft van de organisaties heeft deze informatie vergaard middels een face to face gesprek en de andere middels een vragenlijst.

4.7. Continuïteit

De continuïteit van een WHP kan gewaarborgd worden wanneer deze onderdeel wordt van het reguliere aanbod.

Bij organisatie A worden gesprekken gevoerd met een duurzaam inzetbaarheid deskundige, maar dit gebeurt nog niet structureel. Maatwerk is voor elke werknemer wel beschikbaar, alleen is het nog niet zo dat een specifieke klacht wordt behandeld met een specifieke interventie.

Een andere organisatie (B) heeft een loopbaanbudget in de vorm van vitaliteitsuren vast laten leggen in de CAO. Daarnaast is het de bedoeling om de continuïteit van de groepsessies te waarborgen ongeacht de aanwezigheid van een stagiaire.

Bewustwording van Duurzaam Inzetbaarheid staat centraal in 2019 bij zorginstelling C. Deze lijn zal doorgezet worden, waarbij waarschijnlijk een gezondheidscheck als basis dient.

De agressietrainingen bij organisatie D lopen sinds 2000 waaruit geconcludeerd kan worden dat de continuïteit gewaarborgd blijft.

Een deel van de huiskamerbegeleiders hebben een contract voor onbepaalde tijd gekregen bij organisatie E. Daarnaast loopt de agressietraining al een lange tijd bij deze organisatie.

Bij organisatie G betaalde een verzekeraar de online coaching sessies, mits deze zinvol zijn geweest na een traject van drie jaar. Daarnaast maakt de organisatie sinds 2016 gebruik van een providerboog (collectie van WHP's) die in dit geval wordt aangeboden door een zorgverzekeraar.

De PMO is een verplicht onderdeel bij organisatie I. De operationeel manager wist echter niet precies hoe het beleid de laatste jaren omtrent de PMO was, omdat ze zelf nog niet heel lang werkzaam was in de organisatie.

Bij organisatie J denken de HR adviseurs dat het project 'waardevol werken' in de toekomst onderdeel gaat uitmaken van het reguliere aanbod.

Een aantal WHP's zijn structureel ingevoerd. De intentie is bij organisaties, waar een pilot wordt uitgevoerd, om deze onderdeel te laten worden van het reguliere aanbod.

4.8. Ziekteverzuim

Ziekteverzuim zou als uitkomstmaat kunnen dienen bij invoering van een WHP. De ziekteverzuimkosten kunnen inzichtelijk worden gemaakt en zijn afhankelijk van het ziekteverzuim percentage. Bij de zorginstellingen verschilden de percentages van 4,2% tot 8,5%, zie tabel 14. Er zijn verscheidene manieren om het ziekteverzuim percentage terug te dringen. Aandacht voor de medewerker kan hier ook één van zijn. De quote hieronder bevestigt dat.

"En dat is puur hoe ik er naar kijk. Als je echt je verzuim wil reduceren dan zul je echt moeten beginnen met oprechte aandacht voor je medewerker"
(HR adviseur organisatie J).

Tabel 14 Overzicht ziekteverzuim

Zorginstelling Ziekteverzuim percentage

A	8,5% (2018)
B	Boven het landelijk gemiddelde van 5,6%
C	6,6% (2018) daarvoor rond de 5,4%
D	5,6% (op het landelijk gemiddelde)
E	6,9%
F	4,6%
G	Boven het branche gemiddelde van 7,1%
H	4,6%
I	4,2%
J	7,0%
K	-%

4.9. Economische evaluatie

Met een economische evaluatie kan het effect (in euro's) van een WHP inzichtelijk gemaakt worden.

Organisatie A kreeg van providers van WHP's te horen dat economische evaluaties in zeer beperkte mate plaats vinden. Dat de kosteneffectiviteit van WHP's die zij aanbieden bij de organisatie niet bekend is, is dus zeer gebruikelijk. Wel kan er gekeken worden naar de verzuimcijfers, maar deze cijfers zeggen echter dan nog niets over de kosteneffectiviteit van een WHP.

Organisatie B gaat uit van dat investeringen iets opleveren. Het schatten van wat de WHP's nu exact opbrengen, is moeilijk aangezien de interventie preventief wordt ingezet. De organisatie wil vooral goed werkgeverschap leveren, wat botst met het uitvoeren van bijvoorbeeld een Randomized Controlled Trial (RCT).

Van de agressietraining, die wordt uitgevoerd bij organisatie D in de gehandicaptenzorg, vindt geen economische evaluatie plaats.

Bij organisatie E is een bedrijfsmaatschappelijk werker werkzaam waarvan de kosten bekend zijn, maar hoe deze kosten zich verhouden in relatie tot de verzuimkosten is niet bekend. Hetzelfde geldt voor de huiskamer begeleiders, die ingezet zijn.

Bij een interventie die plaats vindt in organisatie H wordt in principe altijd uitgegaan van de kosten baten, maar deze baten zijn niet in geld uitgedrukt.

Bij geen van de WHP's die uitgevoerd zijn bij de zorginstellingen heeft een economische evaluatie plaats gevonden.

4.10. Fase WHP

Wanneer een WHP onderdeel is van het reguliere aanbod zit deze in een andere fase dan wanneer er gestart wordt met een pilot van een WHP.

Bij organisatie A is het verplichte leiderschap traject enkele maanden gestart. Naast dat de prioriteit licht om de achterstand in het dossier omtrent verzuim weg te werken.

Een andere organisatie (B) heeft middels groepssessies elke werknemer bereikt, maar weet nog niet precies welke interventies hieruit gaan rollen. Daarnaast worden de opties voor een loopbaantraject momenteel in kaart gebracht.

Bij organisatie C zijn ze gestart met een groot project dat het hele jaar 2019 loopt.

Het traject waarbij een werknemer gelegenheid heeft, om deel te nemen aan een coaching traject, is een pilot binnen de organisatie.

Het preventief medisch onderzoek dat wordt uitgevoerd bij organisatie I, wordt gezien als een soort inventarisatie.

Bij organisatie J wordt gestart met een pilot waaruit geconcludeerd kan worden dat deze organisatie in de beginfase zit.

Zorginstellingen zijn nog zoekende naar geschikte WHP's die uitgevoerd kunnen worden binnen hun organisatie. WHP's zitten nog in de opstartfase bij zeven van de elf zorginstellingen.

4.11. Redenen om te investeren in WHP

Zorginstellingen kunnen verschillende redenen hebben voor het investeren in WHP's.

Organisatie A noemde de volgende: Verkleinen van risico van uitval, waardoor ons grootste belang 'zorg naar de bewoner toe' in gevaar komt, kosten van het ziekteverzuim en voldoen aan behoeftes van de werknemers.

Organisatie B investeert om hun werknemers groei door te laten maken.

De verplichting om duurzame inzetbaarheid op de agenda van elke werknemer persoonlijk zetten, was de aanleiding bij organisatie C om tijd en geld te investeren in een interventie. Daarnaast was er een subsidie beschikbaar van het esf en vanuit de huisverzekeraar was er een bepaald bedrag gebudgetteerd.

De Arbo catalogus, die beschikbaar is voor werknemers bij organisatie D, is wettelijk verplicht gesteld vanuit elke sector.

Het verloop van werknemers die in de nacht werken, is de voornaamste reden dat er wordt geïnvesteerd in deze specifieke interventie, bij organisatie F.

Het verminderen van het ziekteverzuim, is de grootste reden waarom er wordt geïnvesteerd in interventies bij organisatie F. Andere redenen zijn: het verhogen van het welbevinden van medewerkers en het voorkomen van verstoringen in de uitvoering van het werk.

Het voorkomen van frequent verzuim wordt als één van de redenen genoemd bij organisatie H. Vandaar dat de organisatie niet alleen op schadelastbeheersing gericht wil zijn, maar ook actief wil opereren aan de voorkant.

De voornaamste reden waarom de PMO wordt uitgevoerd in organisatie I, is vanwege de verplichtstelling.

Het project 'waardevol werken', waar momenteel een pilot wordt uitgevoerd bij organisatie J, is ontstaan aan de hand van twee jaar voorbereiding over visievorming.

Het verlagen van het ziekteverzuim is de meest voorkomende reden dat er wordt geïnvesteerd in WHP's. Daarnaast is bij twee organisaties de verplichtstelling de reden dat er geld wordt vrijgemaakt voor een WHP.

4.12. Positieve factoren die bijdragen aan implementatie van een interventie

Sommigen zorginstellingen noemden factoren, die een positieve bijdrage kunnen hebben, op de implementatie van een WHP. De overige zorginstellingen wisten geen positieve factoren te benoemen.

- De werknemer zelf een deel mee laten betalen van de interventie (B)
 - Dat het bestuur van de organisatie achter de keuze van de interventie staat (G)
 - Gebruik maken van providerboog van verzekeraar (G)
 - Aantonen wat de interventie bij een financieringsmaatschappij oplevert (G)
 - Het vroegtijdig signaleren en actie ondernemen bij werknemers die hulp het moeilijk hebben (I)
- Ondersteuning en vrijheid van Raad van Bestuur (H)
 - Inzetten van kwaliteitsgelden van de overheid (H)
 - Decentraal regelen van interventiegelden (H)

4.13. Barrières om te investeren in WHP

Voor zorginstellingen is niet altijd vanzelfsprekend dat er geïnvesteerd wordt in WHP's. Een aantal zorginstellingen gaven barrières aan waarom het lastig is om te investeren in WHP's.

“ Het terugdringen van verzuim heeft de eerste prioriteit wat meer in het curatieve gedeelte zit” (HR adviseur organisatie A).

Daarnaast kampt de organisatie met een groot personeelstekort, wat ook opgelost dient te worden. Organisatie B is erg afhankelijk van het geld dat verkregen wordt vanuit de gemeente. Er wordt aangegeven, dat het Investeren in je werknemers tijd kost, maar dat dit geen excuus mag zijn. De agressietrainingen vinden plaats in de baas zijn tijd bij organisatie D. Wel is een leidinggevende verantwoordelijk dat die diensten dan weer opgevuld worden. Dit kan dan soms voor problemen zorgen.

