

SAMENVATTING

Hoofdstuk 1 gaat in op uitdagingen en kansen op het gebied van gezondheidsbevordering op het werk. Op de eerste plaats is er sprake van vergrijzing van de beroepsbevolking. Hierdoor zal een grote groep werknemers binnenkort met pensioen gaan, waardoor er een tekort zal ontstaan aan werknemers. Het is dan ook belangrijk dat werknemers zo lang als mogelijk doorwerken. Hierbij is onderzoek naar het vergroten van gezonde en duurzame inzetbaarheid van de werkende populatie is van groot belang. Een tweede uitdaging ligt in de veranderingen in de aard van het werk. De laatste paar decennia is dit minder fysiek inspannend (meer werk wordt zittend uitgevoerd) en meer mentaal inspannend geworden. Deze veranderingen hebben gevolgen voor de mentale gezondheid en leefstijl van werknemers. Een goede mentale gezondheid van werknemers is één van de meest waardevolle middelen geworden voor een organisatie, omdat het mentale vermogen steeds belangrijker wordt voor werkprestaties. De combinatie van de toegenomen waardering van goede mentale gezondheid om gezond aan het werk te blijven en een focus op positieve psychologie (een stroming die zich richt op positieve eigenschappen en ervaringen), heeft geleid tot de introductie van het concept 'bevlogenheid'. Mentale gezondheid en leefstijl zijn van belang voor zowel de werknemers zelf, als voor organisaties en de maatschappij in zijn geheel. Dit zijn dan ook relevante aandachtspunten voor gezondheidsbevordering op het werk. Kansen voor gezondheidsbevordering op het werk zitten met name in het potentiële bereik en het sociale netwerk van de werksetting. Desalniettemin is het werk ook een gecompliceerde setting voor gezondheidsbevordering, waar veel verschillende belanghebbende partijen bij betrokken zijn, die elk hun eigen opvattingen hebben. Bij het ontwikkelen, implementeren en evalueren van gezondheidsbevorderende interventies op het werk is het daarom van belang om op ethisch verantwoorde wijze om te gaan met deze betrokken partijen en hun verschillende opvattingen. Het is dan ook relevant om inzicht te verkrijgen in verschillen tussen de opvattingen van de belanghebbende partijen op gezondheidsbevordering op het werk en de ethische overwegingen die hieruit voortkomen.

Dit proefschrift gaat over gezondheidsbevordering op het werk, met een focus op bevoegenheid, mentale gezondheid en leefstijl en heeft de volgende drie hoofddoelen:

- 1) Het ontwikkelen van een gezondheidsbevorderende interventie op het werk,
- 2) Het evalueren van de gezondheidsbevorderende interventie op het werk,
- 3) Het verkennen van ethische overwegingen bij gezondheidsbevordering op het werk.

In **hoofdstuk 2** wordt de systematische ontwikkeling van de gezondheidsbevorderende interventie op het werk uiteengezet. De doelgroep van de interventie bestond uit werknemers van twee onderzoeksinstituten. Werknemers (inclusief management) waren betrokken in de ontwikkeling van de interventie. Op basis van de behoeftes op het gebied van mentale gezondheid en leefstijl van de doelgroep hebben we de volgende doelstellingen voor de interventie opgesteld: 1) het bevorderen van bevoegenheid, 2) het bevorderen van intensief bewegen in de vrije tijd, 3) het verminderen van het zitten op het werk en tijdens lunchpauzes en tussentijdse 4) het bevorderen van het eten van fruit en groente. Om deze doelstellingen te behalen, zijn passende theoretische methodes (zoals zelfregulatie) en praktische strategieën (zoals mindfulness training) geselecteerd. Afgestemd op de voorkeuren van de doelgroep is dit vervolgens gecombineerd in een gezondheidsbevorderende interventie op het werk. De “Mindful Vitaal In Praktijk (VIP)” interventie omvatte een mindfulness training (ook wel aandachtstraining genoemd) op het werk. Deze bestond uit 8 wekelijkse sessies van anderhalf uur, plus oefeningen voor thuis. Verder hebben we 8 sessies e-coaching, fruit en lunchwandelpauzes aangeboden en het zoeken van een ‘maatje’ gestimuleerd. De interventie duurde in totaal 6 maanden. De Mindful VIP interventie werd geëvalueerd in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT). Dit betekent dat werknemers door middel van loting (randomisatie) in twee groepen werden ingedeeld. Eén groep ontving de interventie (interventiegroep), de andere groep kreeg deze niet (controlegroep). In totaal deden 257 werknemers van twee onderzoeksinstituten mee aan het onderzoek. We hebben met vragenlijsten gegevens verzameld bij aanvang van het onderzoek (T0) en na 6 (T1) en 12 maanden (T2). Daarnaast hebben we beweging gemeten met behulp van een accelerometervoorzet (bewegingsmeter) bij een subgroep van 100 willekeurig gekozen werknemers.

