

Dossier Leefstijlinterventies

Opgesteld door:

Suzan Robroek / Lex Burdorf
Marjolein Bastiaanssen (NVAB)
Paul Beumer (NVVK)
Inge Hulshof (BA&O)
Wendel Post (NVvA)

Maart 2014

Inhoudsopgave

1.	Beschrijving onderwerp	4
1.1	Beschrijving onderwerp	4
1.1.1	Een gezonde leefstijl: BRAVO	4
1.1.2	Werk-gerelateerde gevolgen van een ongezonde leefstijl	7
1.1.3	Ontwikkelen van leefstijlinterventies	7
1.1.4	Naar integraal gezondheidsmanagement.....	8
1.2	Psychosociale aspecten	8
1.2.1	Gedragsverandering: een theoretisch kader	8
1.2.2	Taken en verantwoordelijkheden bij inzetten van leefstijlinterventies	9
1.2.3	Ethische aspecten	10
1.3	Omvang problematiek	10
2.	Relevante werksituaties	13
2.1	Relevante branches.....	13
2.2	Relevante beroepen	13
3.	Inventarisatie- en evaluatie	13
3.1	Risico-inventarisatie	13
3.2	Meten.....	14
3.3	Blootstellingsmeting.....	14
3.4	Effectmeting.....	15
4.	Wetgeving.....	15
4.1	Arbowet.....	15
4.2	Arbobesluit.....	16
4.3	Arboregelingen	16
4.4	Overige nationale wetgeving	16
4.5	Europese wetgeving	17
5.	Beleid	17
5.1	Arbocatalogi.....	17
5.2	CAO-afspraken.....	17
5.3	Brancheafspraken.....	17
5.4	Standaardisatie en normalisatie	18
5.5	Certificering.....	18
6.	Beheersmaatregelen	18
6.1	Arbeidshygiënische strategie.....	18
6.1.1	Bronmaatregelen	18
6.1.2	Organisatorische maatregelen	18
6.1.3	Technische maatregelen	21
6.1.4	Persoonlijke beschermingsmiddelen	21
6.2	Psychosociale aspecten van beheersmaatregelen	21
6.2.1	Factoren op omgevingsniveau	21
	D_Leefstijlinterventies	2

6.2.2	Factoren op het niveau van de medewerker	22
6.2.3	Integraal pakket	22
6.3	Implementatie van beheersmaatregelen	22
6.3.1	Randvoorwaarden op organisatieniveau	23
6.3.2	Randvoorwaarden vanuit het thuisfront.....	24
6.3.3	Integraal beeld.....	24
7.	Medisch onderzoek	24
7.1	Gezondheidseffecten en beroepsziekten	24
7.2	Diagnostiek en behandeling/begeleiding.....	25
7.3	Kwetsbare groepen en aanstellingskeuring	25
7.4	Preventief medisch onderzoek inclusief vroegdiagnostiek.....	26
8.	Werkgeversverplichtingen	27
9.	Werknemersverplichtingen	27
10.	Werknemersrechten	27
10.1	Rechten individuele werknemer	27
10.2	Rechten medezeggenschaporgaan.....	27
11.	Praktijkverhalen	28
12.	Referenties	29

1. Beschrijving onderwerp

1.1 Beschrijving onderwerp

We werken steeds langer. De uitdaging is om dat in een zo goed mogelijke gezondheid te doen. Daarmee dient de vraag 'Welke factoren bepalen of mensen gezond en productief kunnen doorwerken?' zich aan. Uit diverse onderzoeken blijkt dat een gezonde leefstijl hierin een rol speelt. Leefstijl vormt daarmee een van de aangrijpingspunten voor interventies op het gebied van gezond (door)werken. Op diverse terreinen wordt geprobeerd de leefstijl van mensen te verbeteren. De werkplek is een goede ingang voor leefstijlbevordering: er kunnen veel mensen bereikt worden via een natuurlijk sociaal netwerk en mensen brengen relatief veel tijd op hun werk door.

Dit dossier begint met het omschrijven van een gezonde leefstijl, en beschrijft onder meer gevolgen van een ongezonde leefstijl voor arbeidsparticipatie, diverse meetmethoden, beleid, maatregelen, preventief medisch onderzoek, en enkele praktijkverhalen. Hiermee levert dit dossier handvatten voor sturing op een gezonde leefstijl door werkgevers en werknemers.

1.1.1 Een gezonde leefstijl: BRAVO

Steeds meer werkgevers zeggen 'iets te willen met leefstijl van werknemers' of zijn hiermee al bezig. Wat verstaan we onder een gezonde leefstijl? De zogenaamde [BRAVO leefstijlthema's](#) vormen het uitgangspunt voor dit kennisdossier. Het acroniem BRAVO staat voor: meer Bewegen, stoppen met Roken, matig gebruik van Alcohol, gezonde Voeding, en voldoende Ontspanning. Ook wordt aandacht besteed aan de preventie van overgewicht, een thema dat nauw aansluit bij de BRAVO thema's Beweging en Voeding. In dit dossier wordt minder aandacht besteed aan het thema 'voldoende Ontspanning'. Voor uitgebreide informatie hierover verwijzen we naar het [kennisdossier 'Werkdruk'](#). Ook wijzen we de lezer graag op het [kennisdossier 'Alcohol'](#), dat zowel ingaat op de consumptie van alcohol als op blootstelling in het werk aan alcohol als toxische stof. Een derde dossier dat nauw aansluit bij het thema leefstijlinterventies betreft het [kennisdossier 'Duurzame Inzetbaarheid'](#), waarin een gezonde leefstijl als één van de beïnvloedbare factoren van duurzame inzetbaarheid wordt genoemd. Tussen bedrijven zijn er verschillen in de aanpak van het onderwerp gezonde leefstijl; waar het ene bedrijf kiest voor een meer integrale aanpak van de BRAVO-thema's, kan een ander bedrijf kiezen voor losse onderdelen van de BRAVO-aanpak.

Een gezonde leefstijl is van belang voor werknemer én werkgever. Voordat in [hoofdstuk 1.1.2](#) de gevolgen van een ongezonde leefstijl voor arbeidsparticipatie worden beschreven, introduceren we de diverse BRAVO thema's:

Meer Bewegen

Regelmatig lichamelijke activiteit heeft een positieve invloed op de lichamelijke en mentale gesteldheid (zie [hoofdstuk 7.1](#)). Lichamelijke activiteit verschilt in intensiteit. Rennen kost bijvoorbeeld meer inspanning dan wandelen. Intensiteit is te verdelen over licht, matig en zwaar:

- Bij *licht intensieve lichamelijke activiteit* is er geen sprake van verhoogde hartslag of versnelde ademhaling.
- *Matig intensieve lichamelijke activiteit* zorgt voor een verhoogde hartslag en een versnelde ademhaling.
- Iemand die *zwaar intensief lichamenlijk actief* is gaat zweten en raakt buiten adem.

De indeling in intensiteit is gebaseerd op zogenaamde METS. Dit staat voor [Metabolic Equivalent of Task](#) en duidt aan hoeveel energie een activiteit kost ten opzichte van het energieverbruik in rust.¹ Hoeveel moeten we eigenlijk bewegen? De in 1998 opgestelde [Nederlandse Norm Gezond Bewegen](#) (NNGB) is gericht op het onderhouden van gezondheid. Deze beweegnorm gaat voor volwassenen uit van:

- Minimaal 5 dagen per week, maar bij voorkeur iedere dag,
- 30 minuten
- Ten minste matig intensieve lichaamsbeweging.²

Deze 30 minuten hoeven niet aaneengesloten te zijn, en kunnen ook in bijvoorbeeld drie blokjes van 10 minuten worden opgedeeld. Voor 55-plussers is de norm iets anders. De basis voor dit verschil ligt in het feit dat activiteiten meer energie kosten naarmate iemand ouder wordt. Voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteiten zijn stevig wandelen of fietsen.

Een andere norm, [de fitnorm](#), is gericht op het onderhouden van het uithoudingsvermogen. Om aan de fitnorm te voldoen is minimaal 3 keer per week minstens 20 minuten aaneengesloten zwaar intensieve lichaamsbeweging, en dan met name sport, nodig. Voorbeelden van zwaar intensieve lichamelijke activiteiten zijn hardlopen, roeien en andere intensieve sporten.

Naast onvoldoende beweging vormt ook langdurig stilzitten (sedentair gedrag) op het werk en/of thuis een risico voor de gezondheid ([zie hoofdstuk 7.1](#)). Er is nog geen norm vastgesteld voor sedentair gedrag. Hoe langer men zit per dag hoe groter het risico op hart- en vaataandoeningen en sterfte.³ Overigens kunnen ook mensen die aan de beweegnorm voldoen sedentair gedrag vertonen.

Stoppen met Roken

Roken brengt diverse gezondheidsrisico's met zich mee ([zie hoofdstuk 7.1](#)). Niet alleen hebben rokers een verhoogd risico op diverse chronische aandoeningen, ook passieve rokers (de zogenaamde meerokers) hebben een verhoogd gezondheidsrisico. In dit kennisdossier wordt met 'roken' het roken van tabak bedoeld (sigaretten, sigaren, shag).

Bij mensen die dagelijks meer dan 20 sigaretten roken, spreken we van 'zware rokers'.⁴

Matig met Alcohol

In de richtlijn '[Goede Voeding 2006](#)' van de Gezondheidsraad wordt geadviseerd alcoholgebruik te beperken tot hoogstens één glas (volwassen vrouwen) of twee glazen (volwassen mannen) per dag.⁵ Piekgebruik ('zwaar drinken'), waarbij minimaal één keer per week zes of meer glazen worden gedronken, wordt ontraden.

Volgens de NHG standaard is er sprake van [problematisch alcoholgebruik](#) als het drinkpatroon leidt tot lichamelijke (zoals) of psychische klachten (zoals depressie of angststoornissen) of tot sociale problemen (bijvoorbeeld relatieproblemen of problemen op het werk) en een adequate aanpak van bestaande problemen verhindert.⁶

Gezonde Voeding

De [richtlijnen goede voeding](#) zoals in 2006 opgesteld door de Gezondheidsraad, zijn:⁷

- Gebruik dagelijks 150-200 gram groente en 200 gram fruit.
- Gebruik een voeding met dagelijks 30-40 gram vezel, met name afkomstig van groente, fruit en volkoren graanproducten.
- Gebruik per week twee porties vis (à 100-150 gram), waarvan ten minste een portie vette vis.
- Beperk het gebruik van verzadigde vetzuren tot minder dan 10 energieprocent (zo'n 28 gram voor mannen en 22 gram voor vrouwen) en van enkelvoudig trans-onverzadigde vetzuren tot minder dan 1 energieprocent (maximaal 2-3 gram). In voeding zitten twee soorten vet: onverzadigd vet (zacht, vloeibaar) en verzadigd vet (hard). Onverzadigd vet heeft een positief effect op de gezondheid vanwege het gunstige effect op de verhouding tussen het gunstige (HDL) cholesterol en ongunstige (LDL) cholesterol in het bloed. Verzadigd vet heeft een ongunstige invloed op deze verhouding en vergroot de kans op hart- en vaatziekten
- Beperk het gebruik van voedingsmiddelen en dranken met gemakkelijk vergistbare suikers en dranken met een hoog gehalte aan voedingszuren tot 7 eet/drinkmomenten per dag (inclusief hoofdmaaltijden). Zo bevatten zure vruchtensappen en frisdranken veel voedingszuren. De wereldgezondheidsorganisatie (WHO) beveelt aan niet meer dan 25 gram suiker (zo'n 6 eetlepels) per dag te gebruiken.
- Beperk de inname van keukenzout tot maximaal 6 gram per dag. Volgens het [voedingscentrum](#) krijgt meer dan 85% van de Nederlandse bevolking meer zout (uit bijv. brood, vleesproducten, kaas en kant- en klaar maaltijden) binnen dan deze maximale hoeveelheid. Aangezien de hoeveelheid zout in onze voeding voldoende is, is toevoegen van zout aan gerechten niet nodig.

Het [voedingscentrum](#) adviseert op basis van de richtlijnen goede voeding om dagelijks producten te eten en drinken uit elk vak van de zogenaamde 'Schijf van Vijf' (zie Figuur 1). De vijf vakken in deze Schijf van Vijf staan voor: 1) brood, graanproducten (bijv. rijst, pasta, couscous), aardappelen en peulvruchten; 2) groente en fruit; 3) zuivel, vlees, vis, ei en vleesvervangers; 4) vetten en oliën; en 5) water.



• Figuur 1. De Schijf van Vijf.⁸

Voldoende Ontspanning

Mensen die stress ervaren, vertonen vaak compensatiegedrag, zoals ongezond eten, roken en overmatig alcoholgebruik.^{9,10,11} Werkstress treedt op bij een disbalans tussen de eisen van de werksituatie en de capaciteiten en behoeften van het individu. Het is van belang dat werknemers herstellen van hun werkspanningen. In de kennisdossiers [Werkdruk](#) en [Werk- en Rusttijden](#) wordt uitgebreid ingegaan op werkstress.^{12,13}

Meer Bewegen en gezonde Voeding: gezond Gewicht

Overgewicht is in de meeste gevallen het resultaat van een verstoorde energiebalans: teveel energie-inname (voeding) bij een te laag energieverbruik (lichamelijke activiteit). Of iemand een gezond gewicht of (zwaar) overgewicht heeft, wordt meestal bepaald aan de hand van de [Body Mass Index](#) (BMI), ook wel de Quetelet-index genoemd. BMI drukt het gewicht uit in verhouding tot de lichaamslengte en is te berekenen door het gewicht in kilogram te delen door het kwadraat van de lengte in meter ($BMI = \text{gewicht} / \text{lengte}^2$). In onderstaande tabel is de indeling van de BMI bij volwassenen weergegeven:

Tabel 1: Indeling van de BMI bij volwassenen

BMI	Classificatie
< 18,5 kg/m ²	Ondergewicht
18,5-24,9 kg/m ²	Normaal gewicht
25,5-29,9 kg/m ²	Overgewicht
30 kg/m ² en hoger	Zwaar overgewicht / Obesitas

De BMI houdt geen rekening met de verhouding tussen spieren, botten en vetweefsel. Zware, gespierde sporters met een laag vetpercentage scoren hoog op BMI zonder een ongezond gewicht te hebben. Andere [parameters](#) om overgewicht vast te stellen, zoals

- Het vetpercentage,
 - De middelomtrek (buikomvang) en
 - De verhouding tussen de middel- en heupomtrek
- helpen, samen met de BMI, een genuanceerder beeld te geven van overgewicht.¹⁴ Door de dikte van verschillende huidplooien te meten met een huidplooiometer, kan het vetpercentage worden geschat. Omdat teveel buikvet (visceraal vet) een verhoogd risico geeft op metabole complicaties, is het belangrijk te weten waar het vet zit door de middelomtrek of de verhouding tussen de middel- en heupomtrek te meten.¹⁵ Bij een middelomtrek van 88 cm of meer (voor vrouwen) of 102 cm of meer (voor mannen) is er sprake van abdominale obesitas.

1.1.2 Werk-gerelateerde gevolgen van een ongezonde leefstijl

Een ongezonde leefstijl is een risicofactor voor een verminderde gezondheid en diverse chronische ziekten ([zie hoofdstuk 7](#)). Een ongezonde leefstijl heeft ook gevolgen voor de arbeidsparticipatie, en is daarmee van belang voor werknemer én werkgever. Zoals in het [kennisdossier 'Duurzame Inzetbaarheid'](#) beschreven, is een gezonde leefstijl een van de factoren die van invloed zijn op het multifactoriële concept van duurzame inzetbaarheid en heeft een integrale aanpak, met oog voor leefstijl, gezondheid en een gunstige werkomgeving de voorkeur. In een [literatuurstudie](#) van het RIVM wordt geconcludeerd dat een ongezonde leefstijl de werkprestaties van werknemers beïnvloedt.¹⁶ Dit kan deels worden verklaard doordat een ongezonde leefstijl kan leiden tot gezondheidsproblemen die de werkprestaties negatief kunnen beïnvloeden.

Een [rapportage](#) van de Raad voor Gezondheidsonderzoek over de invloed van gezondheid op vervroegde uittreding uit het arbeidsproces (tegenwoordig opgenomen in de Gezondheidsraad) schat dat een ongezonde leefstijl samen 6% van de arbeidsuitval door vroegpensioen en 16% van de uitval door werkloosheid voor het 65^{ste} levensjaar verklaren.¹⁷

Uit een recente [meta-analyse](#) blijkt dat werknemers met zwaar overgewicht een 1,5x zo grote kans hebben op arbeidsongeschiktheid als werknemers met een gezond gewicht.¹⁸ Daarnaast laten diverse wetenschappelijke onderzoeken een relatie zien tussen obesitas en een verminderde arbeidsproductiviteit en ziekteverzuim.^{19,20,21,22}

Ook een gebrek aan lichaamsbeweging lijkt een rol te spelen in ziekteverzuim,²³ arbeidsongeschiktheid en werkloosheid.²⁴

Een Deense studie toont aan dat het van belang is onderscheid te maken tussen werk-gerelateerde lichamelijke activiteit en beweging in de vrije tijd:

- Beweging in de vrije tijd beschermt tegen langdurig ziekteverzuim, terwijl
- Werk-gerelateerde lichamelijke activiteit juist een risicofactor voor langdurig verzuim vormt.²⁵

Werk-gerelateerde lichamelijke activiteit gaat vaak gepaard met werken in ongunstige houdingen en het tillen van lasten.