Een belangrijke reden voor het investeren in interventies bij organisatie E zijn: Het ondernemen van actie na signalering. Binnen deze organisatie is twee jaar geleden onderzoek gedaan en met deze resultaten is vervolgens een plan van aanpak opgesteld waaruit bepaalde interventies zijn uitgevoerd. Bij organisatie H moet er bij alle interventies een (financieel) akkoord komen van de leidinggevenden wat vaak veel moeite kost. Er zijn verschillende trainingen voor leidinggevenden, echter is het moeilijk om deze verplicht te stellen, als deze nog in hun proeftijd zitten.

Een andere reden, die de implementatie belemmert, is het niet in huis hebben van de juiste kennis (I). Een andere barrière bij organisatie J komt hier grotendeels mee overeen. In deze organisatie zijn instrumenten voor de teamontwikkeling gesprekken, maar deze worden weinig gebruikt omdat het aan kennis ontbreekt.

Het merendeel van de zorginstellingen, zes van de elf, benoemde een barrière om te investeren in een WHP. De financiering en het ontbreken van de juiste kennis, waren de barrières, die het vaakst werden benoemd.

4.14. Kosten WHP

De kosten van een WHP kunnen variëren en zijn over het algemeen voor de werkgever.

Bij organisatie A kan naar aanleiding van een gesprek met een duurzaam inzetbaarheid deskundige een individueel traject worden aangeboden. De kosten van een kort traject bedragen € 1000,- en voor een lang traject wordt € 2000 in rekening gebracht. Het leiderschapstraject wordt extern ingekocht maar de HR adviseur wist deze kosten niet.

De groepssessies worden op locatie gegeven, door iemand van de organisatie (B), dit kost dus tijd van degenen die deze sessies leidt. Het loopbaantraject, waar wellicht elke werknemer in de toekomst gebruik van kan maken, kost € 600.

Bij organisatie C zijn de kosten van een agressietraining drie uur tijd van de persoon die het geeft. Daarnaast kost het een uur van de medewerker en nog een uur van zijn collega die het rooster opvult. De totale kosten van de interventie 'huiskamer begeleiders', die is uitgevoerd bij organisatie E bedroegen drie miljoen, dat gefinancierd wordt vanuit overheidsmiddelen. Dit bedrag zal volgend jaar worden uitgebreid naar zes miljoen. Daarnaast is er net iemand aangenomen om de komende drie jaar (20 uur per week) de administratie uit te voeren van deze interventie. Een andere kostenpost is de bedrijfsmaatschappelijk werker, die een vast uurtarief in rekening brengt. De totale kosten van de interventie zullen dus afhankelijk zijn van het aantal werknemers en de keren dat er gebruik gemaakt van gaat worden.

Organisatie F biedt mindfulness trainingen aan, die grotendeels gefinancierd worden door de werkgever. De trainer wordt betaald voor de les en reistijd. De werknemers zelf betalen € 50,- voor acht lessen. Op jaarbasis wordt zo'n € 60.000 voor de mindfulness trainingen en de drie daagse interne training uitgegeven. De geschatte kosten voor de pilot voor nachtwerkers zal tussen de € 3000 - € 4000 liggen.

De kosten voor het coaching traject (organisatie G) bedragen € 115 per uur, wat neerkomt op een totaal van € 445 voor drie uur.

Het coaching traject, dat wordt aangeboden bij organisatie H, kost € 1000 voor drie sessies. Daarnaast zijn er ook individuele sessies, waar een uurtarief van € 135 wordt gehanteerd.

Bij organisatie I wordt er jaarlijks een vast bedrag betaald aan de Arbodienst. Zijn er aanvullende interventies nodig, dan dienen deze apart gefinancierd te worden.

De kosten van een WHP variëren, van zes euro (eigen bijdrage van de werknemer) tot € 3.000.000,-, dat betaald wordt voor het project 'huiskamer begeleiders'. Deze WHP wordt overigens wel betaald met overheidsmiddelen.

4.15. Toekomst

Een aantal zorginstellingen kwamen met concrete voorbeelden die ze graag in de toekomst gerealiseerd zien worden.

Het toekomst idee van organisatie C is het maken van een digitaal loket. Op dit digitale loket kan de werknemer dan een antwoord krijgen op vragen rondom vitaliteit, arbo etc. Daarnaast zijn er ideeën om de dialoog aan te gaan met werknemers, die de leeftijd van 40 hebben bereikt en niet alleen met 60+ werknemers.

Organisatie E heeft enkele ideeën, die ze graag in de toekomst uitgevoerd zien worden: Een PMO, een workshop over de overgang en een workshop voor leidinggevenden.

De HR adviseur van organisatie F zou graag het budget van mindfulnessstraining besteden aan een WHP, waarbij leidinggevenden het gesprek met de werknemer leren te voeren. Het streven van deze organisatie is om het ziekteverzuim te verlagen naar 3,5%.

Organisatie G streeft ernaar om het ziekteverzuim te laten dalen naar 6-7%, wat overeen komt met het branche gemiddelde.

Organisatie H ziet het liefst het coaching traject ingevoerd worden bij medewerkers met 26 weken (of langer) verzuim. Daarnaast zijn ze bezig met een nieuwe menukaart om de WHP's beter bij

medewerkers, maar ook bij leidinggevenden, onder de aandacht te brengen. Het uitvoeren van een RCT zou zeker bespreekbaar zijn binnen deze organisatie.

Organisatie I ziet graag een samenwerking op regionaal niveau, zodat zorgmedewerkers bij verschillende organisaties ingezet kunnen worden.

Zes zorgorganisaties hebben ideeën over de inzet van WHP's. De ideeën lopen uiteen van het verlagen van het ziekteverzuimpercentage tot een samenwerkingsverband op regionaal niveau.

4.16. Investerings vanuit PGGM

De zorginstellingen zien graag dat PGGM gaat investeren in WHP's. De manier waarop verschilt echter per organisatie:

- In slimme technologie waardoor de werknemer minder wordt belast (A)
- PGGM zou een schakel kunnen zijn in de sector, hierop aansluiten (B)
- Regelingen kunnen opzetten ter stimulering van het inzetten van interventies of het aanbieden hier van (C)
- Het aanbieden van apparatuur en het overbrengen van de benodigde vaardigheden (D)
- Het financieren van een workshop (E)
- Het ondersteunen bij de implementatie van interventies (F)
- Het overzichtelijk maken van de verschillende data van inkomensverzekeringen WGA en Zorgverzekeraars (G)
- Het monitoren van interventies en het meetbaar maken van de resultaten (I)
- Het financieren van een interventie in de vorm van prescans (H)

5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden conclusies getrokken naar aanleiding van beantwoording van de drie onderzoeksvragen. Hierna volgt inhoudelijk een discussie over het onderzoek en zijn enkele aanbevelingen geformuleerd voor zorginstellingen, PGGM en voor vervolgonderzoek. Daarnaast is op basis van de gevonden bevindingen een aanzet opgesteld tot handleiding, die door zorginstellingen en PGGM te gebruiken is als leidraad bij implementatie van een WHP. Deze aanzet tot handleiding is een apart document dat bij is gevoegd.

Wat zijn de belangrijkste uitkomstmaten van uitgevoerde WHP's in de zorg- en welzijnssector gericht op vitaliteitsbevordering?

De WHP's die bij zorginstellingen zijn uitgevoerd komen overeen met de WHP's die worden beschreven in het literatuuronderzoek. De lifestyle interventie is de meest voorkomende, gevolgd door een WHP waar E-health wordt toegepast zie tabel 15.

Tabel 15 Overeenkomsten en verschillen betreffende literatuur en WHP's in Nederlandse zorginstellingen

	Literatuur	WHP's in Nederlandse zorginstellingen
Soort WHP	Lifestyle E Health + coaching aspect Leiderschap Consultaties met bedrijfsarts	Lifestyle E Health Leiderschap Dialogoog
Meetindicatoren	Ziekteverzuim Stress Gezondheid Presenteïsme	Ziekteverzuim Stress Welbevinden en werkdruk Bewustwording Duurzaam Inzetbaarheid, vitaliteit
Meetinstrumenten	WHO-HPQ (Kessler, 2010) WLQ (Lerner et al., 2001) Perceived Stress Scale (Cohen et al., 1994) SF 36 Health Survey (Ware, 2000)	VAR 90 (Vendrig et al., 2011) Niet gestandaardiseerde vragenlijsten
Economische evaluatie	7/16	0/20
Soort studie	RCT	Project, programma

Daarnaast wordt de dialoog bij zorgorganisaties B en J toegepast, Een dialoog is een gesprek tussen mensen waarin gedachten worden verwisseld over een bepaald onderwerp. De dialoog maakt ook onderdeel uit van de studie Bronkhorst (2018). Deze studie liet een positief effect zien op presenteïsme bij de controle- en interventiegroep. Daarnaast was bij de interventiegroep een daling te zien in de kosten van het ziekteverzuim. In het literatuuronderzoek worden twee WHP's omschreven waarbij werknemers de mogelijkheid hebben op consultaties met een bedrijfsarts.

De meest genoemde uitkomstmaten in het literatuuronderzoek en WHP's bij zorginstellingen zijn: ziekteverzuim, presenteïsme stress en gezondheid. De uitkomstmaten komen grotendeels overeen omdat de beschreven studies overeenkomen met de uitgevoerde WHP's bij zorginstellingen.

Deze uitkomstmaten worden in de artikelen gemeten middels gestandaardiseerde meetinstrumenten. Deze gestandaardiseerde meetinstrumenten zijn: WHO-HPQ, WLQ, Percieved Stress Scale (PSS-14), Nursing Stress Scale en de SF 36 Health Survey die vergelijkbaar is met de Rand 36.