In **hoofdstuk 3** hebben we gekeken naar de samenhang tussen bewegen en mentale gezondheid en tussen bewegen en bevoegenheid. Uit eerder onderzoek blijkt dat matige tot intensieve beweging samenhangt met een kleinere kans op mentale gezondheidsproblemen. We weten echter nog niet zoveel over de samenhang tussen beweging en mentale gezondheid in het algemeen, en indicatoren van psychisch welbevinden zoals bevoegenheid. Daarom hebben we bij de 257 werknemers van twee onderzoeksinstituten onderzocht hoeveel zij matig tot intensief bewogen, en wat hun mentale gezondheid en bevoegenheid was. Daarbij droeg een willekeurig gekozen subgroep van 100 werknemers ook een accelerometer (bewegingsmeter) gedurende 1 week, om ook objectief hun beweging te registreren. Uit de analyses bleek dat er geen samenhang was tussen matig tot intensieve beweging en mentale gezondheid of bevoegenheid. Hoewel de positieve effecten van beweging op mentale gezondheidsproblemen uit eerdere onderzoeken is gebleken, toonde dit onderzoek geen samenhang aan tussen beweging en psychisch welbevinden. Mogelijk is er een andere samenhang tussen beweging en negatieve en positieve aspecten van mentale gezondheid. Dit is een aangrijpingspunt voor vervolgonderzoek.

Hoofdstuk 4 beschrijft de evaluatie van de invoering (het implementatieproces) van de Mindful VIP interventie. Ook hebben we gekeken hoe compliance (de mate waarin deelnemers het interventieprogramma trouw hebben gevolgd) samenhangt met het implementatieproces. Voor deze evaluatie hebben we gebruik gemaakt van vragenlijsten en interviews. De mindfulness training werd door 81,3% van de deelnemers minimaal één keer bijgewoond. Daarnaast heeft 54,5% van de deelnemers de training trouw gevolgd (dat wil zeggen meer dan 6 (75%) van de aangeboden 8 sessies bijgewoond). De e-coaching werd door 6,3% van de deelnemers trouw gevolgd, en de oefeningen thuis werden door 8,0% van de deelnemers trouw uitgevoerd. De deelnemers gaven gemiddeld een 7,5 voor de training en een 6,8 voor de e-coaching. Deelnemers die de interventie trouw hadden gevolgd, gaven gemiddeld hogere rapportcijfers aan de training en e-coaching, waren meer tevreden over de trainer en coach, en voelden zich meer praktisch gefaciliteerd door leidinggevende en organisatie om aan de interventie deel te nemen. De mindfulness trainingsessies zijn goed geïmplementeerd, maar de e-coaching en oefeningen thuis

lieten te wensen over. In de toekomst zal extra aandacht besteed moeten worden aan de relatie tussen de trainer of coach en de deelnemer.

In **hoofdstuk 5** presenteren we de effecten van de Mindful VIP interventie op bevlogenheid, mentale gezondheid, vermoeidheid na het werk (herstelbehoefte) en mindfulness. Bij aanvang (T0) deden 257 werknemers van twee onderzoeksinstituten mee. De uitval na 12 maanden was 9,1%. We hebben geen significante verschillen gevonden in bevlogenheid, mentale gezondheid, herstelbehoefte en mindfulness, tussen de interventie- en controlegroep na 6 en 12 maanden. We hebben ook gekeken naar verschillen tussen deelnemers die de interventie wel en niet trouw hebben gevolgd, en tussen deelnemers die bij aanvang van de studie een hoge of juist een lage bevlogenheid hadden, maar ook daar vonden we geen verschillen. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de Mindful VIP interventie de bevlogenheid, mentale gezondheid, herstelbehoefte en mindfulness niet heeft bevorderd.

Hoofdstuk 6 bespreekt de effecten van de Mindful VIP interventie op intensieve beweging, zitten tijdens het werk en fruitconsumptie na 6 en na 12 maanden. We vonden geen verschillen tussen de interventiegroep en de controlegroep na 6 en 12 maanden. We hebben hieruit geconcludeerd dat de Mindful VIP interventie geen effect heeft gehad op intensief bewegen, zitten op het werk en fruitconsumptie na 6 en 12 maanden.

In **hoofdstuk 7** presenteren we de economische evaluatie van de Mindful VIP interventie. De kosten die de werkgever moet maken voor de Mindful VIP interventie bedroegen € 464,- per werknemer. Na imputatie (een techniek waarmee ontbrekende waarden worden aangevuld) werd een statistisch significant klein negatief effect gevonden op bevlogenheid (β -0,19, 95% CI -0,38 - 0,01, dat wil zeggen daling van 0,19 op een schaal van 0 tot 6) na 12 maanden. Dit verschil is dermate klein, dat het niet van betekenis wordt geacht. Er waren geen verschillen in werktevredenheid, algemene vitaliteit, werkvermogen of totale kosten. Het bleek dat de Mindful VIP interventie niet rendabel was vanuit een maatschappelijk perspectief en niet vanuit het werkgeversperspectief, noch leverde het return-on-investment op. Daarom kan

de implementatie van de Mindful VIP interventie niet worden aanbevolen op basis van economische gronden.