In diverse [studies](#) komt roken naar voren als belangrijke factor voor verminderde arbeidsproductiviteit, en voor uitval uit werk door arbeidsongeschiktheid en werkloosheid.²⁶

Er is minder onderzoek gedaan naar alcoholgebruik in relatie tot arbeidsparticipatie, en de resultaten zijn inconsistent.^{27,28} Een mogelijke verklaring voor deze inconsistentie is het gebruik van verschillende definities voor (overmatig) alcoholgebruik.

Een hoge ervaren werkdruk in combinatie met weinig regelmogelijkheden in het werk zijn een risicofactor voor [arbeidsongeschiktheid](#).²⁹

1.1.3 Ontwikkelen van leefstijlinterventies

Leefstijlinterventies worden doorgaans vanuit preventief oogpunt aangeboden. Ze hebben als doel de gezondheid te beschermen en te bevorderen door ziekte, gezondheidsproblemen en voortijdige uitval uit werk te voorkomen.³⁰

In bedrijven worden legio interventies aangeboden om de leefstijl van werknemers te verbeteren. In hoofdstuk 6 van dit dossier worden enkele succesvolle leefstijlinterventies beschreven. Een effectieve interventie in het ene bedrijf leidt echter niet vanzelfsprekend tot vergelijkbare effecten in een andere bedrijf. Zo beïnvloedt ook de context waarin de interventie plaatsvindt, de fysieke en sociale omgeving, de deelnemers, en de implementatie van de interventie de effecten. Om op systematische wijze tot een goed onderbouwde interventie te komen, zijn diverse planningsmodellen ontwikkeld, zoals Intervention Mapping, [Preffi](#) of [BRAVO-kompas](#).^{31, 32, 33} Deze modellen vertonen veel overeenkomsten. Zo beginnen alle modellen beginnen met uit het uitvoeren van een probleemanalyse waarin:

- De doelen,
- De doelgroep en
- Belangrijke factoren waarop de interventie zich moet richten

worden geïdentificeerd; gevolgd door (op basis van theorie of empirie) bruikbare en passende methoden en technieken selecteren voor gedragsverandering; de ontwikkeling van het interventieprogramma zelf en pre-testen in een kleine groep.

Ten slotte is het van belang te anticiperen op implementatie door belangrijke stakeholders (bijvoorbeeld personen uit de doelgroep, managers, communicatie-, arbo- en HRM-deskundigen, ondernemingsraad) in de verschillende stappen te betrekken, en het programma te evalueren op effect en proces.

1.1.4 Naar integraal gezondheidsmanagement

In de afgelopen jaren heeft een paradigmashift plaatsgevonden van verzuimbeleid naar preventie door gezondheidsmanagement. In [de factsheet](#) 'Gezond Werk: Maak werk van gezondheid' beschrijft het Loket Gezond Leven van het RIVM een 7-stappenplan voor gezondheidsbevordering op het werk met als doel integraal gezondheidsmanagement (IGM). De effectiviteit van het stappenplan is (nog) niet uitgebreid geëvalueerd. De stappen komen echter overeen met andere planningstools voor het ontwikkelen van interventies (zie [hoofdstuk 1.1.3](#)). Het stappenplan bestaat uit onderstaande stappen:³⁴

1. Draagvlak creëren: zorg vooraf voor ondersteuning en goedkeuring voor de plannen.
2. Structuur aanbrengen: stel een divers projectteam samen met een doel.
3. Behoeften analyseren: ken de behoefte van werknemers om in te kunnen zetten op vitaliteit en gezondheid.
4. Plan van aanpak opstellen: beschrijf wat van belang is voor het project.
5. Actie ondernemen: laat werknemers de voordelen van gezondheid inzien en ervaren.
6. Evalueren: evalueer de vooraf gestelde doelen om het eindresultaat te kunnen bepalen.
7. Borgen: integreer de activiteiten in de organisatie zodat ze vanzelfsprekend worden.

1.2 Psychosociale aspecten

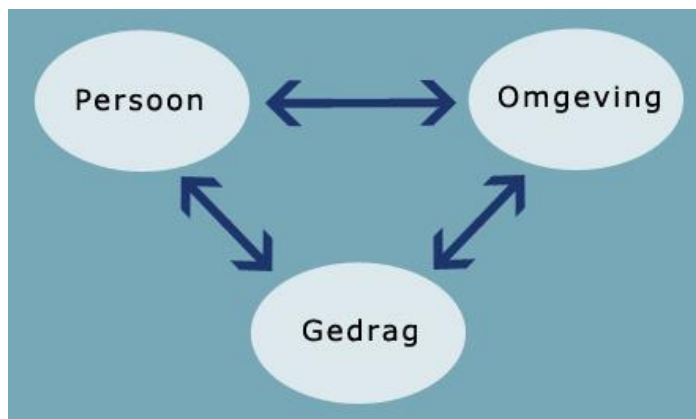
In deze paragraaf wordt een theorie en een model voor gedragsverandering kort beschreven, wordt ingegaan op de taken en verantwoordelijkheden bij het inzetten van leefstijlinterventies en komen enkele ethische aspecten aan bod.

1.2.1 Gedragsverandering: een theoretisch kader

De sociaal cognitieve theorie

Volgens de sociaal cognitieve theorie van Bandura is er een sterke wisselwerking tussen de persoon, de omgeving en het gedrag (Figuur 2).³⁵ Het gedrag wordt volgens deze theorie sterk bepaald door de verwachtingen die men hierover heeft. Hierbij gaat het om:

- Verwachtingen over de consequenties in de omgeving,
- De consequenties van persoonlijke acties, en
- In hoeverre men zichzelf in staat acht een bepaald gedrag uit te voeren (de zogenaamde eigen-effectiviteit/self-efficacy).



Figuur 2. Schematische weergave van het ontstaan van gedrag volgens de sociale leertheorie.³⁶

Uit onderstaand voorbeeld blijkt de sterke wisselwerking tussen persoon, omgeving en gedrag:

Een persoon streeft bepaalde doelen na (ik moet eten, want ik heb trek). De

omgeving heeft invloed op dit doel (er is geen eten voor handen, over een half uur is het lunchpauze, of er liggen koekjes op tafel). Deze wisselwerking zal het gedrag van de persoon beïnvloeden (hij eet niks, wacht geduldig tot de lunch of pakt een koekje).

Fases in gedragsverandering

Er zijn diverse gedrags- en gedragsveranderingsmodellen. Een van de meest invloedrijke modellen van gedragsverandering in de gezondheidszorg is het zogenaamde Transtheoretisch model van gedragsverandering.³⁷ Dit fasemodel voor gedragsverandering laat zien dat gedragsverandering een proces is, waarbij rekening dient te worden gehouden met de fase waarin het individu zich bevindt.

Deze fasen kennen en herkennen biedt de mogelijkheid gericht ondersteuning aan te bieden bij het komen tot gedragsverandering. In [paragraaf 6.3](#) wordt nader ingegaan op deze ondersteuningsmogelijkheden. Hieronder volgt eerst een uiteenzetting van de verschillende fasen.

Transtheoretisch model van gedragsverandering

In het model van Prochaska en DiClemente (2011) wordt een vijftal verschillende stadia van gedragsverandering beschreven: de zogenaamde Stages of Change.³⁸

1. *De pre-contemplatie fase:* In deze fase is er geen intentie tot het veranderen van gedrag. Gedragsverandering wordt hier nog niet overwogen. In deze fase is de persoon zich vaak niet, of onvoldoende bewust van het probleem dat speelt ('Roken is niet zo gezond, mijn opa rookte als een ketter en werd 94!'). Mensen in deze fase zijn nauwelijks geïnteresseerd in leefstijlinterventies. Zij dienen zich eerst bewust te worden van hun eigen gedrag.
2. *Contemplatie fase:* Hier is een persoon zich bewust van het probleem en overweegt om het aan te pakken. Mensen zijn echter nog niet overtuigd dat ze ook daadwerkelijk iets gaan veranderen. Dit omdat de voordelen van het ongezonde gedrag overheersen ('Roken mag dan wel ongezond zijn, maar als ik stop, kom ik 10 kilo en dat is ook niet gezond').
3. *Preparatie fase:* In deze fase geven mensen aan binnen niet afzienbare tijd (1 maand) te willen beginnen met de gedragsverandering. Ook worden er in deze fase kleine gedragsveranderingen waargenomen ('Vandaag heb ik 2 sigaretten minder gerookt, maar over een maand stop ik helemaal').
4. *Actiefase:* Hier gaan individuen hun gedrag echt veranderen. Ze passen hun gedrag, gedachten en omgeving aan om hun probleemgedrag te overwinnen (Iemand stopt met roken, denkt hier positief over en gooit al zijn asbakken het huis uit). Deze fase kost een hoop energie en mensen hebben veel doorzettingsvermogen nodig om de fase te kunnen doorlopen. De kloof tussen de intentie om het gedrag te veranderen en daadwerkelijke gedragsverandering is groot.
5. *Onderhoudsfase:* De gedragsverandering is volgehouden en een gewoonte geworden. Deze fase richt zich op het proberen terugval te voorkomen en de positieve effecten van de gedragsverandering vast te houden (Je vermijdt plekken waar veel gerookt wordt en bent blij met het gevoel van fitheid nu je gestopt bent met roken).

In alle fasen dient er aandacht te zijn voor terugvalpreventie. Hoewel bovenstaand model veel wordt toegepast, zijn er de afgelopen decennia ook diverse kanttekeningen bij het model geplaatst.³⁹ Zo blijkt onder meer uit een omvangrijke literatuurstudie dat mensen die hun gedrag willen veranderen niet altijd de volgorde van stadia in het model volgen. Een meerwaarde van het model is dat het duidelijk maakt dat een interventie moet worden afgestemd op de motivatie van de doelgroep. Daarnaast maakt het model duidelijk dat gedragsverandering een proces is.

1.2.2 Taken en verantwoordelijkheden bij inzetten van leefstijlinterventies

Een belangrijk aspect bij het inzetten van leefstijlinterventies is de verantwoordelijkheid die de werkgever en de werknemer op dit gebied hebben.

Gezamenlijke verantwoordelijkheid

De verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl ligt niet alleen bij de werkgever of alleen bij de werknemer. Zij hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid (én gezamenlijke belangen) om te werken aan leefstijlveranderingen wanneer nodig.

Rol werkgever

De werkgever faciliteert de verandering door het aanbieden van programma's en het creëren van een organisatiecultuur en –structuur die een gezonde leefstijl bevordert.⁴⁰ Vanuit het oogpunt van goed werkgeverschap kan de werkgever randvoorwaarden creëren zodat mensen aan de slag kunnen met het aanpassen van hun leefstijl.

Rol werknemer

Het is echter uiteindelijk de medewerker zelf die beslist wel of niet zijn gedrag aan te passen. Vanuit het oogpunt van goed werknemerschap mag van de werknemer verwacht worden dat hij zich inzet zijn gezondheid en conditie op pijl te houden. Om duurzaam inzetbaar te blijven binnen het bedrijf en op de arbeidsmarkt, mag van de werknemer verwacht worden dat hij hier binnen redelijke grenzen aan werkt. Dit is primair voor de werknemers zelf van belang en natuurlijk ook voor de werkgever. De medewerker blijft door te werken aan zijn gezondheid aantrekkelijk voor de arbeidsmarkt en werkt tevens aan zijn duurzame inzetbaarheid.⁴¹

'Binnen' en 'buiten' de poort

De laatste jaren is er een verschuiving waar te nemen in de verantwoordelijkheden die werkgevers hebben. De invloed van de werkgever buiten de poort is beperkt. Wanneer medewerkers op het bedrijfsterrein zijn, kan de werkgever regels stellen omtrent gedrag. Wanneer een medewerker het terrein verlaat, dan houdt ook de (directe) invloed van de werkgever op. Denk hierbij aan een algeheel rookverbod op het bedrijfsterrein en medewerkers die net buiten het hek een sigaret gaan roken.

De omgeving heeft invloed op het gedrag dat mensen vertonen (zie paragraaf 1.2.1). Bij leefstijlinterventies is het daarmee van belang dat de fysieke en sociale omgeving de gedragsverandering stimuleert. Dit geldt zowel voor de werkomgeving, als voor de thuisomgeving. Als familie en vrienden de gedragsverandering niet positief bekrachtigen en de medewerker stimuleren te veranderen, is de kans op succes klein.⁴² Denk hierbij aan het afschaffen van de snacks op vrijdagmiddag, waarna het thuisfront op vrijdagavond een extra kroketje serveert omdat de medewerker deze op vrijdagmiddag moet missen. Succesvolle gedragsverandering komt tot stand in een omgeving die zowel 'binnen' als 'buiten' de poort op elkaar zijn afgestemd.

1.2.3 Ethische aspecten

Doordat werkgevers steeds meer zaken faciliteren om een gezonde leefstijl van medewerkers te stimuleren, rijst de vraag in hoeverre de werkgever zich met de leefstijl van de werknemer mag bemoeien en wanneer de privacy wordt geschaad.

De laatste jaren is de maatschappelijke discussie hierover aan het veranderen. Daar waar het standpunt eerst was dat de werkgever zich niet mocht bemoeien met de leefstijl van medewerkers, zien we hier verandering in optreden. Uit een [onderzoek](#) onder werknemers in diverse bedrijven onderschrijft een ruime meerderheid de stelling 'Het is goed dat de werkgever de gezondheid van zijn medewerkers probeert te verbeteren'. Slechts 3% van de 718 ondervraagde medewerkers is het *niet* eens met deze stelling. Een kwart van de medewerkers is van mening dat bemoeienis van de werkgever met zijn gezondheid een inbreuk is op z'n privacy.⁴³

Wanneer de leefstijl van medewerkers invloed heeft op het werk dat iemand uitvoert en daarmee de productiviteit en het werkvermogen in gevaar brengt, lijkt het steeds meer geaccepteerd dat de werkgever zijn werknemers hierop aanspreekt. Daar waar het werkvermogen of de productiviteit niet in het geding is, lijkt het een stuk minder geaccepteerd medewerkers aan te spreken. Verder kunnen werkgevers hun medewerkers, zelfs die met een groter risico op productiviteitsverlies en verminderd werkvermogen, niet dwingen hun leefstijl aan te passen.

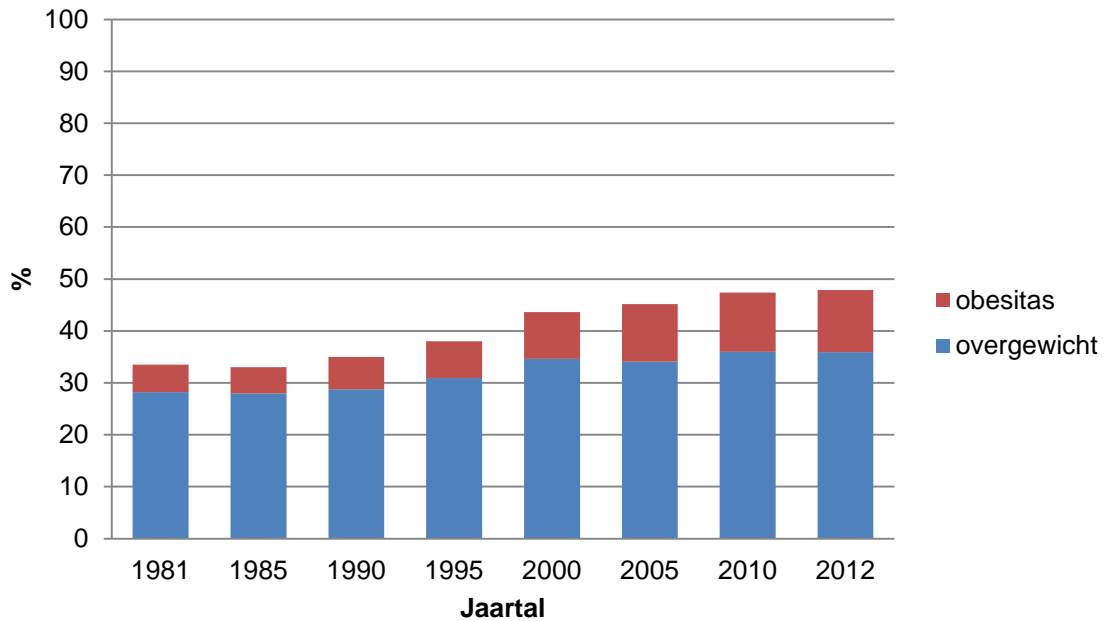
De maatschappelijke discussie over leefstijl en privacy is echter nog niet afgerond en de komende jaren kunnen hier opnieuw veranderingen in optreden.