Eén zorgorganisatie (H) zet een gestandaardiseerd meetinstrument (VAR 90) in. Met deze vragenlijst kan de verwachte verzuimduur voorspeld worden.

In zeven van de zestien studies werd de kosteneffectiviteit berekend aan de hand van een economische evaluatie. Bij zorginstellingen heeft deze niet plaats gevonden. Echter, worden bij zorginstellingen soortgelijke WHP's uitgevoerd (de invulling van deze WHP's verschilt wel) waardoor de WHP's waarschijnlijk wel iets opleveren.

De meest voorkomende studie die uitgevoerd is in het literatuuronderzoek is de Randomized Controlled Trial (RCT). Bij zorginstellingen zijn het projecten of programma's.

Welke factoren dragen bij aan het succes van een WHP?

Er zijn meerdere factoren die een bijdrage kunnen leveren aan een succesvolle WHP: aandacht voor de medewerker, steun van het bestuur, en een capabel projectteam met de juiste kennis zie tabel 16.

Tabel 16: Factoren die bij kunnen dragen aan het succes van een WHP

Factor	Literatuur	WHP's in zorginstellingen
Aandacht medewerker	Eerdere participatie in terugkerende werk programma's bij contact ziektekostenverzekeraar	Aandacht voor de medewerker
Participatielevel	Participatielevel boven de 65% werving via ziekenhuis, verpleeghuis of ArboNed.	Verplicht stellen van WHP leidt tot een hoger participatielevel
Betrokken personen	Projectteam inclusief onderzoeker	Steun van raad van bestuur
Metten van (kosten) effectiviteit (stellen van een doel)	Gestandaardiseerde meetinstrumenten (wetenschappelijk onderbouwing) Kosten baten analyse Return on Investment	VAR 90 (Vendrig et al., 2011)

Schneider et al., (2015) laat zien dat werknemers die al contact hebben gehad met een ziektekostenverzekering eerder deelnemen aan een Return To Work Program (terug keren naar werk programma).

In het wervingsproces van een WHP kan op verschillende manieren aandacht worden besteed aan een werknemer. Vier studies (Lahari et al., 2012, Weir et al., 1997, Ilvig et al., 2018 en van Wier et al., 2013) laten een participatielevel aan deelname van een WHP boven de 65% zien. Meerdere groepen (onderzoekers, managers en bedrijfsdokters) werden ingezet bij het selecteren van deelnemers. Het inschakelen van deze personen kan leiden tot een hogere respons bij de deelnemers. Dit wordt ook bevestigd door een studie uitgevoerd door de American Productivity and Quality Center waar effectieve screening één factor was van de meest effectieve uitgevoerde WHP's.

Bij zorginstellingen kan de rol van de leidinggevende bijdragen aan een hoger participatielevel voor deelname aan een WHP.

Een andere factor, die bij kan dragen aan het succes, is de steun van het bestuur, wat de kans op succes vergroot van de WHP. Dit komt grotendeels overeen met het onderzoek van Goetzel et al., (2007) waarin een correlatie is te zien tussen effectieve programma's en de steun van het management en leidinggevendens.

Succes kan gemeten worden aan de hand van effectiviteit. In het literatuuronderzoek wordt de effectiviteit bij alle studies duidelijk omschreven en het merendeel laat een positief effect van de uitkomstmaat zien. Goetzal et al., (2014) maakt een statement dat er een hoop niet effectieve programma's worden gepubliceerd vanwege publicatie bias.

Bij zorginstellingen was bij een klein deel van WHP's drie van de twintig een positief effect te zien. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat zeven van de elf zorginstellingen nog in de opstartfase van WHP's zitten, zo wordt er bij verscheidene zorginstellingen ook een pilot uitgevoerd. Dit betekent dat de succesfactoren van een WHP's binnen deze organisaties nog niet bekend zijn. Daarnaast was het vaak niet duidelijk welk beoogd effect de organisatie wenste te halen met de WHP. Bij zorginstellingen worden de WHP's veelal intern uitgevoerd of er wordt een externe partij ingehuurd. Ook bij uitvoering door externe partijen was het niet duidelijk welke factoren voor een succes zorgen.

Wat is bekend over de effectiviteit van bestaande WHP's?.

De effectiviteit van alle studies wordt in het literatuuronderzoek duidelijk omschreven. Merill & Merill lieten een daling in de controle en interventiegroep zijn van de ziektekosten. Bij de zorginstellingen is er weinig bekend is over effectiviteit van WHP's. Bij één organisatie waar 300 extra medewerkers zijn aangenomen, resulteerde in minder werkdruk bij 70% van de huidige medewerkers.

Een mogelijke oorzaak tussen het verschil in bekendheid van effectiviteit is de mate waarin er wordt gewerkt met gestandaardiseerde meetinstrumenten, zie tabel 16. Een mogelijke verklaring hiervoor is de samenstelling van het projectteam. Bij de studies in het literatuuronderzoek zijn er meerdere onderzoekers aanwezig, terwijl er geen onderzoeker is vertegenwoordigd bij uitvoering van de WHP's in zorginstellingen.

In het literatuuronderzoek is bij zeven van de zestien studies een economische evaluatie uitgevoerd. Twee studies Noben et al., (2014) en Lokman et al., (2017) waar een E-health module is uitgevoerd laten een Return On Investment (ROI) van 1:11 en 1:10 zien.

De uitvoering van een economische evaluatie is essentieel om inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit van de interventie (zie paragraaf 1.6). Bij de zorginstellingen heeft geen economische evaluatie plaats gevonden. Proper et al., (2006) toont aan dat er weinig bekend is over de kosteneffectiviteit van beweegprogramma's op de werkplek. Houtman et al., (2012) concludeert dat organisaties de kennis missen om de kosteneffectiviteit te berekenen. Het ontbreken aan kennis is de reden dat er bij zorginstellingen geen economische evaluatie plaats heeft gevonden.

5.1. Discussie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te geven in (kosten) effectieve WHP's. Deze WHP's kunnen een positieve bijdrage leveren aan een vitalere sector, waardoor de financiële last van werkgevers en PGGM vermoedelijk gereduceerd wordt.

In het literatuuronderzoek zijn zestien studies beschreven waarvan tien effectief bleken te zijn, bij zorginstellingen was een effect te zien bij drie van de twintig WHP's. Een reden van het verschil in effectiviteit kan zijn, dat in het literatuuronderzoek de studies uitgevoerd zijn en ook geëvalueerd, terwijl bij zorginstellingen zeven van de elf organisaties in de opstartfase zitten, waardoor er nog geen evaluatie plaats heeft gevonden.

Een andere reden wellicht is dat er in de studies in het literatuuronderzoek meerdere factoren aanwezig zijn die bijdragen aan een effectieve WHP. In de studie van O' Donnel et al., (2016) die uitgevoerd is in samenwerking met de American Productivity and Quality Center worden onder andere de volgende factoren genoemd: toegankelijkheid, effectieve communicatie, evaluatie van de effectiviteit, effectieve screening, studies gebaseerd op theorie en evidence based en een effectieve implementatie.

Bij zorginstellingen kan de benaming 'programma of project' aan een WHP worden gegeven. De invoering van een WHP is minder ingericht met bovengenoemde elementen. Hierdoor neemt de kans op effectiviteit van de WHP af.

Generaliseerbaarheid

In dit kwalitatief onderzoek is gekozen om eerst literatuuronderzoek uit te voeren. De resultaten van het literatuuronderzoek dienden als input voor de interviews. Daarnaast kon de opgedane kennis over het onderwerp door de onderzoeker toe worden gepast in de interviews.

Van de zestien studies in het literatuuronderzoek zijn er zes in Nederland bij verschillende organisaties uitgevoerd. Dit vergroot de kans dat veel kenmerken aanwezig zijn die overeen komen met de huidige zorg & welzijnssector in Nederland (Smaling, 2009).

In totaal zijn er bij elf zorginstellingen interviews afgenomen, die vijf van de zes deelsectoren vertegenwoordigen van de zorg- & welzijnssector. Deze steekproef heeft een grote variatie in de kenmerken die in de gehele populatie (de zorg- & welzijnssector in Nederland) voorkomen.

De steekproef van de interviews kan in grote mate gezien worden als representatief voor de populatie in de zin van variatiedekking die als basis dient voor de generaliseerbaarheid (Smaling, 2009).

Daarnaast vertegenwoordigen de organisaties waar een interview af is genomen circa 30.000 werknemers in de zorg & welzijnssector. Volgens de onderzoeker is de kans hierdoor aanwezig dat de interviews een goede afspiegeling zijn van de werkelijkheid.

Selectiebias

Voor geschikte artikelen in het literatuuronderzoek is gezocht met de zoektermen:

health promotion, workplace, cost effectiveness, cost benefit en absenteeïsm.

Aangezien er is gezocht op het woord ziekteverzuim was dit ook de meeste voorkomende uitkomstmaat in het literatuuronderzoek waardoor het mogelijk is dat er selectiebias heeft opgetreden.

Bij de interviews is gebruikt gemaakt van de methode 'convenience sampling'. Enkele praktische criteria van deze sampling methode zijn: Verhoging van de toegankelijkheid, wat de kans op deelname voor een interview vergroot en beschikbaarheid tussen een bepaalde periode (Dörnyei, 2007). De reden van deze gebruikte methode is vanwege het grote netwerk in de zorg- & welzijnssector van 'Bas Gortworst' de collega van de onderzoeker. Het nadeel van convenience sampling is dat het vrij aannemelijk is dat er een bias heeft opgetreden (Mackay & Gass, 2015).

Bij niet a-selecte steekproeven kunnen er outliners optreden waardoor er geen garantie kan worden gegeven dat er geen bias heeft plaatsgevonden (Hatch & Lazaraton, 1991). Het is moeilijk te zeggen in hoeverre deze sample de gehele populatie reflecteert. Dit maakt een convenience sample onvoorspelbaar en kwetsbaar en de kans op verborgen biases is aanwezig (Leiner, 2014).