Hoofdstuk 8 beschrijft een verkenning van verschillen tussen de opvattingen van belanghebbenden van gezondheidsbevordering op het werk en de ethische overwegingen die voortvloeien uit de verschillen tussen deze opvattingen. Uit de analyse bleek dat de definitie van gezondheid op het werk hetzelfde was voor alle belanghebbenden, namelijk 'in staat zijn om je werk te doen'. Echter, er bleken belangrijke verschillen te bestaan tussen de opvattingen over welke factoren een risico voor gezondheid op het werk vormen. Volgens de werknemers en vakbonden waren risicofactoren voor gezondheid op het werk voornamelijk werkgerelateerd, zoals bijvoorbeeld de inrichting van de werkomgeving. Andere belanghebbenden noemden vooral ook werknemerge relateerde factoren, zoals leefstijlgedrag. Deze verschillen leiden tot een vergelijkbare tweedeling in de invulling van gezondheidsbevorderende activiteiten op het werk; werknemerge relateerde activiteiten enerzijds en werkgerelateerde activiteiten anderzijds. Dit kwam ook terug in de manier waarop belanghebbenden 'verantwoordelijkheid' voor leefstijlgedrag opvatten. Hoewel alle betrokkenen het eens leken te zijn over wiens verantwoordelijkheid leefstijlgedrag is, namelijk die van de werknemer, verschilde de betekenis die aan 'eigen verantwoordelijkheid' werd gegeven. Voor werknemers betekende 'eigen verantwoordelijkheid' *keuzevrijheid* (autonomie), terwijl werkgevers en andere belanghebbenden 'eigen verantwoordelijkheid' als *plicht* opvatten; volgens deze groep belanghebbenden was het een plicht van de werknemer om deze 'eigen verantwoordelijkheid' ook te 'nemen' en daarnaar te handelen. Op basis van dit onderzoek adviseren we om alle belanghebbenden, inclusief werknemers, een stem te geven in het ontwikkelen, implementeren en evalueren van gezondheidsbevorderingprogramma's op het werk. Ten tweede adviseren we om de discours (hoe erover gecommuniceerd wordt) van de belanghebbenden in kaart te brengen. Het kan namelijk lijken dat belanghebbenden op één lijn zitten qua opvattingen (bijvoorbeeld dat de leefstijl de eigen verantwoordelijkheid van de werknemer is), maar dan kunnen er verschillen kunnen zijn in de betekenis die ze hier aan geven (plicht versus autonomie). Met inzicht hierin kunnen verstoringen in verhoudingen tussen belanghebbenden worden voorkomen.

In **hoofdstuk 9** bespreek ik de belangrijkste bevindingen. Daarnaast worden aanbevelingen gedaan voor onderzoek en praktijk. Met betrekking tot de belangrijkste bevindingen, lijkt het alsof de resultaten op bevoegenheid van hoofdstuk 5 en hoofdstuk 7 tegenstrijdig zijn. De effectevaluatie concludeert namelijk dat er geen effect is, terwijl de economische evaluatie een statistisch significant effect toont. Dit verschil werd veroorzaakt door een verschil in analysetechnieken: voor de kostenuitkomsten in de economische evaluatie werden gegevens geïmputeerd om de statistische power te vergroten. In de effectevaluatie zijn gegevens niet geïmputeerd, omdat de uitval van deelnemers lager was dan verwacht in de powerberekening. Hoewel er een verschil is in statistische significantie tussen de effectevaluatie en de economische evaluatie, is de grootte van het effect vergelijkbaar in beide onderzoeken. Bovendien kan de kleine omvang van het effect als niet zinvol worden beschouwd. Al met al kan worden geconcludeerd dat de Mindful VIP interventie, niet (kosten-)effectief is gebleken op het gebied van bevoegenheid en mentale gezondheid, noch op leefstijlgedrag en gedragsdeterminanten. Daarom kan grootschalige implementatie voor een gezonde werknemerspopulatie van de Mindful VIP interventie in zijn huidige vorm niet worden aanbevolen. Echter, er zijn aanwijzingen dat we effecten hebben gemist omdat de interventie niet intensief genoeg was, door de rigide onderzoeksopzet, en doordat de kwaliteit van de vragenlijsten beperkt was. Daarom is meer onderzoek naar de effecten van mindfulness-gerelateerde interventies op het werk nodig. Zowel de resultaten van de evaluatie van de interventie als de verkenning van ethische overwegingen geven aan dat gezondheidsbevordering op het werk een integrale aanpak zouden moeten hebben, waarin zowel contextuele (dat wil zeggen werkgerelateerde, omgevings- en collectieve factoren) als individuele factoren worden meegenomen. Een dergelijke aanpak zou de mogelijke effectiviteit van gezondheidsbevordering op het werk verhogen zonder daarbij voorbij te gaan aan verschillen tussen opvattingen en inzichten van de verschillende belanghebbenden.