1.3 Omvang problematiek

Het RIVM beschrijft in de vijfde editie van de '[Volksgezondheid Toekomst Verkenning](#)' in 2010 dat de leefstijlfactoren zich op ongunstig hoog niveau stabiliseren.⁴⁴ Overgewicht en obesitas, ongezonde voeding, onvoldoende lichaamsbeweging, roken en overmatig alcoholgebruik zijn alle determinanten van gezondheidsproblemen. In deze paragraaf komt het voorkomen van deze beïnvloedbare determinanten van gezondheid aan bod. Een ongezonde leefstijl komt relatief vaak voor bij personen met een lage sociaal economische status.⁴⁵

Overgewicht, Voeding en Beweging

Figuur 2 geeft de toename van overgewicht en obesitas gedurende de afgelopen dertig jaar weer. Het percentage volwassen Nederlanders dat met obesitas kampt, is meer dan verdubbeld van 5% in 1981 naar 12% in 2012.⁴⁶



Figuur 2 Vóorkomen van overgewicht en obesitas (zwaar overgewicht) over de tijd.⁴⁷

Zoals in [hoofdstuk 1.1.1](#) beschreven, is overgewicht in de meeste gevallen het gevolg van een verstoorde balans tussen voeding en beweging. Er is beperkt informatie beschikbaar over het voedingspatroon van Nederlandse volwassenen. Uit de voedselconsumptiepeiling 2007-2010 blijkt dat veruit de meeste Nederlandse volwassenen onvoldoende groente en fruit eten. Minder dan 10% van de volwassenen jonger dan 50 jaar eet voldoende groente of fruit. Ook blijkt meer dan 90% te veel verzadigde vetten te eten.⁴⁸

Tabel 2 presenteert in hoeverre we voldoende bewegen. Ruim de helft van de Nederlandse mannen en vrouwen voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Zoals in [hoofdstuk 1.1.1](#) beschreven gaat de fitnorm over zware lichamelijke activiteit. Deze norm wordt door minder Nederlanders gehaald. Volwassenen blijken dagelijks veel tijd zittend door te brengen: tijdens werkdagen zijn we gemiddeld 6,6 uur sedentair, waarvan 3,4 uur in werktijd.

Tabel 2 Lichamelijke activiteit in de algemene bevolking⁴⁹

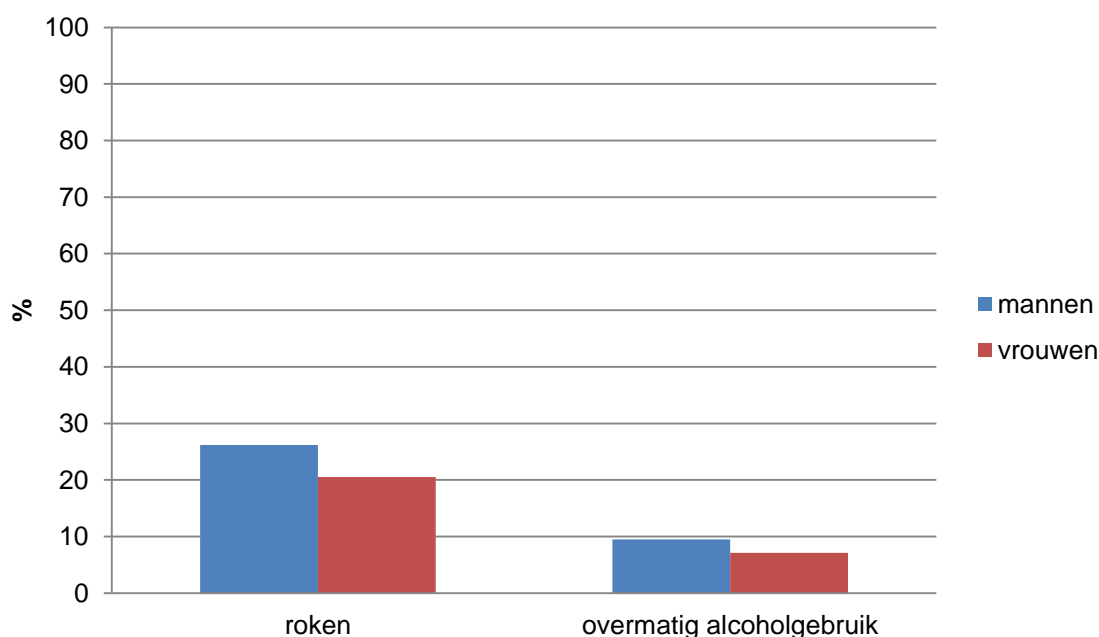
Norm	% dat voldoet aan norm	
	mannen	vrouwen
Nederlandse Norm Gezond Bewegen (12 jr en ouder)	59%	58%
Fitnorm (18-55 jaar)	27%	18%

Roken en Alcoholgebruik

Figuur 3 laat het percentage rokers en overmatige drinkers zien.

In 2012 rookte 23% van alle Nederlanders van twaalf jaar en ouder. In 2012 was het gemiddeld dagelijks aantal sigaretten bij rokers van 15 jaar en ouder 14 sigaretten.⁵⁰ Vier procent rookt dagelijks 20 of meer sigaretten. Meer mannen (26%) dan vrouwen (21%) roken, en het percentage rokers is groter bij mensen met een lage opleiding dan bij mensen met een hoog opleidingsniveau.

Acht procent van de bevolking van 12 jaar en ouder drinkt meer dan 14 glazen (vrouwen) of 21 glazen (mannen) per dag en wordt daarmee aangemerkt als 'overmatige drinker'.



Figuur 3 Voorkomen van een roken, overmatig alcoholgebruik en onvoldoende beweging bij volwassenen 2012.⁵¹

Gebrek aan Ontspanning

Werkgebonden psychische aandoeningen vormen de meest voorkomende beroepsziekte in Nederland; een derde van het ziekteverzuim is gerelateerd aan psychosociale arbeidsbelasting.⁵²

1.3.1 Gezondheidsbevordering in bedrijven

Wat doen bedrijven zoal aan leefstijlinterventies? In 2004 gaf 76% van de werkgevers aan weinig te weten over gezondheidsbevordering op de werkplek.⁵³ Toch bleek dat driekwart van een steekproef van bedrijven met meer dan 200 werknemers maatregelen heeft genomen om een gezonde leefstijl van werknemers te bevorderen.⁵⁴ Deze bedrijven hebben met name maatregelen genomen op de gebieden stoppen met roken (77%) en sport en lichaamsbeweging (37%). Het relatief grote aandeel van bedrijven met maatregelen op het gebied van stoppen met roken is niet verrassend, aangezien sinds 2004 werknemers recht hebben op een rookvrije werkplek.⁵⁵

TNO meet geregeld in hoeverre bedrijven uit diverse branches activiteiten aanbieden specifiek ter bevordering van lichamelijke activiteit. In 2010 deed 34% van de 1000 benaderde Nederlandse bedrijven met 50 of meer werknemers op regelmatige basis iets op het gebied van bewegen, variërend van bedrijfsfitness op het bedrijf tot fitheidstests en voorlichtingsprogramma's. In vergelijking met kleine (27%) en middelgrote (39%) bedrijven, organiseren meer grote bedrijven sport- en beweegactiviteiten (49%) voor hun medewerkers.

In de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden is werknemers gevraagd in hoeverre er in hun bedrijf arbo-maatregelen op het gebied van werkstress nodig zijn. Bijna een kwart van de medewerkers was van mening dat er op dit gebied geen arbo-maatregelen nodig zijn (22,5%), en 40% vond dat er al voldoende maatregelen zijn.⁵⁶

2. Relevante werksituaties

Er is weinig onderzoek gedaan naar verschillen in leefstijl tussen verschillende branches en beroepen. In diverse onderzoeken zien we, onafhankelijk van branche of beroep, dat een ongezonde leefstijl vaker voorkomt bij mensen met een lage sociaaleconomische status.

2.1 Relevante branches

Een gezonde leefstijl is relevant voor medewerkers in alle branches. In de financiële dienstverlening worden de meeste beweegactiviteiten aangeboden (51%), waar in de handel (29%), bouwnijverheid (26%) en transport (38%) relatief weinig activiteiten plaatsvonden.⁵⁷

2.2 Relevante beroepen

Een gezonde leefstijl is zowel voor beroepen met weinig lichaamsbeweging (zittende arbeid) als voor beroepen met veel beweging (fysieke arbeid) van belang. Ook voor werknemers met zittend werk is een gezonde leefstijl van belang. Voor werknemers in beroepen met weinig beweging lijkt het erop dat verantwoord bewegen in de vrije tijd voor minder klachten aan het bewegingsapparaat zorgt.⁵⁸ Echter, ook voor werknemers in beroepen met veel beweging (fysieke arbeid zoals in de bouwnijverheid, zorg) is een gezonde leefstijl van belang om fit te zijn voor de eisen die de functie stelt.

Er dient onderscheid te worden gemaakt tussen werk-gerelateerde lichamelijke activiteit en beweging in de vrije tijd: beweging in de vrije tijd bevordert de gezondheid, maar werk-gerelateerde lichamelijke activiteit kan juist een risicofactor vormen.⁵⁹ Veelal gaat het bij de lichamelijke belasting in het werk om een eenzijdige belasting, zoals een hoge belasting van de (onder)rug bij veelvuldig tillen of veel repeterende bewegingen met de armen bij relatief weinig beweging van het romp en benen. Bovendien zien we bij medewerkers die fysiek (zwaar) werk doen dat deze fysieke arbeid de behoefte aan (meer) lichaamsbeweging teniet doet. Echter, fysieke arbeid belast het lichaam wel, maar niet voldoende om de hartslag en werkelijke inspanning te teweeg te brengen die sporten doet. Daarom is ook bij fysieke arbeid regelmatig bewegen en sporten, naast gezonde voeding en goede nachtrust, belangrijk om op gezond gewicht te komen en te blijven is. Het hebben van een goede conditie is bij politie, brandweer, en defensie een functie-eis.

3. Inventarisatie- en evaluatie

3.1 Risico-inventarisatie

Onderwerpen als bewegen, roken, alcohol, voeding en ontspanning komen doorgaans (vrijwel) niet in de Risico-Inventarisatie en –Evaluatie (RI&E) aan bod. Hooguit zijdelings. Zo wordt er wel gevraagd of er douches aanwezig zijn, maar dan om het risico van Legionella besmetting te beperken, wanneer deze douches weinig gebruikt worden. In het geval van een door de werkgever ingerichte fitnessruimte wordt in deze ruimte gekeken hoe eventuele gevaren daar beheerst worden. Zoals voldoende en tijdig onderhoud van de fitnessstoestellen en de aanwezigheid van BHV-ers tijdens trainingstijden.

De vragen over rookbeleid hangen samen met het recht op de rookvrije werkplek. In dat kader wordt gekeken hoe de werkgever invulling gegeven heeft aan het rookbeleid en of dit rookbeleid afdoende is, dat wil zeggen dat de niet-rokers hier geen overlast ondervinden. Het navragen of de werkgever de rokers ondersteunt bij het stoppen met roken vormt veelal geen onderdeel van de RI&E.

Vragen naar het beleid ten aanzien van alcohol komen vaker voor in de RI&E, zeker waar medewerkers gevaarlijke machines bedienen of autorijden voor de zaak. In het verlengde hiervan wordt ook gevraagd welke maatregelen de werkgever treft wanneer een medewerker (tijdelijk) medicijnen gebruikt die het concentratievermogen kunnen beïnvloeden waardoor zij een gevaar voor zichzelf en derden kunnen zijn bij bedienen van gevaarlijke machines of autorijden.

Vragen over voeding maken geen deel uit van de RI&E, hooguit met betrekking tot biologische agentia en voedselveiligheid. Ook ontspanning komt niet rechtstreeks in de RI&E aan de orde, maar kan wel een onderdeel zijn van de inventarisatie van de psychosociale arbeidsbelasting (zie kennisdossier werkdruk).⁶⁰

Feitelijk gezien is er volgens de letter van de wet pas een relatie tussen leefstijl en de risico-inventarisatie en –evaluatie als leefstijl een risico op verzuim of uitval betreft. Voor onder de invloed zijn van alcohol en drugs is het risico evident en maakt dit deel uit van de RI&E. Het beleid van de werkgever hierover ligt doorgaans vast in een huishoudelijk reglement of personeelshandboek.

Gezien het verhoogde risico op uitval door een ongezonde leefstijl, zouden ook BRAVO thema's onderdeel uit kunnen maken van de RI&E door de werkgever in de RI&E de vraag te stellen: 'stimuleert u uw werknemers om hun gezondheid op peil te houden of te verbeteren door voldoende lichaamsbeweging te nemen, niet te roken, matig te zijn in het gebruik van alcohol, gezond te eten en voldoende te ontspannen?'. Door aandacht te geven aan deze onderwerpen in de RI&E kan een link gelegd worden tussen de RI&E en het gezondheidsbeleid van het bedrijf. Als het bedrijf al actief is in de gezondheidsbevordering van de werknemers, kan de RI&E zo een extra stimulans vormen voor de implementatie of bijstelling van het gezondheidsbeleid. In bedrijven die hier (nog) niet actief mee bezig zijn, kan het een eerste aanzet vormen tot het komen van een gezondheidsbeleid.

Voorbeeldvragen RI&E:

Hieronder staat een aantal voorbeeldvragen die aan een RI&E kunnen worden toegevoegd ten aanzien van BRAVO-elementen:

Beweging	Hoe worden werknemers gestimuleerd meer te bewegen? Zijn er kleedruimten, douchefaciliteiten, en goede fietsenstallingen aanwezig, waardoor werknemers gefaciliteerd worden naar het werk te fietsen?
Roken	Worden rokers ondersteund bij het stoppen met roken?
Alcohol	Wat zijn de regels t.a.v. alcohol en drugs? Waar zijn deze regels vastgelegd? En betreft dit ook de sociale activiteiten, zoals recepties, borrels en bedrijfsfeesten? Zijn er afspraken of is er een beleid t.a.v. problematisch drank- en drugsgebruik in het werk? Kunnen leidinggevenden de problematiek herkennen en zijn leidinggevenden voldoende uitgerust of ondersteund in het voeren van confronterende/motiverende gesprekken in situaties van problematisch drank- en drugsgebruik?
Voeding	Hoe is het gesteld met de voeding in de bedrijfskantine? Is er een voedingsbeleid? Wordt het nuttigen van 'gezond' voedsel gestimuleerd en het nuttigen van 'ongezond' voedsel ontmoedigd? In hoeverre is ongezonde voeding en overgewicht een probleem in uw organisatie? Willen de werknemers iets met gezonde voeding doen en willen zij meer informatie en ondersteuning bij het kiezen van gezonde voeding?
Ontspanning	Hoe is de balans tussen werk en privé? Op het gebied van werkdruk zijn diverse vragenlijsten beschikbaar (zie hoofdstuk 3.3). In het kennisdossier werkdruk wordt volop aandacht besteed aan meetinstrumenten op het gebied van werkdruk. ⁶¹

3.2 Meten

Het meten van leefstijlfactoren bij werknemers kan onderdeel zijn van het preventief medisch onderzoek (PMO). In [Hoofdstuk 7](#) wordt uitgebreid ingegaan op het PMO in relatie tot leefstijlinterventies. In de volgende paragraaf wordt nader ingegaan op het meten van de BRAVO thema's.

3.3 Blootstellingsmeting

Er zijn vele – gevalideerde en nog meer niet-gevalideerde, meetinstrumenten beschikbaar voor het meten van de afzonderlijke BRAVO thema's. Diverse vragenlijsten zijn alleen toegankelijk voor werknemers nadat de werkgever betaald heeft voor het gebruik ervan. Door TNO is in 2009 een rapport verschenen waarin een beschrijving wordt gegeven van [twaalf veel gebruikte vragenlijsten](#) waarin de leefstijl bij werknemers wordt gemeten.⁶² Om tot een keuze voor een specifieke vragenlijst te komen is het van belang te bepalen wat heft doel is waarvoor de vragenlijst wordt ingezet. Veel

gebruikte vragenlijsten voor het monitoren van beweging zijn de International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)⁶³ en de Short QUestionnaire to ASsess Health enhancing physical activity (SQUASH)⁶⁴. In de NVAB-richtlijn 'Werkdruk' worden de Job Content Questionnaire en de Quantitative Workload Inventory genoemd als instrumenten om werkdruk te meten.⁶⁵

3.4 Effectmeting

Hoewel veel interventies op het gebied van leefstijl ontwikkeld en ingezet worden in bedrijven, worden deze niet structureel geëvalueerd.⁶⁶ Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat leefstijlinterventies via het werk kunnen leiden tot leefstijlverbetering (zie ook [hoofdstuk 6](#)). Er is echter beperkt inzicht in de kosteneffectiviteit van leefstijlinterventies. Om de kosteneffectiviteit van leefstijlinterventies vast te stellen is inzicht in de effecten op lange termijn nodig. Er is nog beperkt inzicht in de effecten van leefstijlinterventies op lange termijn.