De kwetsbaarheid in dit onderzoek is deels geminimaliseerd, aangezien de zorginstellingen waar een interview af is genomen, vijf van de zes deelsectoren vertegenwoordigen in de zorg- & welzijnssector (zie punt generaliseerbaarheid).

Met de huidige kennis van de onderzoeker zouden de volgende aanpassingen gedaan kunnen worden aan dit onderzoek:

1. De eerste aanpassing om selectiebias te verminderen in het literatuuronderzoek is per onderzoeksvraag één zoekcriteria uitvoeren.
2. Als tweede zouden de werknemers uit de zorg & welzijnssector betrokken kunnen worden middels het organiseren van focusgroepen of (korte) interviews, om ook hun gedachten inzichtelijk te maken over WHP's.
3. Toevoegen van een theoretisch kader. In de conclusie en/of discussie kan dan gerefereerd worden naar het theoretisch kader.

5.2. Aanbevelingen PGGM

PGGM kan een belangrijke rol gaan spelen om de zorg & welzijnssector vitaler te maken. Dit slaat aan bij de visie 'Een vaste waarde in de zorg & welzijnssector' en de ambitie om het verwachte

ziekteverzuim van 6,6% met 1,0% in 2023 terug te dringen. Het investeren in Work Health Programs kan hier zeker aan bijdragen. Wel dienen deze programma's kosteneffectief te zijn, waardoor de financiële schadelast vermoedelijk wordt gereduceerd.

PGGM dient de zorgorganisaties te ondersteunen met het maken van een degelijke analyse. Bij deze organisatie is voldoende kennis aanwezig om hier aan bij te dragen. De volgende stappen dienen dan gemaakt te worden.

1. Het matchen van een businesspartner aan een zorgorganisatie.
Een businesspartner kan het proces van invoering van een WHP begeleiden. Deze persoon kan met name helpen bij de eerste stappen (zie aanzet tot handleiding) om een duidelijk doelstelling te formuleren en de kaders af te bakenen.
2. Het leveren van een specialist met betrekking tot het maken van een economische evaluatie.
De uitvoering van een economische evaluatie vergt specialisme. Bij PGGM zijn verscheidene personen die hier ervaring mee hebben.
3. Het managen van data.
Tijdens de uitvoering van de interventie wordt er op twee momenten gemeten. Dit is aan het begin van de uitvoering en bij de evaluatie. PGGM kan helpen met het managen van deze data.
4. Het creëren van draagvlak bij andere zorgorganisaties
Indien er een succesvol programma afgerond is bij organisatie X zou dit programma ook bij organisatie Y uitgevoerd kunnen worden. Aangezien PGGM nauwe banden heeft met werkgevers kunnen zij deze resultaten meenemen om draagvlak te creëren bij andere zorgorganisaties.

Het ontwikkelen van een proof of concept

Een aantal organisaties gaven aan moeite te hebben met het financieren van een WHP en zien dan ook graag dat PGGM deze kosten voor zijn rekening gaat nemen (paragraaf 4.16). Indien PGGM gaat investeren in WHP's zou dit in samenwerking met ziektekostenverzekeraars kunnen, aangezien deze ook financieel baat hebben bij vitalere werknemers. Het ontwikkelen van een proof of concept met betrekking tot implementatie van kosteneffectieve WHP's maakt onderdeel uit van deze samenwerking. Dit document betreft dan concrete bewezen maatregelen met betrekking tot gezondheidsbevordering tussen zorginstellingen, PGGM en ziektekostenverzekeraars. Lacaille et al., (2008) ontwikkelde een proof of concept voor personen met artritis in relatie tot werk.

5.3. Aanbevelingen zorginstellingen

Het is opvallend dat bij zorginstellingen zo weinig bekend is over de kosteneffectiviteit van WHP's. Per slot van rekening wordt er jaarlijks wel een bepaald bedrag voor gereserveerd. In de aanzet tot handleiding staan enkele voorbeelden en berekeningen van hoe de kosteneffectiviteit middels een economische evaluatie uitgevoerd zou kunnen worden. Daarnaast zouden medewerkers van zorginstellingen een cursus Maatschappelijk Kosten Baten Analyse (MKBA) kunnen gaan volgen. Met de opgedane kennis kan de medewerker vervolgens zelfstandig een KBA of een KEA uitvoeren.

Zorginstellingen dienen bij implementatie van WHP's meer rekening te houden met factoren die bij dragen aan de effectiviteit, zie tabel 17.

Tabel 17 overzicht van factoren die bijdragen aan de effectiviteit van een WHP

Betrokkenheid van de organisatie	Steun van raad van bestuur Steun en betrekken van leidinggevenden
Programma design	Het stellen van duidelijke doelen Promoten van deelname aan WHP Diversiteit in de programma's Zorgdragen voor continuïteit
Implementatie en middelen	Het trainen en motiveren van de medewerkers Strategisch communiceren Gebruik maken van bestaande data en evidence based WHP's
Programma evaluatie	Het meten van relevante uitkomstmaten

Bron: Goetzal et al., (2014), Centers for Disease Control and Prevention, (2016).

5.4. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Naar aanleiding van dit onderzoek zouden er verscheidene vervolgonderzoeken uitgevoerd kunnen worden.

1. *In kaart brengen praktijkonderzoek*

De WHP's in de Nederlandse zorg & welzijnssector zitten in de introductie fase van de product life cycle (Kotler et al., 1965). Om naar de groei en volwassenfase te gaan kan er gekeken worden naar andere sectoren in Nederland. Indien deze sectoren in de groei of volwassen fase zitten kan de zorg & welzijnssector hiervan profiteren. Daarnaast zou er ook op internationaal niveau praktijk onderzoek uitgevoerd kunnen worden om de resultaten toe te passen in de Nederlandse zorg & welzijnssector.

2. *Uitbreiden aanzet tot handleiding*

Een andere optie voor vervolgonderzoek is om de aanzet tot handleiding uit breiden naar een implementatierapport. De aanzet tot handleiding is een document, dat nu als leidraad gebruikt kan worden voor implementatie en evaluatie bij een WHP door een zorginstelling. Het document is nog redelijk algemeen en kan nog verder gespecificeerd worden. Een mooi voorbeeld hiervan is het onderzoek van Poland et al., (2009). In dit onderzoek is vanuit een setting approach een analytisch framework ontworpen, dat toegepast kan worden bij het plannen, implementeren en analyseren van WHP's.

3. *Het uitvoeren van een cohort studie*

In het literatuuronderzoek is voornamelijk gebruikt gemaakt van RCT's. Een aantal zorginstellingen gaven aan dat dit soort onderzoek niet uit te voeren is binnen hun organisatie, op grond van ethische overwegingen. Het uitvoeren van een cohort studie binnen de organisatie zou in dit geval een oplossing kunnen bieden. Door het uitvoeren van een cohort studie kunnen de effecten van deelnemers van WHP's in kaart worden gebracht. Daarnaast kan ook worden gekeken naar risicofactoren van ziekteverzuim.

5.5. Slotwoord

Bovenstaand document geeft inzicht in (kosten) effectieve WHP's die zijn uitgevoerd in de zorg & welzijnssector. De Nederlandse zorg & welzijnssector is actief bezig om de gezondheid van hun werknemers te bevorderen. De aangeboden WHP's komen overeen met kosteneffectieve WHP's die in verschillende studies zijn uitgevoerd. Het verschil is dat in de studies vooraf een duidelijke doelstelling wordt geformuleerd en effecten worden gemeten middels gestandaardiseerde

meetinstrumenten. WHP's hebben potentie voor de zorg & welzijnssector, mits er op een accurate manier effectmetingen plaats vinden. Indien PGGM een meer betekenisvollere rol wil gaan spelen in de sector kan er geïnvesteerd worden in WHP's. Daarnaast kunnen zij zorgorganisaties ondersteunen bij het implementatie en evaluatieproces van een WHP.

Referentielijst

- Aartman, I. H. A., & van Loveren, C. (2007). Onderzoeksontwerpen en de ladder van evidence. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2007a, 114, 161-165.
- Abma, F. I., Amick III, B. C., Brouwer, S., van der Klink, J. J., & Bültmann, U. (2012). The cross-cultural adaptation of the Work Role Functioning Questionnaire to Dutch. *Work*, 43(2), 203-210.
- Aldana, S. G. (2001). Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296-320.
- Arends, I., Bültmann, U., Nielsen, K., van Rhenen, W., de Boer, M. R., & van der Klink, J. J. (2014). Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 100, 123-132.
- Arends, I., Bültmann, U., van Rhenen, W., Groen, H., & van der Klink, J. J. (2013). Economic evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *PloS one*, 8(8), e71937.
- Arends, I., van der Klink, J. J., van Rhenen, W., de Boer, M. R., & Bültmann, U. (2014). Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Occup Environ Med*, 71(1), 21-29.
- Bartlett, L., Lovell, P., Otahal, P., & Sanderson, K. (2017). Acceptability, feasibility, and efficacy of a workplace mindfulness program for public sector employees: a pilot randomized controlled trial with informant reports. *Mindfulness*, 8(3), 639-654.
- Baxter, S., Sanderson, K., Venn, A. J., Blizzard, C. L., & Palmer, A. J. (2014). The relationship between return on investment and quality of study methodology in workplace health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 28(6), 347-363.
- Beishuizen, A. D. (2018). *Feasibility of a light intervention study on alertness and sleep of nightshift working nurses* (Master's thesis).
- Boermeester, M. (2013). Onderzoeksprotocol: randomized controlled trial. In *Promoveren doe je zo!* (pp. 21-25). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Boonk, E. (2012). *Kosten-effectiviteitsanalyses en de cursus 'Geen Paniek'* (Master's thesis, University of Twente).
- Bowling, A., & Ebrahim, S. (2005). *Handbook of health research methods: investigation, measurement and analysis*. McGraw-Hill Education (UK).
- Brand-Gruwel, S., & Wopereis, I. (2011). Het doen van literatuuronderzoek.
- Bronkhorst, B. (2018). Praktijktoets Aanpak Organisatieklimaat.
- Brouwer, S., de Lange, A. H., Mei, S. V., Wessels, M., Koolhaas, W., Bültmann, U., ... & Klink, J. (2012). *Duurzame inzetbaarheid van de oudere werknemer: stand van zaken*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.

Centers for Disease Control and Prevention. (2016). Essential Elements of Effective Workplace Programs and Policies for Improving Worker Health and Wellbeing. 2009.

Christensen, J. R., Faber, A., Ekner, D., Overgaard, K., Holtermann, A., & Sjøgaard, K. (2011). Diet, physical exercise and cognitive behavioral training as a combined workplace based intervention to reduce body weight and increase physical capacity in health care workers-a randomized controlled trial. *BMC public health*, *11*(1), 671.

Christensen, J. R., Overgaard, K., Hansen, K., Sjøgaard, K., & Holtermann, A. (2013). Effects on presenteeism and absenteeism from a 1-year workplace randomized controlled trial among health care workers. *Journal of occupational and environmental medicine*, *55*(10), 1186-1190.

Christensen, J. R., Overgaard, K., Carneiro, I. G., Holtermann, A., & Sjøgaard, K. (2012). Weight loss among female health care workers-a 1-year workplace based randomized controlled trial in the FINALE-health study. *BMC Public Health*, *12*(1), 625.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1994). Perceived stress scale. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*, 235-283.

Compernelle, S., De Cocker, K., Lakerveld, J., Mackenbach, J. D., Nijpels, G., Oppert, J. M., ... & De Bourdeaudhuij, I. (2014). A RE-AIM evaluation of evidence-based multi-level interventions to improve obesity-related behaviours in adults: a systematic review (the SPOTLIGHT project). *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, *11*(1), 147.

De Rijk, A. (2018). Arbeidsre-integratie blijft mensenwerk. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, *96*(5), 208-215.

Dörnyei, Z. (2007). Research methods in applied linguistics. New York: Oxford University Press.

van Dongen, J. M., Strijk, J. E., Proper, K. I., van Wier, M. F., van Mechelen, W., van Tulder, M. W., & Van Der Beek, A. J. (2013). A cost-effectiveness and return-on-investment analysis of a worksite vitality intervention among older hospital workers: results of a randomized controlled trial. *Journal of occupational and environmental medicine*, *55*(3), 337-346.

Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford university press.

Fitzgerald, S., Geaney, F., Kelly, C., McHugh, S., & Perry, I. J. (2016). Barriers to and facilitators of implementing complex workplace dietary interventions: process evaluation results of a cluster controlled trial. *BMC health services research*, *16*(1), 139.

Fitzgerald, S., Murphy, A., Kirby, A., Geaney, F., & Perry, I. J. (2018). Cost-effectiveness of a complex workplace dietary intervention: an economic evaluation of the Food Choice at Work study. *BMJ open*, *8*(3), e019182

Gaglio, B., Shoup, J. A., & Glasgow, R. E. (2013). The RE-AIM framework: a systematic review of use over time. *American journal of public health*, *103*(6), e38-e46.

Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American journal of public health*, *89*(9), 1322-1327.

- Goetzel, R. Z., Guindon, A. M., Turshen, I. J., & Ozminkowski, R. J. (2001). Health and productivity management: establishing key performance measures, benchmarks, and best practices. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(1), 10-17.
- Goetzel, R. Z., & Ozminkowski, R. J. (2008). The health and cost benefits of work site health-promotion programs. *Annu. Rev. Public Health*, 29, 303-323.
- Goetzel, R. Z., Shechter, D., Ozminkowski, R. J., Marmet, P. F., Tabrizi, M. J., & Roemer, E. C. (2007). Promising practices in employer health and productivity management efforts: findings from a benchmarking study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(2), 111-130.
- Goetzel, R. Z., Henke, R. M., Tabrizi, M., Pelletier, K. R., Loeppke, R., Ballard, D. W., ... & Serxner, S. (2014). Do workplace health promotion (wellness) programs work?. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(9), 927-934.
- Golaszewski, T. (2001). Shining lights: studies that have most influenced the understanding of health promotion's financial impact. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 332-340.
- Grol, R., & Wensing, M. Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. 2010. *Maarsse, Nederland: Elsevier Gezondheidszorg*.
- Hays, R. D., & Morales, L. S. (2001). The RAND-36 measure of health-related quality of life. *Annals of medicine*, 33(5), 350-357.
- Hatch, E. M., & Lazaraton, A. (1991). *The research manual: Design and statistics for applied linguistics*. New York, NY: Newbury House Publishers.
- Holden, L., Scuffham, P. A., Hilton, M. F., Ware, R. S., Vecchio, N., & Whiteford, H. A. (2011). Which health conditions impact on productivity in working Australians?. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(3), 253-257.
- Holtermann, A., Jørgensen, M. B., Gram, B., Christensen, J. R., Faber, A., Overgaard, K., ... & Sjøgaard, K. (2010). Worksite interventions for preventing physical deterioration among employees in job-groups with high physical work demands: background, design and conceptual model of FINALE. *BMC Public Health*, 10(1), 120.
- Holtrop, J. S., Rabin, B. A., & Glasgow, R. E. (2018). Qualitative approaches to use of the RE-AIM framework: rationale and methods. *BMC health services research*, 18(1), 177.
- Houten van, J, J. (2018). *Sociaal Economische Analyse Pensioenbeheer PFZW*. Zeist
- Houtman, I., SEO, L. K., van der Klauw, M., SEO, M. L., Jansen, Y., van Ginkel, W., ... & Wieringa, D. (2012). *Waarom werkgevers bewezen effectieve maatregelen wel of niet nemen: Eerste resultaten van een kwalitatief onderzoek*. Hoofddorp: TNO.
- Jadad, A. R., & O'grady, L. (2008). How should health be defined?.
- Janssens, H., Clays, E., De Clercq, B., De Bacquer, D., & Braeckman, L. (2014). Presenteïsme: een voorspeller voor ziekteverzuim. *TBV–Tijdschrift voor Bedrijfs-en Verzekeringsgeneeskunde*, 22(1), 37-37.
- Janssen, G. J. (2017). *Werk en gezondheid. Een gezonde combinatie? Een kwalitatief onderzoek naar de heersende normen rondom gezondheid/vitaliteit in 'Work Site Health Promotion'programma's en de consequenties die deze normen voor de werknemers met zich meebrengen* (Master's thesis).

- Jay, K., Brandt, M., Hansen, K., Sundstrup, E., Jakobsen, M. D., Schraefel, M. C., ... & Andersen, L. L. (2015). Effect of individually tailored biopsychosocial workplace interventions on chronic musculoskeletal pain and stress among laboratory technicians: randomized controlled trial. *Pain Physician, 18*(5), 459-471.
- Kessler, R. C., Ames, M., Hymel, P. A., Loeppke, R., McKenas, D. K., Richling, D. E., ... & Ustun, T. B. (2004). Using the World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ) to evaluate the indirect workplace costs of illness. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 46*(6), S23-S37.
- Kotler, P. (1965). Competitive strategies for new product marketing over the life cycle. *Management Science, 12*(4), B-104.
- Konetzka, R. T., Stearns, S. C., & Park, J. (2008). The staffing–outcomes relationship in nursing homes. *Health services research, 43*(3), 1025-1042.
- Koopmans, L. (2010). *Leefstijl interventies voor oudere werknemers*. Leiden: TNO.
- Koopmanschap, M. A. (2005). PRODISQ: a modular questionnaire on productivity and disease for economic evaluation studies. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research, 5*(1), 23-28.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., & Husman, P. (2008). Work health promotion, job well-being, and sickness absences—a systematic review and meta-analysis. *Journal of occupational and environmental medicine, 50*(11), 1216-1227.
- Lahiri, S., & Faghri, P. D. (2012). Cost-effectiveness of a workplace-based incentivized weight loss program. *Journal of occupational and environmental medicine, 54*(3), 371-377.
- Le, B., & Agnew, C. R. (2003). Commitment and its theorized determinants: A meta-analysis of the Investment Model. *Personal Relationships, 10*(1), 37-57.
- Leiner, D. J. (2014). Convenience Samples and Respondent Pools.
- Lerner, D., Amick III, B. C., Rogers, W. H., Malspeis, S., Bungay, K., & Cynn, D. (2001). The work limitations questionnaire. *Medical care, 72*-85.
- Ilvig, P. M., Bredahl, T. V. G., Justesen, J. B., Jones, D., Lundgaard, J. B., Sjøgaard, K., & Christensen, J. R. (2018). Attendance barriers experienced by female health care workers voluntarily participating in a multi-component health promotion programme at the workplace. *BMC public health, 18*(1), 1340.
- Lokman, S., Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M. C., Brouwers, E. P., Boon, B., Beekman, A. T., ... & Van der Feltz-Cornelis, C. M. (2017). Return-to-work intervention versus usual care for sick-listed employees: health-economic investment appraisal alongside a cluster randomised trial. *BMJ open, 7*(10), e016348.
- Mackey, A., & Gass, S. M. (2015). *Second language research: Methodology and design*. Routledge.
- Meijboom, M. J., Riphagen-Dalhuisen, J., & Hak, E. (2018). The potential economic value of influenza vaccination for healthcare workers in The Netherlands. *Influenza and other respiratory viruses, 12*(4), 457-464.
- Medendorp, N. (2013). *Het meten van verminderde arbeidsproductiviteit op de werkvloer (presenteïsm) ten gevolge van gezondheidsproblemen* (Bachelor's thesis, University of Twente).