Binnen het bedrijf is het van belang om regelmatig het gevoerde gezondheidsbeleid en de interventies te evalueren. Evalueren van het gevoerde gezondheidsbeleid is belangrijk om:

- De kwaliteit en effectiviteit van de activiteit(en) en het BRAVO-beleid aan te tonen en het waar nodig te verbeteren;
- Verantwoording af leggen aan het management, werknemers en externe partijen over de zin en effectiviteit van het beleid;
- Na te gaan of doelstellingen nagestreefd en / of gerealiseerd worden

Werkgevers geven aan dat monitoring en evaluatie het lastigste onderdeel van beleid is. Het is daarom belangrijk dat men helder heeft wat de organisatie wil meten en vanaf welke positie men begint (het nulpunt). Naast een effectmeting, is het van belang inzicht te krijgen in het proces. Op deze manier kan het programma, indien nodig, tijdig worden bijgesteld. Het is bij evaluaties belangrijk niet alleen te kijken naar kosten en zaken die niet goed gingen, maar ook naar opbrengsten en successen. Het gaat uiteindelijk om het vinden van een balans: zijn de opbrengsten de kosten waard? Hierbij komen ook vragen aan bod als: 'wordt de interventie uitgevoerd zoals beoogd?' en, 'welke werknemers worden bereikt met de maatregelen?'. Het ontbreken van belangstelling en/of draagvlak is een belangrijke belemmering in de effectiviteit van leefstijlinterventies.

Deelname aan leefstijlinterventies via het werk blijkt vaak beperkt.⁶⁷ Bij bedrijfsfitness varieert het percentage deelnemers aan bedrijfsfitness tussen 8,7% en 22%; het percentage *regelmatige* deelnemers zelfs tussen 4,7% en 14,7%.⁶⁸

4. Wetgeving

4.1 Arbowet

De Arbowet bevat een aantal verplichtingen die voor de leefstijl van medewerkers relevant zijn. De voornaamste zijn:

- art. 3.1 en art. 3.2: De werkgever moet zorgen voor de veiligheid en gezondheid van de werknemers (art. 3.1) en de psychosociale arbeidsbelasting (art. 3.2), en heeft de verplichting om dat gestructureerd te doen ('beleid voeren'). Deze verplichting geldt niet direct voor het voeren van beleid op het vlak van leefstijl, maar in de geest van het artikel kan gesteld worden dat van de werkgever verwacht mag worden dat hij in redelijkheid een gezonde leefstijl bij de medewerkers promoot, alleen al omdat een ongezonde leefstijl de veiligheid en gezondheid tijdens het werk ongunstig kan beïnvloeden.
- art. 4.1: Als aanvulling op art. 3.1 en 3.2 moet de werkgever speciale aandacht geven aan werknemers met functionele beperkingen. Hierbij kan ook gedacht worden aan medewerkers met functionele beperkingen die mogelijk (mede) het gevolg zijn van een ongezonde leefstijl. Die speciale aandacht aan die groep kan ook bestaan uit het bevorderen van een gezondere leefstijl (bijv. overgewicht verminderen), om op die manier de functionele beperking aan te pakken.

Meer informatie over de wetgeving is te vinden op de website [wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl).⁶⁹

4.2 Arbobesluit

Het Arbobesluit werkt meer in detail de verplichtingen uit die gelden voor bepaalde risico's. Voor het onderwerp leefstijl zijn vooral de volgende voorschriften van belang:

- Art. 2.15: In de RI&E moet voldoende aandacht worden besteed aan de risico's van psychosociale arbeidsbelasting. Ook moeten de werknemers die aan dergelijk risico's bloot staan voldoende voorgelicht en geïnstrueerd worden over de maatregelen om deze risico's voldoende te beperken. In het verlengde van deze voorlichting ligt het voor de hand dat de werkgever dan ook bevordert dat de werknemers de adviezen van deze voorlichting opvolgen, concreet door pauzes goed te benutten voor ontspanning en ook anderszins in de leefstijl voldoende ontspanning in te bouwen.
- Art. 3.6 t/m 3.10, 3.13, 3.14, 3.16, 3.18, 3.19: voor de hier genoemde diverse voorschriften voor voorzieningen is impliciet vereist dat speciale aandacht wordt gegeven aan mensen met een beperking. Die beperking kan (mede) het gevolg zijn van de leefstijl, en de aandacht kan (mede) bestaan uit het bevorderen van een gezondere leefstijl.

Meer informatie over de wetgeving is te vinden op de website wetten.overheid.nl.⁷⁰

4.3 Arboregelingen

De arboregeling werkt een beperkt aantal onderwerpen concreet uit. Voor leefstijl is vooral het volgende onderdeel van belang:

- Art. 2.4: Aanstellingskeuringen mogen alleen onder strikte voorwaarden worden uitgevoerd. Dit helpt voorkomen dat werknemers met een beperking niet worden aangenomen.

Meer informatie over de wetgeving is te vinden op de website wetten.overheid.nl.⁷¹

4.4 Overige nationale wetgeving

Wet Verbetering Poortwachter

Algemeen:

- De werkgever moet zich inzetten om een zieke werknemer weer binnen het arbeidsproces te krijgen. Daarvoor moet de werkgever een voorlopig re-integratieplan opstellen als de werknemer 13 weken ziek is. Als de werknemer 8 maanden ziek is en verwacht mag worden dat re-integratie binnen het eigen bedrijf niet binnen 1 jaar ziekte gaat lukken, dan moet de werkgever een definitief re-integratieplan hebben (art 34a). Deze plannen moeten ingediend worden bij het UWV. Bevorderen van een gezonde leefstijl (bijv. bij overgewicht) kan deel uitmaken van het re-integratieplan).
- Ook bevat de wet voorschriften voor meewerken door de werknemer (art. 28), en specifiek bijscholing van de werknemer (art. 21) (Ook geregeld in derde lid van artikel 629 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek). Hieronder kan ook een gezonde leefstijl vallen.
- In artikel 24 is geregeld dat het UWV ook specifiek voorschriften kan geven gericht op het bevorderen van de arbeidsgeschiktheid. Ook hieronder kan een gezonde leefstijl vallen.

Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering

- Artikel 65 f. De werknemer heeft recht op hulp bij re-integratie. Als een gezondere leefstijl nodig is voor de re-integratie, kan deze hulp bestaan uit het helpen bij het verbeteren van de leefstijl.

Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten

Deze wet is erop gericht om jonggehandicapten zoveel mogelijk aan het werk te krijgen. Daarvoor stelt deze wet eisen voor meewerken door de jonggehandicapte (met name artikelen 2.7 t/m 2.10, en 2.31 t/m 2.34), maar het geeft de jonggehandicapte ook rechten (met name artikelen 2.15 t/m 2.17). Daarnaast bevat de wet allerlei regelingen voor re-integratie (met name artikelen 2.18 t/m 2.30). Een gezonde leefstijl kan onderwerp zijn van het vereiste meewerken door de jonggehandicapte.

Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen

Deze wet richt zich op (deels) aan het werk houden of brengen van werkenden die gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn.

- Artikel 25 regelt de verplichting tot inspanning tot re-integratie. Een gezonde leefstijl kan deel uitmaken van die verplichte inspanning.
- Artikel 35 en 36 geeft aan welke mogelijkheden er zijn voor subsidie, onder meer om de arbeidsplaats geschikt te maken voor de arbeidsongeschikte. Hierbij is de vraag hoe ver de mogelijkheden voor subsidie reiken als de aanpassingen van de arbeidsplaats (grotendeels) niet

nodig zouden zijn als door een betere leefstijl van de betrokkene door waarschijnlijk de arbeidsongeschiktheid opgeheven kan worden (bijv. terugdringen van overgewicht of beperking van lichaamsomvang). Er is geen jurisprudentie hierover bekend.

Tabakswet

Sinds 1 januari 2004 dient de werkgever voor een rookvrije werkplek te zorgen. Voor informatie over de bepalingen t.a.v. roken op de werkplek wordt verwezen naar de website www.rokeninfo.nl.⁷²

4.5 Europese wetgeving

Artikel 14 van de Europese Kaderrichtlijn 1989 is van toepassing.⁷³

Gezondheidstoezicht

1. Om ervoor te zorgen dat de werknemers onder passend gezondheidstoezicht staan, dat afgestemd is op de risico's voor hun veiligheid en hun gezondheid op het werk, worden er maatregelen vastgesteld overeenkomstig de nationale wetten en/of praktijken.
2. De in lid 1 bedoelde maatregelen moeten van dien aard zijn dat elke werknemer op gezette tijden in de gelegenheid wordt gesteld zich medisch te laten onderzoeken.

Bij het medisch onderzoek waaraan het tweede lid refereert, kan de leefstijl aan de orde komen, voor zover de leefstijl de veiligheid en gezondheid op het werk kan beïnvloeden.

5. Beleid

5.1 Arbocatalogi

In de arbowet is vastgelegd WAT er bereikt moet worden om de gezondheid, veiligheid te beschermen en psychosociale arbeidsbelasting te voorkomen. De concrete afspraken over HOE die afspraken bereikt kunnen worden, worden door werkgevers en werknemersorganisaties in een branche of sector vastgelegd in de arbocatalogus. Ook kunnen afspraken verder worden uitgewerkt in CAO-afspraken. Er zijn inmiddels 144 arbocatalogi. Daarom voert het te ver om hier op een rij te zetten in welke arbocatalogus afspraken staan die relevant zijn in het kader van leefstijlinterventies. Voorbeelden van arbocatalogi waar bevorderen van een gezonde leefstijl is opgenomen zijn:

- [Arbocatalogus Ambulancezorg](#),
- [Arbocatalogus Contactcenters](#)
- [Arbocatalogus Gezond Transport](#)
- [Arbocatalogus Verticaal transport](#)
- [Arbocatalogus Bestratingen](#)
- [Arbocatalogus Gemeenten](#)
- [Arbocatalogus Bouwnijverheid](#)

Zo zijn in de arbocatalogus Contactcenters tips opgenomen om meer te bewegen voor medewerkers en leidinggevenden.⁷⁴ De bepalingen over leefstijl zijn meestal zeer summier.

Om na te gaan welke afspraken zijn gemaakt in een bepaalde branche kan worden gekeken op www.arboportaal.nl.⁷⁵

5.2 CAO-afspraken

In een aantal CAO's zijn expliciet in het kader van leefstijl afspraken vastgelegd. Bijv. voor de Bouwnijverheid waar medewerkers volgens de CAO recht hebben op leefstijlbegeleiding als zij een verhoogd risico hebben op hart- en vaatziekten.

Hiervoor geldt verder net als bij arbocatalogi dat het aantal CAO's zo groot is dat het te ver voert om hier per CAO de relevante afspraken te noemen. Om na te gaan welke afspraken zijn gemaakt in een bepaalde branche kan worden gekeken op www.caoweb.nl.⁷⁶

5.3 Brancheafspraken

Zie ook paragraaf 5.1 en 5.2.

Verder kan in dit kader het [Convenant Gezond Gewicht](#) genoemd worden. Het Convenant Gezond Gewicht hebben een aantal werkgeversverenigingen (o.a. VNO-NCW, MKB-Nederland),

werknemersverenigingen (o.a. FNV, CNV), brancheverenigingen (o.a. Produktschap Tuinbouw) afgesloten. Hierin hebben ze afgesproken zich in te zetten voor het bevorderen van een goede leefstijl op de werkvloer.⁷⁷ Verwacht mag worden dat in de nabije toekomst leidt tot concrete resultaten, wellicht in de vorm van meer CAO-afspraken.

5.4 Standaardisatie en normalisatie

Sinds oktober 2010 bestaat er een Nederlandse Praktijkrichtlijn voor Duurzame Inzetbaarheid: NPR 6070. Het belangrijkste onderdeel van deze richtlijn is een instrument (zogenaamde scan) waarmee een organisatie snel in kaart kan brengen hoe de organisatie ervoor staat wat betreft beleid op het gebied van duurzame inzetbaarheid, afgezet tegen de eigen doelstelling en ambities. Hiermee wordt ook bepaald hoe men het beste het beleid van het eigen bedrijf kan vorm geven.⁵⁶ De leefstijl van de medewerkers maakt deel uit van de scan, als onderdeel van de beoordeling van de vitaliteit van de medewerkers.

Het NVAB heeft in samenwerking met het VUmc een richtlijn ontwikkeld voor balans in beweging en voeding op de werkplek. Toepassing van deze [richtlijn](#) bleek echter niet (kosten-)effectief voor het verbeteren van beweeggedrag, minder snacken, reductie van gewicht en middelomtrek, bloeddruk, cholesterol en betere kwaliteit van leven. Wel was er een verbetering te zien in de fruitconsumptie. Ten opzichte van de controlegroep consumeerden werknemers uit de interventiegroep bijna 2 stuks meer fruit per week. De onderzoekers concluderen op basis van de resultaten dat grootschalige invoering van deze richtlijn niet is aan te bevelen.⁷⁸

5.5 Certificering

Er is geen certificering beschikbaar specifiek betreffende leefstijl, bijv. voor adviseurs op dit gebied.

6. Beheersmaatregelen

6.1 Arbeidshygiënische strategie

De Arboret verlangt dat maatregelen voor veilige en gezonde arbeidsomstandigheden van werknemers volgens een bepaalde volgorde worden genomen: de arbeidshygiënische strategie. Volgens deze arbeidshygiënische strategie dient eerst geprobeerd te worden de oorzaak van het probleem aan te pakken (bronmaatregelen). Bronmaatregelen zijn niet van toepassing op dit dossier. Als bronmaatregelen niet mogelijk zijn, dient de werkgever collectieve organisatorische maatregelen te nemen om de risico's te verminderen. Als deze onvoldoende oplossing bieden, dan moet de werkgever individuele maatregelen nemen. Ten slotte, wanneer bronmaatregelen, collectieve, en individuele maatregelen geen effect hebben, moet de werkgever de werknemer persoonlijke beschermingsmiddelen verstrekken.

6.1.1 Bronmaatregelen

Niet van toepassing in dit dossier.

6.1.2 Organisatorische maatregelen

In bedrijven worden vele diverse interventies aangeboden, gericht op het verbeteren van de leefstijl van werknemers. Er is echter zeer beperkt inzicht in de effecten van deze interventies. Het [Loket Gezond Leven](#) van het RIVM Centrum Gezond Leven verzamelt in een interventiedatabase de interventies op het gebied van gezondheidsbevordering.⁷⁹ Er zijn echter nog geen bewezen effectieve interventies op de werkplek opgenomen. Op organisatieniveau kunnen werkgevers de medewerkers in woord en daad te laten ervaren dat gezondheid hoog op de agenda staat. Het opnemen van gezondheid/een gezonde leefstijl in de bedrijfsvisie of –kernwaarden kan hierbij helpen.

Diverse recente literatuuronderzoeken laten zien dat leefstijlinterventies op de werkplek kunnen leiden tot gezondheidsverbetering,⁸⁰ meer beweging,⁸¹ gewichtsafname,^{82,83} en gezonde voeding.^{84,85} Ook zijn er [verbeteringen](#) in arbeidsproductiviteit, ziekteverzuim, en werkvermogen gevonden.⁸⁶ De effecten zijn echter over het algemeen gering en er is maar zeer beperkt inzicht in de effecten op lange termijn.

Zoals in [hoofdstuk 1.1.3](#) beschreven, is het bij het ontwikkelen van interventies van belang eerst een probleemanalyse uit te voeren. Om een interventie te ontwikkelen, dient er inzicht te worden verkregen in:

- Hoeverre een ongezonde leefstijl een probleem vormt binnen de organisatie,
- Welke leefstijl met name van belang is, en
- Wat de oorzaken van de ongezonde leefstijl zijn.

Een belangrijke keuze die gemaakt dient te worden is of de interventie zich op alle medewerkers moet richten (universele preventie) of op werknemers met verhoogde risico's (selectieve preventie) (zie ook [hoofdstuk 7](#)). Vaak wordt een combinatie van universele en selectieve preventie gehanteerd. Proberen de hele bedrijfspopulatie gezonder te maken met speciale aandacht voor 'risicogevalen'. Naast een goede interventie vereist een interventie een zorgvuldige implementatie om positieve effecten te bereiken. In [hoofdstuk 6.3](#) wordt ingegaan op de implementatie van beheersmaatregelen.

Hieronder worden enkele onderzochte – en bewezen effectieve - interventies toegelicht.

6.1.2.1 Meer Bewegen

In een [literatuuronderzoek](#) naar Europese beweeginterventies werden positieve effecten gevonden voor interventies bestaande uit:

- Het bevorderen van actief transport (fietsen, wandelen) naar het werk en
- Trainingsprogramma's gericht op uithoudingsvermogen en/of kracht.