- M. Merrill, R., & Grant Merrill, J. (2014). An evaluation of a comprehensive, incentivized worksite health promotion program with a health coaching component. *International Journal of Workplace Health Management*, 7(2), 74-88.
- Morris, S., Devlin, N., & Parkin, D. (2007). *Economic analysis in health care*. John Wiley & Sons.
- Noben, C., Evers, S., Nieuwenhuijsen, K., Ketelaar, S., Gärtner, F., Sluiter, J., & Smit, F. (2015). Protecting and promoting mental health of nurses in the hospital setting: Is it cost-effective from an employer's perspective?. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 28(5), 891.
- Nursing. (2019). *Ziek melden in de zorg in hele land een probleem*, Ontvangen op 6 juni 2019 van <https://www.nursing.nl/ziek-melden-in-de-zorg-in-hele-land-een-probleem/>
- Olsen, J. A., & Smith, R. D. (2001). Theory versus practice: a review of 'willingness-to-pay' in health and health care. *Health economics*, 10(1), 39-52.
- Palumbo, M. V., Wu, G., Shaner-McRae, H., Rambur, B., & McIntosh, B. (2012). Tai Chi for older nurses: a workplace wellness pilot study. *Applied nursing research*, 25(1), 54-59.
- Phillips, J. J. (2012). *Return on investment in training and performance improvement programs*. Routledge.
- Poland, B., Krupa, G., & McCall, D. (2009). Settings for health promotion: an analytic framework to guide intervention design and implementation. *Health promotion practice*, 10(4), 505-516.
- Proper, K. I., Bergstra, B., Bakker, I., & van Mechelen, W. (2006). De effectiviteit van interventies ter stimulering van bewegen. *TBV-Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 14(3), 117-124.
- Rusbult, C. E., Drigotas, S. M., & Verette, J. (1994). The investment model: An interdependence analysis of commitment processes and relationship maintenance phenomena.
- Rusbult, C. E. (1980). Commitment and satisfaction in romantic associations: A test of the investment model. *Journal of experimental social psychology*, 16(2), 172-186.
- Saracci, R. (1997). The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health. *Bmj*, 314(7091), 1409.
- Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A., Booij, M., & Verckens, J. P. (2011). *Methoden en technieken van onderzoek*. Pearson Education.
- Savelkoul, M., Schuit, A. J., van Dale, D., & Hamberg-van Reenen, H. H. (2011). Praktijkaspecten bij uitvoering en interpretatie van kosteneffectiviteitsanalyses van preventie.
- Scheepers, P. L. H., Tobi, H., & Boeije, H. R. (2016). *Onderzoeksmethoden (9e dr.)*.
- Schneider, U., Linder, R., & Verheyen, F. (2016). Long-term sick leave and the impact of a graded return-to-work program: evidence from Germany. *The European Journal of Health Economics*, 17(5), 629-643.
- Schröer, S., Haupt, J., & Pieper, C. (2013). Evidence-based lifestyle interventions in the workplace—an overview. *Occupational medicine*, 64(1), 8-12.
- Schultz, A. B., Chen, C. Y., & Edington, D. W. (2009). The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers. *Pharmacoeconomics*, 27(5), 365-378.
- Smaling, A. (2009). Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek. *Kwalon*, 3, 2.

Stone, P. W. (2005). Return-on-investment models. *Applied nursing research: ANR*, 18(3), 186-189.

Tan, S. S., Bouwmans-Frijters, C. A., & Hakkaart-van Roijen, L. (2012). Handleiding voor kostenonderzoek: methoden en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 90(6), 367-372

Task Force on Community Preventive Services. (2007). *Proceedings of the Task Force meeting: worksite reviews*. Atlanta, GA. Cent. Dis. Control Prev.

UMCG Research Institute SHARE ontvangen 23 april 2019 van: <https://www.umcg.nl/EN/Research/InstitutesProgrammes/SHARE/researchtools/tools/paginas/RAND36.aspx>

UWV (2018), ontvangen op 2 december van: <https://www.uwv.nl/particulieren/ziek/ziek-wia-uitkering/bijna-2-jaar-ziek-wia/detail/wat-betekenen-wia-wga-iva>

Van der Aalst, M. (2018). De arbeidsmarkt in de zorg: Meer banen, maar hoe zorg je voor voldoende professionals?. *Fizier*, 35(1), 10-13

Van Loghum, B.S. (2017). De smalle marges van de zorg. *HEADline*, 34(1),9-9.

Van der Ploeg, C. P. B., Pal, S., Vroome, E. D., & Bossche, S. (2014). *De kosten van ziekteverzuim voor werkgevers in Nederland*. TNO.

Van Wier, M. F., Verweij, L. M., Proper, K. I., Hulshof, C. T., van Tulder, M. W., & van Mechelen, W. (2013). Economic evaluation of an occupational health care guideline for prevention of weight gain among employees. *Journal of occupational and environmental medicine*, 55(9), 1100-1109.

Vendrig, A. A., Van Hove, M., van Meijel, M., & Donceel, P. (2011). Voorspellen van de verwachte verzuimduur met de Vragenlijst ArbeidsReïntegratie (VAR). *TBV-Tijdschrift voor Bedrijfs-en Verzekeringsgeneeskunde*, 19(1), 7-13.

Ware Jr, J. E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25(24), 3130-3139.

Weir, R., Stewart, L., Browne, G., Roberts, J., Gafni, A., Easton, S., & Seymour, L. (1997). The efficacy and effectiveness of process consultation in improving staff morale and absenteeism. *Medical care*, 334-353.

Wollesen, B., Menzel, J., Drögemüller, R., Hartwig, C., & Mattes, K. (2017). The effects of a workplace health promotion program in small and middle-sized companies: a pre-post analysis. *Journal of Public Health*, 25(1), 37-47

World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. *Health promotion*, 1, iii-v.

Zorg en Welzijn. (2019). *Ziek melden in zelfsturend teams is lastig*. Ontvangen op 6 juni 2019 van <https://www.zorgwelzijn.nl/ziek-melden-in-zelfsturend-team-is-lastig/>

Bijlagen

Bijlage 1 Overzicht van personen die hun medewerking hebben verleend aan dit onderzoek

Naam	Organisatie	Functie
Carlijn Aalbregtse	Antonius Ziekenhuis	HR-adviseur inzetbaarheid
Trudy Aanraad	U Centraal	Senior P&O adviseur
Petra Boerboom	Siza	Senior P&O adviseur en loopbaancoach
Karina Domaszak	Bernhoven	Beleidsadviseur HR
Lieselore van Donselaar	Carintreggeland	Arboadviseur & preventiemedewerker
Angelique Janssen	Siza	Adviseur Gezondheidsmanagement
Bas Gortworst	PGGM (tot 1 maart 2019) Aon (vanaf 1 maart 2019)	Business manager Vitaal met Pensioen Business Client Director Healthcare
Frido Kraanen	PGGM (tot 1 april 2019) Omring (vanaf 1 juni 2019)	Directeur Maatschappelijk Impactvol Ondernemen Lid raad van bestuur
Sandra Kleijbeuker	Aafje	Teammanager P&O
Wendy Koolhaas	Zorgplein Noord	Teamleider Arbeidsmarkt & Onderwijs
Alice Lathouwers	Antonius Ziekenhuis	Adviseur Inzetbaarheid
Duco Molenaar	Preventned	CEO Preventned
Imke Ode	Huisartsen posten Zaanstreek Waterland	Operationeel manager
Taco Paulidus	Raamwerk	Adviseur M&O
Bo Polak	U Centraal	Stagiaire
Patricia Teesink	Carintreggeland	Manager HRM
Marianne Salentijn	Zorggroep SEZ	HR adviseur/project manager
Pascal Schmitt	Careyn	HR Expert Social Control
Matthijs Versteegh	IMTA	Director
Leo Wanders	Zinnzorg	Manager Financiën & HRM
Marion de Weerd	Woon Zorg Centra Haaglanden (WZH)	Arbo adviseur
Marjan Wedemeijer	Woon Zorg Centra Haaglanden (WZH)	Teamleider P&O

Bijlage 2 Vragenlijst interviews

Bereik

- Welke partijen en personen zijn hierbij betrokken? En hoe is de bereidheid? Van wie voor wat?
- Heeft elke werknemer toegang tot deelname aan een WHP?
- Zijn de deelnemers representatief? Geslacht, functie, leeftijd etc?
- Bij deze WHP heeft u enig idee hoeveel % van de doelgroep hier dan aan deel neemt? En de dropout rate?
- Welke barrières komt u tegen in de praktijk om de doelgroep te bereiken? (bijvoorbeeld een doelgroep die geen behoefte heeft aan de interventie)?

Effectiviteit/werkzaamheid

- Welke effecten wil u organisatie met deze WHP bereiken?
- Welke meetindicatoren worden gebruikt om de effectiviteit van deze WHP te meten?
- Wat is het effect van deze WHP? Zou u hier wat meer over kunnen vertellen? Waarom was dit geslaagd? of was deze WHP niet effectief? Gezondheidswinst, financieel.
- Zijn er weleens neveneffecten opgetreden? Positief/negatief?
- Blijven de effecten behouden van deze WHP?

Toepassing (organisatie en setting)

- Kunt u iets vertellen over de setting van deze WHP? Wordt deze in de organisatie uitgevoerd of ook deels buiten?
- Is deze WHP tijdens de uitvoering veranderd?
- Welke aanpassingen zijn er dan gedaan?

Implementatie

- Zijn de feitelijke kosten en personeelsinzet (in uren) bekend van implementatie van de WHP? (*Denk aan kosten van bijvoorbeeld, materialen, apparatuur, personeel tijd, ruimte, productieverlies en reis- en mantelzorgkosten van deelnemers*)
- Zijn er bestaande protocollen bijvoorbeeld een plan van aanpak met betrekking tot het uitvoeren van deze WHP?