Er is onvoldoende bewijs voor interventies gericht op:

- Counselling,
- (lunch)wandelen en
- Trapgebruik.⁸⁷

Hoewel bovenstaand literatuuronderzoek onvoldoende bewijs vond voor deze interventies, kunnen ze wel nuttig zijn. Zo waren enkele interventies op deze gebieden (behalve de interventies gericht op trapgebruik) wel effectief.

6.1.2.2 Stoppen met Roken

Uit onderzoek blijkt dat:

- Gedragmatige en
- Medicamenteuze ondersteuning

rokers helpt om te stoppen met roken.^{88,89} Een combinatie van medicamenteuze ondersteuning met gedragmatige ondersteuning verhoogt de stopkans.⁹⁰ Rokers die een kort, eenmalig stopadvies krijgen van hun huisarts stoppen iets vaker met roken dan rokers die dat advies niet krijgen. Veel zorgprofessionals maken gebruik van de [STIMEDIC](#) begeleidingsmethode.⁹¹ Dit is een stapsgewijze methode om rokers te adviseren te stoppen met roken, voorheen bekend als de minimale interventiestrategie (MIS). Als dat advies onderdeel is van een aantal begeleidende consulten of als de huisarts ondersteuning biedt volgens de minimale interventiestrategie, stoppen meer rokers. De STIMEDIC methode is verder uit te breiden met motiverende gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering is een gesprekstechniek waarin met open vragen wordt geprobeerd om deelnemers in te laten zien dat zij een probleem hebben en vervolgens te motiveren zelf hun leefstijl te veranderen.⁹²

6.1.2.3 Matig met Alcohol

In vergelijking met de andere BRAVO thema's, zijn er minder leefstijlinterventies ontworpen gericht op het matigen van de alcoholconsumptie in bedrijven. Uit een literatuuronderzoek blijkt dat geen van de onderzochte leefstijlinterventies op de werkplek een effect heeft op de alcoholconsumptie, terwijl interventies uitgevoerd in de eerstelijns gezondheidszorg over het algemeen wel effectief zijn in het voorkomen of verminderen van (overmatige) alcoholconsumptie.⁹³ Dit waren kortdurende interventies, zoals 2 of 3 afspraken met de huisarts bestaande uit motiverende gespreksvoering (motivational interviewing). In de multidisciplinaire [richtlijn](#) 'Stoornissen in het gebruik van alcohol' staat omschreven dat preventie van schadelijk alcoholgebruik bij voorkeur bestaat uit kortdurende psychosociale interventies.⁹⁴ Kortdurende ondersteunende interventies door de huisarts zijn effectief in het minderen bij overmatig alcoholgebruik.^{95,96}

6.1.2.4 Gezonde Voeding

Voedingsinterventies gericht op het verbeteren van de groente- en fruitconsumptie en/of op het verminderen van de vetconsumptie kunnen effectief zijn. Interventies gericht op gezonde voeding, bij voorkeur in combinatie met het stimuleren van bewegen, hebben bovendien een gunstig effect op het lichaamsgewicht en kunnen daarmee bijdragen aan de preventie van overgewicht.⁹⁷

Een recent literatuuronderzoek laat geen verschillen in effect zien tussen specifieke interventietypes. Zowel voor studies gericht op omgevingsveranderingen (bijv. aanbod in bedrijfskantine, gezonde maaltijden aanbieden), gezondheidsvoorlichting en counseling (bijv. met motiverende gespreksvoering), als voor studies bestaande uit meerdere componenten worden kleine effecten gevonden.⁹⁸

6.1.2.5 Meer Bewegen en gezonde Voeding: gezond Gewicht

Interventies gericht op het verminderen van overgewicht dienen uit een combinatie van:

- Beweegstimulering en
- Gezonde voeding

te bestaan. Een leefstijlinterventie, waarbij werknemers in de bouwnijverheid met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten leefstijladvies kregen van de bedrijfsarts of arboverpleegkundige door het gebruik van motiverende gespreksvoering, bleek effectief in het veranderen van het voedingspatroon (minder snacks) en het lichaamsgewicht.⁹⁹

Een combinatie van interventies gericht op bewegen en voeding is effectiever dan programma's dat zich op één van beide componenten richt.¹⁰⁰ Sinds 2012 is de STECR [werkwijzer](#) Overgewicht en Obesitas beschikbaar. Deze werkwijzer focust zowel op primaire (voorkomen dat werknemers overgewicht krijgen door voldoende bewegen en gezonde voeding) als op secundaire (voorkomen dat werknemers met overgewicht obese worden) en tertiaire preventie (voorkomen van complicaties bij obesitas).¹⁰¹

6.1.2.6 Voldoende Ontspanning

In het kennisdossier [werkdruk](#) wordt aandacht besteed aan interventies gericht op ontspanning en omgaan met een hoge werkdruk.

6.1.2.7 Passende interventies?

Een interventie dient te worden afgestemd op de doelgroep. Binnen een bedrijf verschilt de motivatie die medewerkers hebben om hun gedrag te veranderen. In [paragraaf 1.2](#) is het vijf-fasen model van verandering beschreven. Een andere motivationele fase, vraagt om een andere benadering van medewerkers. Wanneer mensen zich niet bewust zijn van het probleem, zullen ze minder geneigd zijn deel te nemen aan een leefstijlinterventie. Bewustwording van iemands leefstijl kan bijvoorbeeld door het leveren van feedback na het invullen van een vragenlijst waarmee iemands leefstijl in kaart wordt gebracht. Vervolgens kunnen andere determinanten van het gedrag, zoals iemands attitude ten aanzien van een gezonde leefstijl, of het vertrouwen dat ze hebben om het gedrag te kunnen veranderen, worden beïnvloed. Dit kan door mensen de voor- en nadelen van het gedrag te laten benoemen, en in contact te laten komen mensen met positieve ervaringen met gedragsverandering of het gezonde gedrag. Het stellen van een duidelijk en haalbaar doel vergroot de kans op succesvolle gedragsverandering. Om het effect van doelen stellen te vergroten, kunnen mensen 'implementatie-intenties' formuleren.¹⁰² Hierbij specificeert men wat te doen als een bepaalde situatie zich voordoet volgens het als/dan principe. Bijvoorbeeld: *als* ik thuis kom van mijn werk, *dan* ga ik een half uur fietsen. Doelen moeten SMART geformuleerd zijn.¹⁰³

Specifiek: de doelstelling is eenduidig en helder.

Meetbaar: er kan geconstateerd worden of het doel bereikt is.

Acceptabel: het doel moet bijdragen aan de gedragsverandering.

Realistisch: het doel is haalbaar.

Tijdsgebonden: er is bepaald wanneer het doel bereikt moet zijn.

Bovenstaande individuele interventies kunnen plaatsvinden in combinatie met omgevingsveranderingen, zoals omschreven in [hoofdstuk 6.1.3](#).

6.1.3 Technische maatregelen

Een gezonde leefstijl kan verder gefaciliteerd worden door omgevingsaanpassingen. Bij de meeste leefstijlfactoren spelen zowel de sociale als de fysieke omgeving een grote rol. Daarmee vormt de omgeving ook een aangrijpingspunt voor interventies. Het beweeggedrag van werknemers kan worden bevorderd door het aanleggen van een goed wandel- en fietspaden netwerk rondom gebouwen, fietsen naar het werk te bevorderen door het aanleggen van doucheruimtes, de esthetische kwaliteit van sportfaciliteiten te verbeteren en het ter beschikking stellen van (nieuwe) apparatuur en ruimte.¹⁰⁴ Deze technische maatregelen zijn voornamelijk haalbaar voor grote bedrijven.

Roken wordt ontmoedigd door rookvrije werkplekken, en gezonde voeding wordt gestimuleerd door het aanbieden van gezonde keuzes in de bedrijfskantine. Er kan door middel van logo's (bijv. smiley's of klavertjes), locatie van producten, en prijsbeleid aandacht worden gevestigd op de gezonde keuze. Op deze manier kan de gezonde keuze de makkelijke keuze worden gemaakt. Er is echter vooralsnog weinig bekend over de effectiviteit van dergelijke maatregelen. Een literatuuronderzoek laat positieve effecten zien van omgevingsinterventies op het verbeteren van voedingspatronen.¹⁰⁵ Het gaat hierbij om gecombineerde interventies, waarbij naast omgevingsaanpassingen ook bijv. voorlichtings- of counselingactiviteiten plaatsvinden.

6.1.4 Persoonlijke beschermingsmiddelen

Niet van toepassing in dit dossier

6.2 Psychosociale aspecten van beheersmaatregelen

In bovenstaande paragraaf is beschreven welke interventies een organisatie kan inzetten om een gezonde leefstijl van medewerkers te stimuleren. Naast dat het inzetten van interventies uit praktische zaken bestaat (zoals het beschikbaar stellen van tijd en middelen), zijn er ook een aantal psychosociale aspecten die van belang zijn. Aan deze aspecten dient aandacht te worden besteed bij het inzetten van leefstijlinterventies.

6.2.1 Factoren op omgevingsniveau

Om een gedragsinterventie te laten slagen, is het van belang dat de medewerker vanuit zijn omgeving gesteund wordt. Dit kan op de volgende manieren bereikt worden:

- Sociale steun
- Voorbeeldgedrag
- Waardering.

Sociale steun

Om een gedragsverandering te kunnen volbrengen, is sociale steun van belang.¹⁰⁶ Zoals in paragraaf 1.2 is beschreven, is de invloed van de omgeving op gedrag groot. Het is dan ook belangrijk dat de omgeving van de medewerker de gedragsverandering steunt. Iedere gedragsverandering gaat gepaard met moeilijke momenten en momenten van terugval.¹⁰⁷ Medewerkers moeten hierover kunnen praten en opnieuw gemotiveerd worden toch door te zetten. Door leefstijlinterventies via het werk aan te bieden, kunnen collega's elkaar motiveren en steunen.

Voorbeeldgedrag

Voorbeeldgedrag is een belangrijke manier waarop mensen leren ([hoofdstuk 1.2.1](#)). De impact van het voorbeeldgedrag wordt groter naarmate het rolmodel belangrijker is. De meeste medewerkers hebben – in meer of mindere mate – ontzag voor diegenen die boven hen staan. Het is daarom van belang dat de leidinggevenden en het management het goede voorbeeld stellen.

Waardering

Waardering is van groot belang voor het realiseren van een gedragsverandering. De medewerker moet gestimuleerd worden en zich gesteund voelen in de gedragsverandering.¹⁰⁸ Hierbij is het relevant dat pogingen om te veranderen worden herkend en erkend. Ook al is de medewerker niet bij de eerste poging succesvol, hij heeft wel zijn best gedaan en dit verdient erkenning. Successen moeten worden gevierd. Dit kan onder andere door het complimenteren van deelname aan interventies en prestaties. Bijvoorbeeld: je kookt een gezonde maaltijd voor je gasten, waarna ze je bedanken voor het heerlijke eten. Dit bedankje vind je fijn. Wanneer iemand een aantal keren een compliment heeft gekregen voor het vertonen van bepaald gedrag, leert die persoon wat de omgeving prettig vindt en zal het gedrag eerder worden opgenomen in iemands routine.

6.2.2 Factoren op het niveau van de medewerker

Om een gedragsverandering succesvol te laten zijn, is het van belang aandacht te besteden aan een aantal factoren op het niveau van de medewerker:

- Commitment
- Motivatie
- Eigen effectiviteit.

Commitment

Commitment voor gedragsverandering is cruciaal om een interventie te laten slagen. Een manier om commitment van de medewerker te vergroten, is het aangaan van een 'psychologisch contract'. Dit is geen contract dat zwart op wit staat, maar een onderlinge afspraak die tussen de organisatie en de medewerker wordt gemaakt. Door van tevoren heldere afspraken te maken over de verwachtingen en verplichtingen rondom de interventie, weten beide partijen wat er van hen verwacht wordt en wanneer hieraan voldaan is. Deze helderheid werkt motiverend.

Motivatie

Om de gedragsverandering vol te kunnen houden, is het nodig de motivatie van de medewerker hoog te houden. Motivatie van de medewerker kan worden vergroot en in stand gehouden worden door een empathische, open houding, het laten blijken van waardering en het uitdagen van de medewerker om de positieve effecten van de gedragsverandering te zien door middel van positieve bekrachtiging.¹⁰⁹

Eigen-effectiviteit

Om een gedragsverandering te kunnen bewerkstelligen, is het noodzakelijk dat een medewerker gelooft dat hij dit ook daadwerkelijk kan (eigen-effectiviteit). Mensen die geloven dat ze een nieuwe gedraging kunnen aanleren, zullen sneller geneigd zijn deze te ontplooiën en door te zetten als het moeilijk wordt (zie kennisdossier [bevlogenheid](#)).¹¹⁰

6.2.3 Integraal pakket

Om een gedragsverandering succesvol te laten zijn, is het van cruciaal belang dat de persoon, de omgeving en het gedrag maximaal op elkaar worden afgestemd. De medewerker moet gemotiveerd zijn te veranderen en geloven dat hij de verandering ook daadwerkelijk kan volbrengen. Daarnaast is de omgeving van belang. Een werkgever kan binnen de organisatie een structuur en cultuur creëren waarin een gezonde leefstijl wordt bevorderd en de medewerker gestimuleerd en gesteund wordt te veranderen. Om een gedragsverandering echt succesvol te laten zijn, is ook sociale steun vanuit de privé-omgeving van belang.

6.3 Implementatie van beheersmaatregelen

Wanneer een leefstijlinterventie binnen een bedrijf wordt geïmplementeerd, is het van belang dit goed te doen. Uit onderzoek van [Durlan en DuPre](#) (2008) blijkt dat de implementatiefase van een interventie grote invloed heeft op het uiteindelijke succes van de interventie.¹¹¹ Een effectieve interventie in de

ene organisatie heeft niet vanzelfsprekend vergelijkbare effecten in een andere organisatie. Zorgvuldige implementatie en afstemming van de interventie op de doelgroep is noodzakelijk.

Het 'European Network for Workplace Health Promotion' heeft een aantal kwaliteitscriteria opgesteld voor goede gezondheidsbevordering op de werkplek.¹¹²

1. WHP should be a management responsibility with:
 - support and integration of management and executive staff
 - integration in company policy
 - provision of sufficient financial and material resources
2. Employee participation in planning and implementation of the WHP measures.
3. WHP should be based on a comprehensive understanding of health.
4. WHP should be based on accurate analysis and continually improved.
5. WHP should be professionally coordinated and information should be made available regularly to all the staff.
6. The benefits of WHP are evaluated and quantified on the basis of specific indicators.

Om goed te kunnen implementeren, is een aantal randvoorwaarden van belang. Deze worden hieronder kort besproken.

6.3.1 Randvoorwaarden op organisatieniveau

Voor elke organisatie is er een aantal factoren dat bijdraagt aan het succesvol implementeren van een interventie:

- Visie
- Draagvlak etc.

Visie

Het is belangrijk om als bedrijf uit te dragen dat een gezonde leefstijl belangrijk is. Dit kan door medewerkers in woord en daad te laten ervaren dat dit hoog op de agenda staat. Het opnemen van gezondheid/een gezonde leefstijl in de bedrijfsvisie of –kernwaarden kan hierbij helpen.

Draagvlak

Om een interventie te laten slagen, is het van belang dat de interventie draagvlak heeft in de organisatie. Management en leidinggevenden moeten achter de interventie staan en uitdragen dit echt belangrijk te vinden. Dit kan o.a. door het programma aan te laten sluiten bij de visie en kernwaarden van de organisatie, maar ook door het vertonen van voorbeeldgedrag en het uitdelen van complimenten (zie [hoofdstuk 6.2.1](#)).

Het is tevens van belang dat het programma draagvlak vindt onder de medewerkers. Dit kan worden vergroot door hen te betrekken bij het ontwerp en de implementatie van de interventie. Bijvoorbeeld door een aantal medewerkers op te nemen in de projectgroep die aan de slag gaat met het ontwikkelen van het programma, om zo het personeel te vertegenwoordigen of door een inventarisatie te houden onder de medewerkers om uit te zoeken waar zij écht behoefte aan hebben. Sommige bedrijven zoeken ambassadeurs voor de leefstijlinterventie in hun organisatie: medewerkers met een positieve houding die hun collega's proberen te enthousiasmeren.

Een andere manier om draagvlak onder medewerkers te vergroten is door positieve communicatie over de interventie. Deze communicatie dient plaats te vinden vanuit de organisatie (management, leidinggevenden en HR vervullen hierin een sleutelrol) en wordt verder versterkt als een aantal invloedrijke groepsleden (bijv. de OR/PV) ook positief communiceert over de interventie.¹¹³ Dit omdat medewerkers op deze manier via alle niveaus hetzelfde positieve geluid horen.