Continuïteit

- Is deze WHP al onderdeel van het reguliere aanbod?
- Wat zijn de richtlijnen als een WHP onderdeel wil gaan uitmaken van het reguliere aanbod?
- Zijn er WHP die uitgevoerd zijn in het verleden en nu onderdeel uitmaken van het reguliere aanbod?
- Zijn er richtlijnen voor het opnemen van deze WHP in het reguliere aanbod?

Zoals u weet gaat PGGM in de toekomst wellicht investeren in WHP om de Zorg & Welzijn sector vitaler te maken.

Hoe ziet dit in uw ogen er idealiter uit?

Wat is er nodig om dit te realiseren?

Wat moet PGGM hiervoor zeker doen?

Wat kunt u als organisatie bijdragen?

Bijlage 3 Aanbieders van WHP

Aanbieder	Propositie van de WHP
Johan	Werkend online communicatieplatform
IZZ	Dialogo Organisationsklimaat
Loyalis	Vitaal in de Zorg
IPH (Institute Positieve Health)	Platform gericht op Positieve Gezondheid
Healthy Society	Leefstijlinterventie met supportstelsel
Omzien	Activering WIA-ers (3 ^e spoor re-integratie), persoonlijke begeleiding
@biped	Persoonlijke gezondheidscheck
Selfcare4me	Persoonlijk gezondheidsdashboard
Woonsh5	eCoaching
Jong en Veer	Diensten en support mantelzorgers
Zo-Dichtbij	Vereenvoudiging hulpnetwerk
Progressional People (FWG)	Strategische personeelsplanning
(Ont) Regel-de-Zorg + VvAA	Regeldruk organisatie reduceren
CZ, VGZ	Beperking druk tijdregistratie
Zorgverzekeraars (alle)	Arbeidsgerelateerde zorg en vitaliteitsbudgetten
Falke en Verbaan	Gedragsmodel vitaliteit en verzuim
Aon Risk Solutions	Risico-management, employee benefits, makelaar in verzekering
CS Opleidingen (CROV en RCCM)	Opleidingsinstituut RCCM en CROV (casemanagement en regio op verzuim)
Acture	Casemanagement (WIA en Ziektewet)
Robidus	Casemanagement (WIA en Ziektewet)
Qare	Ziektewet-uitvoering
OxHill7	Re-integratie 2 ^e spoor

Bron: verkregen van collega 'Bas Gortworst' op 21 januari 2019

Bijlage 4 Uitnodiging mail voor medewerking interview

Beste heer/mevrouw,

Voor mijn master studie Health & Society doe ik momenteel onderzoek op het gebied van kosteneffectiviteit van Work Health Programs (WHP)/interventies in de sector Zorg & Welzijn. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van PGGM. Zoals u wellicht wel weet heeft PGGM de ambitie om een betekenisvolle rol te gaan spelen bij een vitaler sector. Om dit te bereiken zal PGGM wellicht in de toekomst bijdragen aan kosteneffectieve interventies die bij zorginstellingen geïmplementeerd gaan worden.

De komende periode tot circa halverwege januari ga ik literatuuronderzoek verrichten. Het doel is om hierna een overzicht te hebben van kosteneffectieve interventies en de kenmerken van succesfactoren en barrières ten aanzien van deze interventies. Hierna zou ik graag bij u een interview afnemen om de gevonden resultaten te vergelijken met het gezondheidsbeleid wat binnen uw organisatie wordt uitgevoerd.

Samen met mijn collega Bas Gortworst hebben we een aantal uiteenlopende organisaties in de sector geselecteerd om een interview te houden, waaronder uw organisatie. Kunt u mij laten weten of u bereid bent om een interview in te plannen in de tijdsperiode van 14 januari t/m 8 februari? Zo ja, dan neem ik graag contact op voor het maken van een afspraak hiervoor kom ik vanzelfsprekend op de locatie waar u werkzaam bent.

Het interview zal circa 60 minuten duren en om wat meer inzicht te krijgen in uw verzuim en/of vitaliteitsbeleid zou ik graag voorafgaand aan het interview uw een vijftal vragen stellen (per email). Dit zal u circa 3 minuten in beslag nemen om deze te beantwoorden.

Alvast bedankt voor uw medewerking. Ik zie uw reactie graag tegemoet.

Met vriendelijke groet,

Merijn Woudt

Bijlage 5 Mail die is verstuurd een week voor het interview

Beste (naam van de persoon),

Graag zou ik met u willen praten over de twee of drie belangrijkste Work Health Programs (WHP) of interventies (hoe u het wilt noemen) die worden of zijn uitgevoerd binnen uw organisatie.

Wellicht heeft u al informatie over deze programma's. Bijvoorbeeld een plan van aanpak of een evaluatie. Kunt u mij deze dan toesturen, zodat ik mij zo goed mogelijk kan voorbereiden op het interview. Alvast bedankt.

In de bijlage staan de vragen voor het interview.

Tot (datum van het interview)!

Met vriendelijke groet,

Merijn Woudt

Bijlage 6 Toestemmingsverklaring

Toestemmingsverklaring

voor deelname aan het wetenschappelijk onderzoek van Wageningen Universiteit

Doel van het onderzoek: PGGM heeft de ambitie om een betekenisvolle rol te gaan spelen bij een vitaler zorg & welzijn sector. Op korte termijn zal er wellicht geïnvesteerd worden door PGGM in WHP die bij verschillende zorginstellingen geïmplementeerd worden. Dit onderzoek zal bijdragen aan de keuze voor een geschikte WHP.

- Ik weet waar het onderzoek over gaat.
- Ik sta toe dat dit interview wordt opgenomen
- PGGM zal dit interview uitsluitend ter beschikking stellen in het kader van wetenschappelijk onderzoek en daarbij als voorwaarde stellen dat er alleen in geanonimiseerde vorm over gepubliceerd mag worden.

Ik geef toestemming om mijn naam in het verslag te vermelden. Dit houdt in dat mijn naam alleen vermeld zal worden in de bijlage.

Mijn naam:

Mijn handtekening:

Datum:.....

Toelichting interview

Het interview zal gaan over twee wellicht drie WHP die uit worden of zijn gevoerd binnen de organisatie. De vragenlijst van dit interview is gebaseerd op het RE-AIM Framework en de vragen komen voort uit eerdere onderzoeken aangevuld met zelfbedachte vragen.

Contactgegevens

Onderzoeker: **Merijn Woudt** merijn.woudt@pggm.nl

Functionaris Gegevensbescherming van Wageningen Universiteit: functionarisgegevensbescherming@wur.nl

Kijk op <https://www.wur.nl/nl/Over-Wageningen/Integriteit-en-privacy.htm> voor meer informatie over uw rechten die te maken hebben met uw gegevens.

Bijlage 7 Verdeling inkomens van werknemers die pensioen opbouwen bij PGGM

Inkomen	Aantal	%
tot € 10.000	59.100	5,1%
€ 10.000 - € 15.000	2.400	0,2%
€ 15.000 - € 20.000	8.500	0,7%
€ 20.000 - € 25.000	124.800	10,8%
€ 25.000 - € 30.000	157.200	13,6%
€ 30.000 - € 35.000	273.400	23,7%
€ 35.000 - € 40.000	195.000	16,9%
€ 40.000 - € 45.000	108.600	9,4%
€ 45.000 - € 50.000	85.300	7,4%
€ 50.000 - € 55.000	58.600	5,1%
€ 55.000 - € 60.000	27.300	2,4%
€ 60.000 - € 65.000	12.300	1,1%
€ 65.000 - € 70.000	10.100	0,9%
€ 70.000 - € 75.000	7.800	0,7%
€ 75.000 - € 80.000	2.700	0,2%
€ 80.000 - € 85.000	4.800	0,4%
€ 85.000 - € 90.000	2.400	0,2%
€ 90.000 - € 95.000	1.900	0,2%
€ 95.000 - € 100.000	1.400	0,1%
meer dan € 100.000	12.200	1,1%

Bron: De tabel is overgenomen van Sociaal Economische Analyse Pensioenbeheer (SEA) PFZW, pagina 33, Jan Jacob van Houten, 2017, Zeist

Bijlage 8 Overzicht codes interviews

Code	Aantal	Gebaseerd op
Barrières bij implementatie	25	Interviewdata
Bereik	47	RE-AIM Framework
Citaat van werknemers	8	Interviewdata
Continuïteit	9	RE-AIM Framework
Economische evaluatie	10	Literatuur onderzoek
Effectiviteit	54	RE-AIM Framework
Fase WHP	7	Interviewdata
Implementatie	28	RE-AIM Framework
Instrument/uitkomstmaat	31	Literatuuronderzoek
Invoering	32	RE-AIM Framework
Kosten WHP	19	Literatuuronderzoek
Percentage ziekteverzuim	10	Interviewdata
PGGM investeren	18	Interviewdata
Positieve factoren bij implementatie	12	Interviewdata
Reden van investeren in WHP	28	Literatuuronderzoek
Soort WHP	62	Literatuuronderzoek
Toekomstperspectief	13	Interviewdata
Verbeteringen die uitgevoerd kunnen worden	13	Interviewdata

Bijlage 9 Evaluatieformulieren mindfulnessstraining (organisatie F)

Evaluatie groep 2018, 30 augustus – 1 november 2018

Algemeen:

- Onderlinge sfeer: hoge motivatie voor deelname / leergierig / heel open / humor
- Goede opkomst: Op 1 iemand na, gezien haar huidige gesteldheid.
- Veel onderlinge gelijkenis in de motivatie van deelname; dat maakt dat je als trainer overwegend –
- voortdurend relevant kunt zijn voor de gehele groep.