Communicatie

Het is van belang dat de communicatie rondom de leefstijlinterventie positief gericht is: niet 'van roken ga je dood.' Dit zaait angst en daar schieten mensen van in de weerstand, maar 'drie voordelen van stoppen met roken zijn een verbeterde longinhoud, een verbeterde conditie en een betere gezondheid'. Maak de informatie hierbij persoonlijk door het in de communicatie bijvoorbeeld te hebben over u/je/jij en niet over men. Zorg er verder voor dat de communicatie helder en duidelijk is: de boodschap moet eenduidig zijn en aansluiten bij het niveau van de medewerkers. Door op een positieve, persoonlijke en eenduidige manier te communiceren over leefstijlinterventies, zien medewerkers zo concreet mogelijk wat voor hun de voordelen van de interventie zijn. Dit werkt motiverend.

Coachend leiderschap

Het is belangrijk dat management en leidinggevendenden hun medewerkers op een coachende manier benaderen. Een coachende leidinggevende is betrokken bij zijn medewerkers, stimuleert hen het beste uit zichzelf te halen, richt zich op ontwikkeling en steunt medewerkers waar nodig. Door medewerkers op een coachende manier te benaderen worden ze uitgedaagd (nieuwe) taken en verantwoordelijkheden uit te voeren en wordt hun eigen-effectiviteit vergroot.¹¹⁴

6.3.2 Randvoorwaarden vanuit het thuisfront

Zoals beschreven in [hoofdstuk 1.2.1](#) is het volgens de sociale leertheorie van belang dat de gehele omgeving de gedragsverandering steunt, dus ook het thuisfront. De factoren voor het thuisfront zijn hetzelfde als voor de organisatie, alleen dan op een ander niveau.

Het is belangrijk dat het thuisfront een positief beeld heeft over de gedragsverandering en hier ook voor wil gaan (visie). Daarbij is draagvlak relevant. Ook thuis moet men met elkaar in gesprek gaan over het te veranderen gedrag en hoe ze dit willen gaan vormgeven.

Verder is positieve communicatie over de gedragsverandering belangrijk. Als er thuis alleen maar negatief gesproken wordt over de interventie, werkt dit erg demotiverend voor de medewerker. Ook een coachende benadering is van belang. De medewerker moet zich gesteund voelen en gestimuleerd worden het beste uit zichzelf te halen.

6.3.3 Integraal beeld

Bij het implementeren van een leefstijlinterventie gaat het altijd om het totaalplaatje. Zowel:

- De omgeving, als
- Het gedrag, als
- Het individu

moeten optimaal op elkaar worden afgestemd. De werkgever vervult hierin een faciliterende rol door interventies aan te bieden, medewerkers te stimuleren hun leefstijl te veranderen en hen op een coachende manier te ondersteunen waar nodig.

De medewerker zelf moet geïnteresseerd zijn echt te willen veranderen en heeft hierbij realistische doelen nodig. Verder moet er geloof in eigen kunnen zijn en moeten de interventies die worden ingezet, aansluiten bij het niveau van verandering waarin de medewerker zich bevindt (zie ook hoofdstuk 6.2.2).

Ten slotte dient ook de thuisomgeving van de medewerker bij te dragen aan de in te zetten gedragsverandering door het stimuleren van nieuwe gedragspatronen en het voorkomen van verval in oude gewoonten.

7. Medisch onderzoek

7.1 Gezondheidseffecten en beroepsziekten

Inleiding

Een ongezonde leefstijl is een risicofactor voor diverse chronische ziekten, zoals hart- en vaatziekten, diabetes en chronische nierschade. Hoe meer risicofactoren aanwezig zijn, hoe hoger het risico op deze ziekten die gepaard gaan met hoge kosten en een verminderde kwaliteit van leven.¹¹⁵

Onvoldoende Beweging

Regelmatige lichamelijke activiteit draagt positief bij aan de kwaliteit van leven en geeft diverse voordelen voor de gezondheid. Regelmatig matig intensief bewegen (voldoen aan de [Nederlandse Norm Gezond Bewegen](#)) verlaagt het risico op coronaire hartziekten, diabetes, depressie, botontkalking, dikke darmkanker en borstkanker. Intensief bewegen, zoals sport, bevordert bovendien de conditie van hart en longen. Ook voor mensen met een chronische ziekte is het van belang regelmatig te bewegen. Voldoende beweging heeft een gunstig effect op het verloop van diverse chronische ziekten.¹¹⁶

Langdurig stil zitten vormt een gezondheidsrisico. Het vergroot het risico op diabetes type 2, hart- en vaatziekten, overgewicht en waarschijnlijk ook het risico op kanker. Geschat wordt dat in Nederland zo'n 8.000 sterfgevallen vermeden kunnen worden als een zittende leefstijl omgebogen wordt naar voldoende beweging.^{117,118}

Roken

Ziekten en sterfte door roken

Roken is een belangrijke risicofactor voor diverse aandoeningen. Ten opzichte van niet-rokers verliezen rokers in Nederland gemiddeld 4,1 levensjaren en 4,6 gezonde levensjaren.¹¹⁹ In vergelijking met andere risicofactoren is het verlies aan levensjaren voor roken het grootst. Roken is verantwoordelijk voor 85% van de sterfgevallen door longkanker. Daarnaast vormt roken een belangrijke risicofactor voor COPD en coronaire hartaandoeningen.¹²⁰ Stoppen met roken leidt direct tot een bloeddrukdaling en binnen 24 uur daalt de kans op een hartinfarct. Vijftien jaar nadat iemand gestopt is met roken, is de kans op een hartinfarct vergelijkbaar aan die van iemand die nooit gerookt heeft.¹²¹

Niet-rokers die worden blootgesteld aan de rook van anderen (passief roken) hebben ook een verhoogd gezondheidsrisico. Zo neemt het risico op longkanker met 20% tot 30% toe ten opzichte van mensen die niet 'mee-roken',¹²² en is het risico op hart- en vaatziekten door roken naar schatting 20% tot 30% verhoogd.¹²³

Alcohol

Uit berekeningen met het [Chronisch Ziekten Model](#) blijkt dat mensen die overmatig alcohol drinken 0,6 levensjaren en 0,9 gezonde levensjaren verliezen.¹²⁴ Alcoholgebruik is van invloed op bijna alle organen en overmatig alcoholgebruik hangt samen met diverse aandoeningen.¹²⁵ Hieronder vallen zowel chronische als acute aandoeningen (onder meer coronaire hartziekten, diabetes mellitus type II en dementie).

Ongezonde Voeding

Door een combinatie van gezonde voeding, voldoende beweging en een gezond gewicht kan naar schatting een kwart van alle kankers en hart- en vaatziekten worden voorkomen.¹²⁶ Diverse onderzoeken laten zien dat het eten van voldoende groente, fruit en vezelrijke graanproducten het risico op hart- en vaatziekten en sommige vormen van kanker vermindert.¹²⁷

Gebrek aan ontspanning

De psychische gevolgen van (werk)stress zijn terug te vinden in het kennisdossier en de richtlijn [Werkdruk](#).¹²⁸ Op basis van recente wetenschappelijke publicaties is bekend dat spanningsklachten en onvoldoende herstel mogelijkheden de toekomstige kans op hart- en vaatziekten verhogen.^{129, 130} Virtanen en collega's (2012) toonden in een uitgebreid literatuuronderzoek bijvoorbeeld aan dat lange werkdagen leiden tot een toename van ongeveer 40% in risico op coronaire hartaandoeningen.

Onvoldoende Bewegen en ongezonde Voeding: ongezond gewicht

Uit onderzoek blijkt dat overgewicht kan leiden tot verschillende gezondheidsproblemen: diabetes (suikerziekte); verhoogd cholesterolgehalte; hoge bloeddruk; klachten aan knieën, heupen, lage rugpijn, jicht; kortademigheid en slaapstoornissen. Bovendien verhogen een verhoogd cholesterol, bloeddruk en diabetes het risico op hart- en vaatziekten en versterken deze risicofactoren elkaar.¹³¹

7.2 Diagnostiek en behandeling/begeleiding

De diagnostiek van leefstijlfactoren en de gevolgen daarvan vindt in de werkomgeving meestal plaats via preventief medisch onderzoek (zie hoofdstuk 7.4). De behandeling en begeleiding bestaat uit (leefstijl)interventies. Zie hoofdstuk 6.1.2 voor een beschrijving van leefstijlinterventies.

7.3 Kwetsbare groepen en aanstellingskeuring

Preventieparadox

Preventie van ziekte richt zich veelal op degenen die een hoog risico op de ziekte hebben. De [preventieparadox](#) is het fenomeen dat de meeste mensen die een ziekte zullen krijgen geen duidelijk verhoogd risico hebben. Daarom is meestal meer winst voor de volksgezondheid te behalen door in de gehele bevolking het risico weinig te verlagen dan door interventies die het risico bij mensen met een hoog risico veel verlagen.¹³² Ook in een bedrijf is het een belangrijke afweging: Vaak wordt een

gecombineerde aanpak gehanteerd die zich richt op medewerkers met een verhoogd risico (high-risk aanpak) alsmede op alle medewerkers door het faciliteren van gezond gedrag.

Aanstellingskeuringen

Aanstellingskeuringen in relatie tot leefstijlfactoren zijn alleen toegestaan, als de functie speciale eisen stelt aan die belastbaarheid. In de Leidraad Aanstellingskeuringen blijkt dat dit het geval is bij functies waarbij verhoogde waakzaamheid en oordeelsvermogen tot de functie-eisen behoort.¹³³

Aanstellingskeuringen mogen niet gebruikt worden om de kwetsbaarheid van werknemers op het gebied van leefstijlfactoren te screenen. Bovendien staat in het Besluit aanstellingskeuringen (art. 3 lid 1) dat er pas een aanstellingskeuring mag worden verricht wanneer de risico's voor de gezondheid en veiligheid niet met gangbare maatregelen gereduceerd kunnen worden.

Intredeonderzoek

Een intrede-onderzoek vindt, in tegenstelling tot de aanstellingskeuring, plaats na de aanstelling en heeft tot doel: het vastleggen van een uitgangssituatie, kennismaking met de bedrijfsarts en arbodienst, mogelijkheid tot het geven van voorlichting etc. Afwijkend en essentieel onderscheidend ten opzichte van de aanstellingskeuring is het feit dat de werkgever geen uitslag ontvangt van het intrede-onderzoek, en dat dit onderzoek geen rol speelt bij het besluit over de aanstelling. In dit onderzoek kunnen screeningsinstrumenten gericht op (de kwetsbaarheid voor) leefstijlfactoren zoals bij het preventief medisch onderzoek ingezet worden.¹³⁴

7.4 Preventief medisch onderzoek inclusief vroegdiagnostiek

Preventief onderzoek

Het preventief medisch onderzoek (PMO) kent drie kerndoelen:¹³⁵

1. Preventie van beroepsziekten en arbeidsgebonden aandoeningen bij individuele en groepen werknemers;
2. Bewaken en bevorderen van de gezondheid van individuele en groepen werknemers in het werk;
3. Bewaken en verbeteren van het functioneren en de inzetbaarheid van individuele werknemers

Meestal betreft het vrijwillig arbeidsgezondheidskundig onderzoek bedoeld in artikel 18 van de Arbowet of in diverse bepalingen van het Arbobesluit. Maar het preventief medisch onderzoek omvat ook onderzoek waaraan de werknemer zich **moet** onderwerpen op grond van wet- en regelgeving buiten de Arbowet (bijvoorbeeld de Wet Luchtvaart, het Besluit Personenvervoer, de Spoorwegwet, het Besluit Stralingsbescherming). In de wet- en regelgeving zijn geen verplichte keuringen in relatie tot leefstijlfactoren opgenomen.

Screening

Voor vroegdiagnostiek (screening) is sinds 2011 het PreventieConsult Cardiometabool Risico (PC CMR) beschikbaar voor het opsporen van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten,¹³⁶ diabetes of nierschade (gezondheidsrisico's van leefstijlfactoren). Bedrijfsartsen kunnen het PreventieConsult CMR uitvoeren als onderdeel van het PMO en daarbij gebruik maken van de websites www.testuwrisico.nl en www.testuwleefstijl.nl.

Signalering

Voor het cardiometabool risico op onder andere hart- en vaatziekten en chronische nierziekten) zijn er aanwijzingen dat werkstress en ploegendienst risicofactoren zijn. Voor de signalering van deze werkgerelateerde factoren, heeft de NVAB in samenwerking met het Coronelinstituut (AMC) een vragenlijst ontwikkeld met vragen over werkdagen en werktijden¹³⁷ en met betrouwbare en gevalideerde vragenlijsten ten aanzien van stresssymptomen en herstelmogelijkheden.^{138,139}

Aanvullend onderzoek

Bij werknemers van wie de resultaten bij screenings- of signaleringsonderzoek daarvoor aanleiding geven, vindt aanvullend onderzoek plaats. Als de bedrijfsarts dat niet zelf kan, wordt de werknemer daarvoor verwezen naar de huisarts.

Individuele interventies

In het kader van het Periodiek Medisch Onderzoek kunnen interventies gericht zijn op functioneel herstel van gezondheidsklachten of aandoeningen, bijvoorbeeld behandelen van hoge bloeddruk of suikerziekte. Ook kunnen ze gericht zijn op het veranderen van de leefstijl.

Groepsinterventies

Van de onderzoeken worden groepsanalyses en groepsrapportages opgesteld. De groepsinterventies kunnen gericht zijn op veranderen van (werkgerelateerde) risicofactoren op het gebied van leefstijl. Voor de eisen die hieraan gesteld moeten worden zie pag 10 van de [Leidraad](#) PMO van de NVAB.¹⁴⁰

8. Werkgeversverplichtingen

Zoals in hoofdstuk 4.1 aangegeven heeft de werkgever op grond van de Arbowet (art 3.1 en 3.2) een zeer ruime verplichting om beleid te voeren gericht op een goede zorg voor de veiligheid en gezondheid van zijn werknemers. Bovendien zijn er allerlei specifiekere voorschriften, deels op grond van wettelijk bepalingen (Arbowet, Arbobesluit, Arboregelingen), deels door branche-specifieke afspraken (Arboconvenant, arbocatalogus, CAO). Zie hiervoor verder hoofdstuk 4 en 5.

9. Werknemersverplichtingen

Als uitvloeisel van artikel 11 van de Arbowet heeft de werknemer de plicht om zich bij zijn werk zoveel als mogelijk te zorgen voor de veiligheid en gezondheid van zichzelf en zijn collega's. Voorwaarde daarvoor is wel dat het bedrijf dat voldoende via instructies en voorlichting heeft duidelijk gemaakt.

Als uitvloeisel van artikel 7.629 lid 3 van het Burgerlijk Wetboek verliest een medewerker zijn recht op loon bij ziekte als de medewerker door de ziekte (tijdelijk) arbeidsongeschikt is geworden en de ziekte door hem zelf is veroorzaakt. De vraag is nu wanneer daar sprake van is als de werknemer er een ongezonde leefstijl op na houdt, en bijvoorbeeld vanaf hoeveel overgewicht. In twee uitspraken naar aanleiding van de vraag of een werknemer ontslagen mag worden op basis van morbide obesitas (BMI > 40 kg/m²) concluderen kantonrechters dat het een chronische ziekte is.¹⁴¹ Artikel 4 (wet gelijke behandeling op grond van een handicap of chronische ziekte) is het aanknopingspunt bij dergelijke arbeidskwesties.

Daarnaast is in artikel 7.611 van het Burgerlijk Wetboek vastgelegd dat een werknemer zich als een goed werknemer moet gedragen. Bijvoorbeeld mag een werknemer redelijke voorstellen van zijn werkgever, verband houdend met gewijzigde omstandigheden op zijn werk, alleen afwijzen wanneer aanvaarding daarvan redelijkerwijs niet van hem kan worden gevergd (uitspraak Hoge Raad bij Taxi Hofman arrest). Het lijkt voor de hand te liggen dat als een medewerker niet voldoende meewerkt aan maatregelen gericht op duurzame inzetbaarheid, deze medewerker daarom aangesproken kan worden op nalatigheid wat betreft goed werknemerschap. Die maatregelen kunnen ook betrekking hebben op zijn leefstijl.

10. Werknemersrechten

10.1 Rechten individuele werknemer

Mag de werknemer van zijn baas eisen dat deze een gezonde leefwijze promoot? VNO-NCW denkt van niet. De werkgevers adviseren in de brochure Dik is duur.¹⁴² Verder is de werkgever niet verplicht te waarschuwen tegen de gevolgen van een ongezonde leefstijl. Nederlandse rechters hebben meermaals geoordeeld dat voor algemeen bekende gevaren, waarmee men ook thuis in aanraking kan komen, niet hoeft te worden gewaarschuwd.

10.2 Rechten medezeggenschaporgaan

Basis voor de voor arbo- en verzuim beleid relevante wettelijke rechten van de medezeggenschapsorgaan zijn artikel 27 (inspraakrecht) en 28 (overleg- en initiatiefrecht) van de Wet op de Ondernemingsraad (OR). Dit geldt ook voor personele regelingen op het gebied van

gezondheidsbevordering. Voor bevorderen van een gezonde leefstijl zijn er verder geen specifieke zaken van toepassing.

11. Praktijkverhalen

Op de website www.duurzameinzetbaarheid.nl zijn 101 praktijkverhalen te vinden waarin succesvolle interventies rondom leefstijl worden beschreven.¹⁴³ De verhalen zijn te filteren op verschillende thema's: organisatie, betrokkenheid, gezondheid, ontwikkeling en APK.

IHC Merwede

Een van de bedrijven die zijn verhaal doet op deze website is IHC Merwede, wereldleider in de maritieme bouwsector. Zij is sinds een aantal jaar bezig met het beschikbaar stellen van leefstijlinterventies voor medewerkers. Hiervoor is een gezondheidsmanager aangesteld die samen met andere relevante partijen (HR, arbodienst, OR, etc) heeft gekeken waar echt behoefte aan was binnen IHC Merwede.

Op basis hiervan zijn diverse vitaliteitsprogramma's uitgerold en is met medewerkers gekeken welk programma het beste bij hem of haar past. Zo is er een fitnesscentrum ingericht binnen het bedrijf voor hen die meer willen bewegen, maar is er ook aandacht voor stoppen met roken, gezonde voeding en de werk/privé balans. Door het aangaan van de dialoog heeft IHC Merwede veel medewerkers geïnspireerd en gemotiveerd hun leefgewoonten (verder) te verbeteren. Dit heeft als resultaat dat medewerkers actief bezig zijn met hun leefstijl, het ziekteverzuim is gedaald, medewerkers meer betrokken zijn bij hun werk.

Gewichtsreductie bij de brandweer

De VRR-brandweer Rotterdam heeft de afgelopen jaren een gewichtsreductieproject uitgevoerd. Het project was gericht op mensen die minstens 15 kilogram overgewicht hadden. In totaal deden 60 mensen mee.

Met de medewerker en leidinggevende werd een contract opgesteld, waarbij de medewerker 100 euro inlegde en waarbij reductie naar een BMI van 25 kg/m² werd afgesproken. De tegenprestatie was een begeleidingsprogramma van 9 maanden, waarbij trainingsbegeleiding, blessurepreventie en eventuele behandeling, voedingscounseling en metingen werden verricht. Indien de medewerker alle sessies had bijgewoond en enig effect had bereikt, maar niet het streefgewicht, dan kreeg hij aan het eind de 100 euro terug. Als iemand het streefgewicht had bereikt, dan kreeg hij 200 euro, dus 100 euro bonus. Als hij 2 jaar later nog steeds het streefgewicht had, werd hij voorgedragen voor een gratificatie van 200 euro.

Het bleek een effectief project voor de individuele medewerkers. Ongeveer de helft van de medewerkers bereikte het streefgewicht. Een kwart van de deelnemers haalde weliswaar niet de vereiste gewichtsreductie, maar vielen wel de helft ervan af.

Een spin off van het project was dat in het bedrijf het besef ontstond dat ongebreidelde gewichtstoename niet past in de kernwaarde van het bedrijf, namelijk dat de burger belastinggeld betaalt voor een topfitte brandweerman. Leidinggevendenden gingen dit meer benoemen en in de collegiale sfeer spraken mensen elkaar meer aan op de gevaarsaspecten van slechte conditie en verminderde inzetbaarheid. Het bewustzijn dat overgewicht op de langere termijn gevolgen heeft voor de inzetbaarheid nam toe.

Via onderstaande links zijn nog meer praktijkverhalen te vinden:

- Models of good practice van 'the European Network of Workplace Health Promotion':¹⁴⁴
- <http://www.enwhp.org/good-whp-practice/methods-tools-mogp/model-of-good-practice/models-of-good-practice-by-country.html>
- BRAVOtheek:¹⁴⁵
- <http://www.nisb.nl/index.php?p=578678>

12. Referenties

- ¹ Wendel-Vos GCW. Wat is lichamelijke activiteit? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2013. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/lichamelijke-activiteit/wat-is-lichamelijke-activiteit/>
- ² Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen. www.30minutenbewegen.nl
- ³ Katzmarzyk PT, Church TS, Craig CL, Bouchard C. Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. *Med Sci Sports Exerc* 2009;41:998-1005. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19346988>
- ⁴ Zantinge EM (red.). Wat is roken? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven; 2011. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/wat-is-roken/>
- ⁵ Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2006 – achtergronddocument. Den Haag: Gezondheidsraad; 2006. <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/200621N.pdf>
- ⁶ Nederlands huisartsen genootschap. Problematisch alcoholgebruik; 2005 <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/problematisch-alcoholgebruik>
- ⁷ Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2006 – achtergronddocument. Den Haag: Gezondheidsraad; 2006. <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/200621N.pdf>
- ⁸ Voedingscentrum. <http://www.voedingscentrum.nl/nl/schijf-van-vijf/schijf.aspx>
- ⁹ The IPD-Work Consortium. Job strain as a risk factor for leisure-time physical inactivity: an individual-participant meta-analysis of up to 170,000 men and women. *Am J Epidemiol* 2012;176:1078-1089. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23144364>
- ¹⁰ Solovieva S, Lallukka T, Virtanen M, Viikari-Juntura E. Psychosocial factors at work, long work hours, and obesity: a systematic review. *Scand J Work Environ Health* 2013;39:241-58. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23592217>
- ¹¹ Brunner EJ, Chandola T, Marmot MG. Prospective effect of job strain on general and central obesity in the Whitehall II Study. *Am J Epidemiol* 2007;165:828-37. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17244635>
- ¹² Tweehuysen H. Kennisdossier Werkdruk, 2013. http://www.arbokennisnet.nl/images/dynamic/Dossiers/PSA/D_Werkdruk.pdf
- ¹³ Notenbomer K, Coffeng P, Gort J, Agterberg H. Kennisdossier werk- en rusttijden, 2013. http://www.arbokennisnet.nl/images/dynamic/Dossiers/Werk_rusttijden/D_Werk-_en_rusttijden.pdf
- ¹⁴ Visscher TLS, Bakel AM van, Zantinge EM. Overgewicht: Hoe wordt het gemeten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/wat-is-overgewicht-en-hoe-meet-je-het/>
- ¹⁵ Hartstichting. <http://www.hartstichting.nl/risicofactoren/overgewicht/middelomtrek/>
- ¹⁶ Eysink PED, Hamberg-van Reenen, Lambooi MS. Leefstijl en arbeid in balans. Een literatuurstudie naar de invloed van leefstijlfactoren en (sub)cultuur op gezondheid, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en productiviteit. Bilthoven: RIVM; 2008. <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270254001.pdf>
- ¹⁷ Mackenbach JP, Burdorf A. De invloed van gezondheid op vervroegde uittreding uit het arbeidsproces. In: Publieke gezondheid. Achtergrondstudies. Rijswijk: Quantes, 2006. rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudies_-_Publieke_gezondheid.pdf
- ¹⁸ Robroek SJW, Reeuwijk KG, Hillier FC, Bamba CL, van Rijn RM, Burdorf A. The contribution of overweight, obesity and lack of physical activity to exit from paid employment: a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health* 2013;39:233-240. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23460255>
- ¹⁹ Alavinia SM, Van den Berg TI, Van Duivenbooden C, Elders LA, Burdorf A. Impact of work-related factors, lifestyle, and work ability on sickness absence among Dutch construction workers. *Scand J Work Environ Health* 2009;35:325-33. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19554244>
- ²⁰ Neovius K, Johansson K, Kark M, Neovius M. Obesity status and sick leave: a systematic review. *Int J Obes* 2009;33:807-16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18778315>
- ²¹ Robroek SJW, Van den Berg TIJ, Plat JF, Burdorf A. The role of obesity and lifestyle behaviours in a predictive workforce. *Occup Environ Med* 2011;68:134-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20876556>
- ²² Van Duivenbode DC, Hoozemans MJ, Van Poppel MN, Proper KI. The relationship between overweight and obesity, and sick leave: a systematic review. *Int J Obes* 2009;33:807-16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19528969>

-
- ²³ Proper KI, Staal BJ, Hildebrandt VH, Van der Beek AJ, Van Mechelen W. Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes. *Scand J Work Environ Health* 2002;28:75-84. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12019591>
- ²⁴ Robroek SJW, Schuring M, Croezen S, Stattin M, Burdorf A. Poor health, unhealthy behaviours and unfavourable work characteristics influence pathways of exit from paid employment among older workers in Europe. *Scand J Work Environ Health* 2013;39:125-133. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22949091>
- ²⁵ Holtermann A, Hansen JV, Burr H, Søgaard K, Sjøgaard G. The health paradox of occupational and leisure-time physical activity. *Br J Sport Med* 2012;46:291-5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21459873>
- ²⁶ Burdorf A, Van den Berg T, Elders L. De invloed van gezondheid en arbeidsomstandigheden op duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers. Literatuur- en programmaverkenningen participatie en gezondheid – thema 6 Participatie en gezondheid in relatie tot ouderen en hun arbeidsproductiviteit. Rotterdam, 2008. [http://www.zonmw.nl/nl/publicaties/?no_cache=1&tx_vipublicaties_pi1\[action\]=details&tx_vipublicaties_pi1\[id\]=380&cHash=110604466a3d2fbad1c7f13a3d163d8b](http://www.zonmw.nl/nl/publicaties/?no_cache=1&tx_vipublicaties_pi1[action]=details&tx_vipublicaties_pi1[id]=380&cHash=110604466a3d2fbad1c7f13a3d163d8b)
- ²⁷ Robroek SJW, Van den Berg TIJ, Plat JF, Burdorf A. The role of obesity and lifestyle behaviours in a predictive workforce. *Occup Environ Med* 2011;68:134-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20876556>
- ²⁸ Laaksonen M, Piha K, Martikainen P, Rahkonen O, Lahelma E. Health-related behaviours and sickness absence from work. *Occup Environ Med* 2009;66:840-847. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19934118>
- ²⁹ Laine S, Gimeno D, Virtanen M, Oksanen T, Vahtera J, Elovainio M, Koskinen A, Pentti J, Kivimäki M. Job strain as a predictor of disability pension; The Finnish Public Sector Study. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:24-30. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18768568>
- ³⁰ Mackenbach JP, Van der Maas PJ. Volksgezondheid en gezondheidszorg, 3^e druk. Maarsse: Elsevier gezondheidszorg; 2004
- ³¹ Bartolomew, L.K, Parcel, GS, Kok, G, Gottlieb, NH. Intervention Mapping – designing theory- and evidence-based health promotion programs. New York: McGraw-Hill Companies; 2001.
- ³² Preventie Effectmanagement Instrument (PREFFI). www.preffi.nl
- ³³ Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen. <http://tools.nisb.nl/bravokompas>
- ³⁴ Centrum Gezond Leven. Gezond Werk: maak werk van gezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. http://toolkits.loketgezondleven.nl/site_files/php/download.php?location=gezond_werk&file=factsheet-gezond-werk-kleur-hr.pdf
- ³⁵ Brauer JR, Tittle CR. Social learning theory and human reinforcement. *Sociological Spectrum, Mid-South Sociological Association* 2012;32:157-177. http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02732173.2012.646160#.Ut_XnhDb9hE
- ³⁶ Zelfregie.com <http://www.zelfregie.com/?page=theorie>
- ³⁷ Prochaska JO, en DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-395.
- ³⁸ Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO. Stages of change. *J Clin Psychol* 2011; 67:143-154. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21157930>
- ³⁹ Littell JH, Girvin H. Stages of change. A critique. *Behav Modif* 2002;26:223-73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11961914>
- ⁴⁰ Robroek SJW, Burdorf A, Beumer P, van der Sluis S, Weel A. Kennisdossier Duurzame inzetbaarheid, 2011. http://www.arbokennisnet.nl/images/dynamic/Dossiers/Duurzame_inzetbaarheid/D_Duurzame_Inzetbaarheid.pdf
- ⁴¹ Robroek SJW, Burdorf A, Beumer P, van der Sluis S, Weel A. Kennisdossier Duurzame inzetbaarheid, 2011. http://www.arbokennisnet.nl/images/dynamic/Dossiers/Duurzame_inzetbaarheid/D_Duurzame_Inzetbaarheid.pdf
- ⁴² Booker L, Mullan B. Using the temporal self-regulation theory to examine the influence of environmental cues on maintaining a healthy lifestyle. *Br J Health Psychol* 2013;18:745-762. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23279265>
- ⁴³ Robroek SJW, Van de Vathorst S, Hilhorst MT, Burdorf A. Moral issues in workplace health promotion. *Int Arch Occup Environ Health* 2012;85:327-331. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21710278>

- ⁴⁴ Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG (red.). Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter. RIVM-rapport nr. 270061006. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2010. http://www.vtv2010.nl/object_binary/o9228_RIVM02-Gezondheid-en-determinanten-VTV-2010.pdf
- ⁴⁵ Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M *et al.* Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;358:2468–81. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18525043>
- ⁴⁶ Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Statline. <http://statline.cbs.nl/statweb/>
- ⁴⁷ Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Statline. <http://statline.cbs.nl/statweb/>
- ⁴⁸ Van Rossum CTM, Fransen HP, Verkaik-Kloosterman J, Buurma-Terhans EJM, Ocke MC. Dutch National Food Consumption Survey 2007-2010. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2011. <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/350050006.pdf>
- ⁴⁹ Hildebrandt VH, Bernaards CM, Stubbe JH. Trendrapport bewegen en gezondheid 2010/2011. Leiden: TNO; 2013. https://www.tno.nl/downloads/trendrapport_bewegen_gezondheid_2010_2011.pdf
- ⁵⁰ Stivoro. Kerncijfers roken in Nederland 2012. Een overzicht van recente Nederlandse basisgegevens over rookgedrag. Den Haag: Stivoro; 2013. <http://stivoro.nl/wp-content/uploads/factsheets/20130419%20Kerncijfers%20roken%20in%20Nederland%202012.pdf>
- ⁵¹ Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Statline. <http://statline.cbs.nl/statweb/>
- ⁵² Asscher LF. Kamerbrief betreft hoofdlijnen aanpak psychosociale arbeidsbelasting. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid; 2013. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/12/20/kamerbrief-hoofdlijnen-aanpak-psychosociale-arbeidsbelasting.html>
- ⁵³ Verweij A, Iedema P. Werkplek: Wat zijn de effecten?: In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2006. http://www.nationaalkompas.nl/preventie/in-verschillende-settings/werkplek/wat-zijn-de-effecten/#reference_5583#reference_5583
- ⁵⁴ Van der Kemp S, Engelen M. Arbobeleid of preventiecultuur? Een onderzoek naar de aard en omvang van het arbo-preventiebeleid in grote ondernemingen. Leiden: Research voor Beleid; 2004. http://docs.szw.nl/pdf/129/2004/129_2004_3_6821.pdf
- ⁵⁵ Simons M, Bernaards C, Hildebrandt VH. Dip in aantal bedrijven data aan beweegstimulering doet. Leiden: TNO; 2011. <http://www.arboonline.nl/Uploads/2011/1/Dip-in-aantal-bedrijven-met-bewegingsactiviteiten-submissie.pdf>
- ⁵⁶ Koppes LLJ, de Vroome EMM, Mars GMJ, Janssen BJM, van Zwieten MHJ, van den Bossche SNJ. Nationale Enquete Arbeidsomstandigheden 2012. Hoofddorp: TNO. <http://www.monitorarbeid.tno.nl/publicaties/nea-2012>
- ⁵⁷ Simons M, Bernaards C, Hildebrandt VH. Dip in aantal bedrijven data aan beweegstimulering doet. Leiden: TNO; 2011. <http://www.arboonline.nl/Uploads/2011/1/Dip-in-aantal-bedrijven-met-bewegingsactiviteiten-submissie.pdf>
- ⁵⁸ Hildebrandt VH, Bongers PM, Dul J, van Dijk FJ, Kemper HC. The relationship between leisure time, physical activities. *Int Arch Occup Environ Health* 2000;73:507-518. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11100945>
- ⁵⁹ Holtermann A, Hansen JV, Burr H, Søgaard K, Sjøgaard G. The health paradox of occupational and leisure-time physical activity. *Br J Sport Med* 2012;46:291-5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21459873>
- ⁶⁰ Tweehuysen H. Kennisdossier Werkdruk, 2013. http://www.arbokennisnet.nl/images/dynamic/Dossiers/PSA/D_Werkdruk.pdf
- ⁶¹ Tweehuysen H. Kennisdossier Werkdruk, 2013. http://www.arbokennisnet.nl/images/dynamic/Dossiers/PSA/D_Werkdruk.pdf
- ⁶² Bernaards CM, Meurs T. Vergelijkingsonderzoek vragenlijsten leefstijl, gezondheid en vitaliteit. Leiden: TNO, KvL/GB 2009.078; 2009. <http://gezondinbedrijf.com/assets/files/Pieter%20Iedema%20Health%20Checks%20vragenlijsten%20-%20CB2.pdf>
- ⁶³ International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). <http://www.ipaq.ki.se/ipaq.htm>
- ⁶⁴ Wendel-Vos W, Schuit J. SQUASH. Short QUestionnaire to ASsess Health enhancing physical activity. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2004. <http://smile-research.unimaas.nl/SMILE-CMS/1260-SMILE/version/1/part/6/data/handleiding%20squash%20juli%2020041.doc?branch=main&language=default>
- ⁶⁵ Richtlijn werkdruk: Bakker, A.B., Oerlemans, W.G.M., Van Vuuren, T., Van Veldhoven, M., Van