Evaluatie met meeting vooraf en achteraf

X - Dagelijks: niet erg mindful / *duidelijke verbetering*

(vooraf / achteraf) - Werk: niet erg mindful / *verbetering*

- Gedachten / gevoelens afgelopen mnd: ervaart vrij hoge stresslevels / *verbetering*

- Evaluatie:
- Vaker meer bewustzijn in het moment zelf
 - Oefenen 1/2 x per week
 - Proberen niet te snel te reageren. Dit lukt nog niet altijd.
 - Meer accepterend en minder controle willen hebben. Geeft rust.
 - Belang van de training beoordeeld met een 8.

X: - Dagelijks “regelmatig niet mindful” / *verbetering*

(vooraf / achteraf)- Werk: “regelmatig niet mindful” / *verbetering*

- Gedachten / gevoelens afgelopen mnd: “ervaart vrij hoge stresslevels, maar verliest zichzelf niet” / *+/- gelijk, maar gevoelsmatig staat ze er stressvrijer in.*

- Evaluatie:
- Oefenen 1x per week – maar wel de kleine dingen in de dag toegepast
 - Ik sta meer stil in of bij het moment.
 - Vaker terughalen van de aandacht en weer focus
 - De ademruimte helpt echt.
 - Meer bewustzijn en blij zijn met de goede dingen van het leven
 - Belang van de training beoordeeld met een 8.

X: - Dagelijks “Redelijk mindful” / *lichte verbetering*

(vooraf/achteraf) - Werk: “Redelijk mindful, zeker in interactie met mensen” / *lichte verbetering*

- Gedachten / gevoelens afgelopen mnd: “goed in control / *+/- gelijk*)

- Evaluatie:
- Oefenen 3/4 x per week
 - Toch nog meer bewustwording
 - Bewuster kiezen - of ik wel of niet reageer.
 - Theorie mbt gedachten en hoe de hersenen werken mbt stress etc vond ik erg behulpzaam – om beter inzicht in mezelf te krijgen en wat er dan gebeurt etc.
 - Belang van de training beoordeeld met een 8

X: - Dagelijks “redelijk mindful” / *+/- gelijk*

(vooraf / achteraf) - Werk: “redelijk mindful” / *+/- gelijk*

- Gedachten / gevoelens afgelopen mnd: : “redelijk kalm en in control” / *licht verbetert*

- Evaluatie:
- Oefenen: 1/2 x per week
 - Ik ben milder voor mezelf geworden en (probeer) mezelf minder te veroordelen. Dat76
 - helpt me bij gevoelens van onzekerheid – om me sterker te voelen.
 - Belang van de training beoordeeld met een 7.

X: - Dagelijks “redelijk mindful” / *duidelijke verbetering*
(vooraf / achteraf) - Werk: “redelijk mindful” / *verbetering*
- Gedachten / gevoelens afgelopen mnd: “redelijk hoge stress levels maar wel in control” / *verbetering door meer bewuster van haar eigen perspectief / kijk op de situatie (“repercieving”)*

Evaluatie:

- Oefenen 3/4 x per week
- Geleerd hoe ik mezelf kan kalmeren als ik me druk maak.
- Meer in het hier en nu.
- Bewuster bezig met ‘hoe voel ik me op dit moment’ en de adem.
- Bewuster dat je op de situatie zelf vaak geen invloed hebt, dat je er zo vaardig mogelijk mee om moet gaan – in dat moment.
- De training heeft me al met al best veel inzichten gegeven over mijn reactiviteit en hoe dingen met me ‘aan de haal gaan’.
- Belang van de training beoordeeld met een 9.

X: - Dagelijks “vrij mindful – maar wisselend” / *iets verbetert*
(vooraf / achteraf) - Werk: “vrij mindful – maar bij veel drukte moeilijker” / *verbetering*
- Gedachten / gevoelens afgelopen mnd: “redelijk in control” / *verbetert (evenveel werk, maar ervaart toch wat minder stress)*

Evaluatie:

- Oefenen 1 / 2 x per week
- Ben veel bewuster geworden van mezelf en datgene wat er in mij om gaat en mijn patronen (goede en minder behulpzame).
- Ben rustiger en probeer en oefen om vanuit een ruimer perspectief te luisteren en te denken.
- Belang van de training beoordeeld met een 9.

X: - Dagelijks “redelijk mindful, maar wisselend” / *verbetering*
(vooraf/achteraf): - Werk: “redelijk mindful, maar wisselend” / *lichte verbetering*
- Gedachten / gevoelens afgelopen mnd: “goed in control” / *gelijk tot lichte verbetering*

Evaluatie:

- Oefenen: 1/2 x per week
- “Sneller opmerken dat ik in mijn hoofd zit en zien dat zijn gedachten de stress soms vergroten. Loskomen daarvan gaat nu al beter door terug te gaan naar je ademhaling. Ben milder zijn voor mezelf”.
- Beoordeelt het belang van de training beoordeeld met een 7.

X: - Dagelijks “niet erg mindful” / *duidelijke verbetering*
(vooraf/achteraf) - Werk: “niet erg mindful” / *duidelijke verbetering*
- Gedachten / gevoelens afgelopen mnd: “redelijk in control” / *lichte verbetering*

Evaluatie:

- Oefenen: 3/4 x per week
- Bewustwording van de dingen die je doet en minder snel reageren.
- Afstand nemen door adempauzes.
- Rust momentjes – om weer met meer helderheid door te kunnen gaan.
- Mindfulness c.q. opmerkzaam zijn is enorm waardevol – het helpt!
- Belang van de training beoordeeld met een 8.

X:

(Geen vooraf/achteraf): - Dagelijks: /

- Werk: /

- Gedachten / gevoelens afgelopen mnd:

Evaluatie:

- Oefenen: 2/3 x per week
- Ik oefen nu heel bewust om rustig te blijven.
- Als ik toch weer terecht kom in onrustig en gejaagd gedrag en denken ben ik beter in staat om dat op te merken. Het probleem terug te brengen tot wat het werkelijk is en wat afstand te nemen.
- Maar het lukt nog zeker niet altijd!
- Belang van de training beoordeeld met een 8.

X: - Dagelijks: /

(Geen vooraf/achteraf) - Werk: /

- Gedachten / gevoelens afgelopen mnd:

Evaluatie:

- Oefenen: 2/3 x per week
- Stoppen / ademhalen voordat je gaat reageren lukt beter!
- En dat vind ik mezelf een leuker en aangenamer mens ;-)
- Doe steeds meer dingen met meer aandacht. Neem ik me ook steeds weer voor.
- Mildheid voor mezelf helpt ook – ben best hard voor mezelf Waarom eigenlijk? Want wordt daar eigenlijk helemaal niet blij van.
- Belang van de training beoordeeld met een 9.

Van 4 personen geen voorafmeting / evaluatie ontvangen.

Positieve evaluatie trainer:

Deelt concrete voorbeelden uit eigen ervaring en dat verheldert enorm hoe mindfulness voor je kan werken.

- Heel realistisch, professioneel, maar ook met goede dosis humor.
- Laat iedereen in zijn/haar waarde, heel menselijk en realistisch.
- Kalme, rustige uitstraling en stem.
- Twee voeten op de grond.
- Brengt de theorie heel duidelijk over.
- Fijn iemand, lief met begrip, maar anderzijds ook heel duidelijk en legt de verantwoordelijkheid bij jezelf.
- Prettige stem/begeleiding van de mindfulness oefeningen.
- Niet oordelend, begripvol en ook heel eerlijk over zichzelf.

Verbeterpunten trainer/training

- “De training had nog langer mogen duren, om het nog meer onder wekelijkse begeleiding in je leven te integreren.”
- “Had nog wel dieper in willen gaan op gedachten en piekeren.”

Wil deze quote toch ook even aanhalen – en dus blij dat jullie continueren in 2019:

“Geen verbeterpunten. Ik hoop dat ze nog vaak naar bedrijf X mag komen voor deze training, weet 100% zeker dat er nog heel veel werknemers baat zullen hebben bij deze training.”

Bijlage 10 Werkgevers en deelnemers met dienstverband in de sector zorg & welzijn naar deelsector

	*	%	#	%
Ziekenhuizen	432	1,9%	204.888	17,5%
Verpleging & Verzorging	603	2,6%	269.689	23,0%
Thuiszorg	1.120	4,8%	150.601	12,8%
GGZ	312	1,3%	82.017	7,0%
Welzijn	2.067	8,9%	55.960	4,8%
Jeugdzorg	214	0,9%	29.971	2,6%
Gehandicaptenzorg	1.639	7,1%	172.555	14,7%
Kinderopvang	2.834	12,2%	79.275	6,8%
RIOS en schippersinternaten	13	0,1%	1.089	0,1%
Contractueel aangesloten instellingen	1900	8,2%	48.020	4,1%
Kerken en kerkelijke instellingen	4577	4,4%	1027	0,4%
Gezondheidscentra	96	0,4%	5.335	0,5%
Tandheelkundige zorg	4.798	20,7%	21.039	1,8%
Amateuristische Kunstbeoefening	8	0,0%	0,0%	0,0%
Kunstzinnige Vorming	143	0,6%	2.988	0,3%
Sport	202	0,9%	4.665	0,4%
Rechtsbijstand	7	0,0%	628	0,1%
Adviesbureau Opleiding & Beroep	4	0,0%	32	0,0%
PKN	815	3,5%	4.666	0,4%
Ambulancevoorzieningen	16	0,1%	2.513	0,2%
Huisartsenzorg	4.552	19,6%	29.233	2,5%
Dierenartsenassistenten	398	1,7%	2.278	0,2%
	23.199	100%	1.172.027	100%

De tabel is overgenomen van Sociaal Economische Analyse Pensioenbeheer (SEA) PFZW, pagina 22, Jan Jacob van Houten, 2017, Zeist

Uitleg bijlage 10

*het aantal organisaties waar de verschillende werknemers die pensioenpremie afdragen aan PGGM werkzaam zijn

% het percentage ten opzichte van de totale organisaties

het aantal deelnemers wat werkzaam is binnen de organisatie en pensioen opbouwt bij PGGM

% het percentage ten opzichte van de totale deelnemer