-
- Bekum, P., Van Lith, P.M.P., Siegert, H., Tweehuysen, H., Van der Velde, C., & Wichgers-van Alst (2013). Multidisciplinaire Richtlijn Werkdruk. NVAB, Utrecht.
<http://nvab.artsennet.nl/Richtlijnen/NVABrichtlijnen-en-procedurele-leidraden/Richtlijn-Werkdruk.htm>
- ⁶⁶ Proper KI, Bakker I, van Overbeek K, Bergstra B, Verheijden MW, Hopman-Rock M, van Mechelen W. Naar een gericht BRAVO-beleid door bedrijfsartsen. Amsterdam: Body@Work TNO-VUmc.
<http://kic.nisb.nl/site/catalogus/show/5824>
- ⁶⁷ Robroek SJW, van Lenthe FJ, van Empelen P, Burdorf A. Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Activity* 2009;6:26.
<http://www.ijbnpa.org/content/6/1/26>
- ⁶⁸ Bernaards CM, Engbers LH, Hildebrandt VH. Bedrijfsbewegingsprogramma's: Wie doet er mee, hoe frequent en hoe lang? Leiden: TNO, KvL/B&G 2008.064; 2008. https://www.tno.nl/downloads/TNO-KvL_Rapport_%20participatie%20bedrijfsbewegingsprogramma's.pdf
- ⁶⁹ Overheid.nl. Wet- en regelgeving. <http://wetten.overheid.nl>
- ⁷⁰ Overheid.nl. Wet- en regelgeving. <http://wetten.overheid.nl>
- ⁷¹ Overheid.nl. Wet- en regelgeving. <http://wetten.overheid.nl>
- ⁷² Trimbos instituut, Rokeninfo. www.rokeninfo.nl
- ⁷³ EUR-Lex. De toegang tot het recht van de Europese Unie. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:NL:HTML>
- ⁷⁴ Arbocatalogus contactcenters. <http://arbocataloguscontactcenters.nl/hoofdstuk-2/>
- ⁷⁵ SZW Arboportaal.nl. www.arboportaal.nl
- ⁷⁶ CAO web. www.caoweb.nl
- ⁷⁷ Convenant gezond gewicht 2010-2014. Deelconvenant werk.
http://www.convenantgezondgewicht.nl/download/43/43_deelconvenant_werk_def_16112009.pdf
- ⁷⁸ Verweij LM. Occupational health guideline for preventing weight gain among employees: a (cost-)effectiveness study. Amsterdam: VUmc, 2012. <http://dare.uvu.vu.nl/handle/1871/38336>
- ⁷⁹ Loketgezondleven.nl. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
<http://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/>
- ⁸⁰ Hutchinson AD, Wilson C. Improving nutrition and physical activity in the workplace: a meta-analysis of intervention studies. *Health Promot Int* 2012;27:238-249.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21733915>
- ⁸¹ Conn VS, Hafdahl AR, Cooper PS, Brown LM, Lusk SL. Meta-analysis of workplace physical activity interventions. *Am J Prev Med* 2009;37:330-339. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19765506>
- ⁸² Anderson LM, Quinn TA, Glanz K Ramirez G, Kahwati LC, Johnson DB, Buchanan LR, Archer WR, Chattopadhyay S, Kalra GP, Katz DL, TaskForce on Community Preventive Service. *Am J Prev Med* 2009;37:340-357. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19765507>
- ⁸³ Groeneveld IF Proper KI, van der Beek AJ, Hildebrandt VH, van Mechelen W. Lifestyle-focused interventions at the workplace to reduce the risk of cardiovascular disease- a systematic review. *Scand J Work Environ Health* 2010;36:202-215. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20066386>
- ⁸⁴ Ni Mhurchu C, Aston LM, Jebb SA. Effects of worksite health promotion interventions on employee diets: a systematic review. *BMC Public Health* 2010;10:62.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20146795>
- ⁸⁵ Maes L, van Cauwenberghe E, van Lippevelde W, Spittaels H, de Pauw E, Oppert JM, van Lenthe FJ, Brug J, de Bourdeaudhuij I. Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating: a systematic review. *Eur J Public Health* 2012;22:677-83.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21785115>
- ⁸⁶ Rongen A, Robroek SJW, van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. *Am J Prev Med* 2013; 44:406-15. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23498108>
- ⁸⁷ Vuillemin A, Rotami C, Maes L, van Cauwenberghe E, van Lenthe FJ, Brug J, de Bourdeaudhuij I, Oppert JM. Worksite physical activity interventions and obesity: a review of European studies (the HOPE project). *Obes Facts* 2011;4:479-88. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22249000>
- ⁸⁸ Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving herziening 2009. Den Haag: Partnership Stop met Roken; 2009.
<http://www.diliguide.nl/document/2027/file/pdf/%E2%80%8E>
- ⁸⁹ Van den Berg M, Schoemaker CG (red.). Effecten van preventie. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter. RIVM-rapport nr. 270061007. Bilthoven: Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2010.
http://www.vtv2010.nl/object_binary/o9241_Rivm03-Effecten-van-preventie-VTV-2010.pdf
- ⁹⁰ Van den Berg M, Schoemaker CG (red.). Effecten van preventie. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter. RIVM-rapport nr. 270061007.

Bilthoven: Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2010.

http://www.vtv2010.nl/object_binary/o9241_Rivm03-Effecten-van-preventie-VTV-2010.pdf

⁹¹ Loketgezondleven.nl. STIMEDIC stoppen met roken Basis. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Loketgezondleven.nl. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/>

⁹² Motivational interviewing. http://www.motivationalinterview.nl/CMC/MI_MGV.html

⁹³ Proper KI, Bakker I, van Overbeek K, Bergstra B, Verheijden MW, Hopman-Rock M, van Mechelen W. Naar een gericht BRAVO-beleid door bedrijfsartsen. Amsterdam: Body@Work TNO-VUmc. <http://kic.nisb.nl/site/catalogus/show/5824>

⁹⁴ Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en Trimbos-instituut. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. Utrecht: Trimbos instituut; 2009. <http://www.ggzrichtlijnen.nl/uploaded/docs/12706-Richtlijn%20Alcohol.pdf>

⁹⁵ Kaner EF, Dickinson HO, Bever F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, Saunders JB, Burnand B, Heather N. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev* 2009;28:301-323. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19489992>

⁹⁶ Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytical review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2002;97:279-292. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11964101>

⁹⁷ Maes L, van Cauwenberghe E, van Lippevelde W, Spittaels H, de Pauw E, Oppert JM, van Lenthe FJ, Brug J, de Bourdeaudhuij I. Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating: a systematic review. *Eur J Public Health* 2012;22:677-83. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21785115>

⁹⁸ Schroer S, Haupt J, Pieper C. Evidence-based lifestyle interventions in the workplace – an overview. *Occup Med* 2014;64:8-12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24280187>

⁹⁹ Groeneveld IF Proper KI, van der Beek AJ, Hildebrandt VH, van Mechelen W. Short and long term effects of a lifestyle intervention for construction workers at risk for cardiovascular disease: a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2011;11:836. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22040007>

¹⁰⁰ Schroer S, Haupt J, Pieper C. Evidence-based lifestyle interventions in the workplace – an overview. *Occup Med* 2014;64:8-12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24280187>

¹⁰¹ STECR expertisecentrum participatie. STECR Werkwijzer overgewicht en obesitas. Utrecht: STECR; 2012. <http://www.stecr.nl/werkwijzers/overgewicht-en-obesitas>

¹⁰² Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions and goal achievement: a meta-analysis of effects and processes. *Adv Exp Soc Psychol* 2006;38:69-119.

¹⁰³ Van Yperen T. Doelrealisatie. Veldexperimenten. Utrecht: Mogroep en GGZ Nederland; 2004. <http://www.nji.nl/nl/yperen-doelrealisatie.pdf>

¹⁰⁴ Gezondheidsraad. Beweegredenen. De invloed van de gebouwde omgeving op ons beweeggedrag.

Den Haag: Gezondheidsraad; 2004.

http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/Beweegredenen_201004_2.pdf

¹⁰⁵ Engbers LH, van Poppel MN, Chin A Paw MJ, van Mechelen W. Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. *Am J Prev Med* 2005;29:61-70.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15958254>

¹⁰⁶ DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:295-304. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2030191>

¹⁰⁷ Bartelink C. Wat werkt: motiverende gespreksvoering? Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut; 2013. [http://www.nji.nl/nl/\(311053\)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf](http://www.nji.nl/nl/(311053)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf)

¹⁰⁸ Smit C, Tjepkema S. Werken aan duurzame gedragsverandering. Transfer bevorderen bij coaching in organisaties. *Leren in Ontwikkeling* 2003;3:24-28. http://www.kessels-smit.nl/files/eindversie_transfer_bevorderen_bij_coaching.pdf

¹⁰⁹ Bartelink C. Wat werkt: motiverende gespreksvoering? Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut; 2013. [http://www.nji.nl/nl/\(311053\)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf](http://www.nji.nl/nl/(311053)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf)

¹¹⁰ Schaufeli W, Loo M, van der Velde C, Siegert H. Dossier Bevolgenheid; 2013.

http://www.arbokennisnet.nl/images/dynamic/Dossiers/Bevolgenheid/D_Bevolgenheid.pdf

¹¹¹ Durlak JA, DuPre E.P. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol* 2008;41:327-350. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18322790>

- ¹¹² European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). Quality criteria. <http://www.enwhp.org/good-whp-practice/methods-tools-mogp/quality-criteria.html>
- ¹¹³ Durlak JA, DuPre E.P. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol* 2008;41:327-350. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18322790>
- ¹¹⁴ Tims M, Bakker AB, Xanthopoulou D. Do transformational leaders enhance their followers' daily work engagement? *The Leadership Quarterly* 2011; 22: 121–131. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1048984310001918>
- ¹¹⁵ Nederlands huisartsengenootschap (NHG). NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool Risico. <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-het-preventieconsult-module-cardiometabool-risico#note-1>
- ¹¹⁶ Wendel-Vos GCW. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van lichamelijke (in)activiteit? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2012. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/lichamelijke-activiteit/wat-zijn-de-mogelijke-gezondheidsgevolgen-van-lichamelijke-activiteit/>
- ¹¹⁷ Wereld Kanker Onderzoek Fonds (WCRF). http://www.wcrf.nl/gezondheidsdeskundigen/sedentair_gedrag.php
- ¹¹⁸ Hildebrandt VH, Bernaards CM, Stubbe JH. Trendrapport bewegen en gezondheid 2010/2011. Leiden: TNO; 2013. https://www.tno.nl/downloads/trendrapport_bewegen_gezondheid_2010_2011.pdf
- ¹¹⁹ Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG (red.). Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter. RIVM-rapport nr. 270061006. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2010. http://www.vtv2010.nl/object_binary/o9228_RIVM02-Gezondheid-en-determinanten-VTV-2010.pdf
- ¹²⁰ Van Gelder BM, Poos MJJC, Harbers MM. Wat zijn de gezondheidsgevolgen van roken? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2013. http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/wat-zijn-de-mogelijke-gezondheidsgevolgen-van-roken/#reference_4453#reference_4453
- ¹²¹ Hilvering C. Mogelijke gunstige effecten van tabaksgebruik en de gevolgen van staken. In: *Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding*. Knol et al. (red.). Utrecht: LEMMA BV; 2005. <http://stivoro.nl/wp-content/uploads/2012/docs/rapporten/tabaksgebruik.doc>
- ¹²² Gezondheidsraad. Volksgezondheidsschade door passief roken. Den Haag: Gezondheidsraad; 2003. <http://www.gezondheidsraad.nl/nl/adviezen/preventie/volksgezondheidsschade-door-passief-roken>
- ¹²³ (Gezondheidsraad. Volksgezondheidsschade door passief roken. Den Haag: Gezondheidsraad; 2003. <http://www.gezondheidsraad.nl/nl/adviezen/preventie/volksgezondheidsschade-door-passief-roken>
- ¹²⁴ Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG (red.). Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter. RIVM-rapport nr. 270061006. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2010. http://www.vtv2010.nl/object_binary/o9228_RIVM02-Gezondheid-en-determinanten-VTV-2010.pdf
- ¹²⁵ Cargiulo T. Understanding the health impact of alcohol dependence. *Am J Health Syst Pharm* 2007;64:S5-S11. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17322182>
- ¹²⁶ Marmot M, Atinmo T, Byers T, Chen J, Hirata T, Jackson A. Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective. Washington DC: World Cancer Research Fund (WCRF)/ American Institute for Cancer Research (AICR); 2007. http://www.dietandcancerreport.org/expert_report/report_contents/index.php
- ¹²⁷ Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2006 – achtergronddocument. Den Haag: Gezondheidsraad; 2006. <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/200621N.pdf>
- ¹²⁸ Tweehuysen H. Kennisdossier Werkdruk, 2013. http://www.arbokennisnet.nl/images/dynamic/Dossiers/PSA/D_Werkdruk.pdf
- ¹²⁹ Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet* 2012;380:1491-1497. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22981903>
- ¹³⁰ Virtanen M, Heikkilä K, Jokela M, Ferrie JE, Batty GD, Vahtera J, Kivimäki M. Long working hours and coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2012;176:586-96. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22952309>

-
- ¹³¹ Hartstichting. Risico op hart- en vaatziekten.
http://www.hartstichting.nl/risicofactoren/loop_ik_risico/
- ¹³² Rose G. Strategy of prevention: lessons learned from cardiovascular disease. *Br Med J* 1981;282:1847-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3872850>
- ¹³³ Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Leidraad Aanstellingskeuringen; 2005. <http://nvab.artsennet.nl/Artikel-3/Aanstellingskeuringen.htm>
- ¹³⁴ Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Leidraad Aanstellingskeuringen; 2005. <http://nvab.artsennet.nl/Artikel-3/Aanstellingskeuringen.htm>
- ¹³⁵ Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Leidraad Preventief medisch onderzoek van werkkenden; 2013. <http://nvab.artsennet.nl/Richtlijnen/NVABrichtlijnen-en-procedurele-leidraden/Leidraad-PMO.htm>
- ¹³⁶ Nederlands huisartsen genootschap. Het Preventieconsult; 2011.
<https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/het-preventieconsult>
- ¹³⁷ Boggild H, Knutsson A. Shift work, risk factors and cardiovascular disease. *Scand J Work Environ Health* 1999;25:85-99. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10360463>
- ¹³⁸ Braam C, van Oostrom SH, Terluin B, Vasse R, de Vet HC, Anema JR. Validation study of a distress screener. *J Occup Rehabil* 2009;19:231-237. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19396529>
- ¹³⁹ Van Veldhoven MJPM, Sluiter J. Work-related recovery opportunities: testing scale properties and validity in relation to health. *Int Arch Occup Environ Health* 2009;82:1065-1075.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19280211>
- ¹⁴⁰ Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Leidraad Preventief medisch onderzoek van werkkenden; 2013. <http://nvab.artsennet.nl/Richtlijnen/NVABrichtlijnen-en-procedurele-leidraden/Leidraad-PMO.htm>
- ¹⁴¹ AKD. Obesitas, een reden voor ontslag? Nieuwsbrief Arbeidsrecht.
<http://www.akd.nl/nl/kennis/publicaties/obesitas-een-reden-voor-ontslag>
- ¹⁴² VNO-NCW. Dik is duur. Den Haag: VNO-NCW; 2008 <http://www.vno-ncw.nl/SiteCollectionDocuments/Cmsdocs/broc226.pdf>
- ¹⁴³ Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Duurzame inzetbaarheid.
www.duurzameinzetbaarheid.nl
- ¹⁴⁴ European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). Models of good practice.
<http://www.enwhp.org/good-whp-practice/methods-tools-mogp/model-of-good-practice/models-of-good-practice-by-country.htm>
- ¹⁴⁵ Nederlands Instituut voor Sport & Bewegen (NISB) interventiedatabase.
<http://www.nisb.nl/index.php?p=578678>

13. Referentie auteurs

Suzan Robroek (bewegingswetenschapper) / Lex Burdorf (arbeidshygiënist/epidemioloog)
Marjolein Bastiaanssen (bedrijfsarts)
Paul Beumer (veiligheidskundige)
Inge Hulshof (arbeids- en organisatiepsycholoog)
Wendel Post (arbeidshygiënist)