

Hoe richten aanbieders van stoppen-met-roken-programma's zich tot werkgevers en werknemers?



Mark van Zutphen, s4170059

mark.zutphen@student.ru.nl

Theoretisch gestuurd bachelorwerkstuk

Begeleider: mw. J. van Berkel

Aantal woorden: 4985

1 juli 2015

Hoe richten aanbieders van stoppen-met-roken-programma's zich tot werkgevers en werknemers?

Samenvatting

Gezondheid is een steeds belangrijker wordend thema. Voor veel mensen persoonlijk (Blom, 2014), maar ook op de werkvloer (Allender, Colquhoun & Kelly, 2006; Meershoek, Bartholomée & Horstman, 2010; Van Berkel, Meershoek, Janssens, Boot, Proper & Van der Beek, 2014). Werkgevers willen gezond personeel, want daarbij heeft hun onderneming baat. Ondanks dat er binnen de verschillende stakeholdergroepen onenigheid over bestaat, lijkt de verantwoordelijkheid voor gezond personeel dan ook bij de werkgever te liggen (Van Berkel et al., 2015). Dit heeft ertoe geleid dat op het gebied van gezondheidsbevordering onbedoeld een markt is ontstaan (Meershoek et al., 2010). Eén van de belangrijkste thema's binnen deze gezondheidsbevordering is het rookgedrag onder de werkende bevolking. Rokers zorgen voor een verlies aan productiviteit en daarmee hogere kosten (Halpern, Shikar, Rentz & Khan, 2001). Aanbieders van stoppen-met-roken-programma's richten zich dan ook op het terugdringen van het roken van tabak. Dit corpus-analytisch onderzoek, waarbinnen vijf websites van aanbieders van stoppen-met-roken-programma's zijn geanalyseerd, heeft aangetoond dat deze aanbieders zich vooral richten tot de werkgever. Daarbij doen ze echter vaak geen beroep op de gevolgen voor de door Hettler (1976) genoemde dimensies van gezondheid, maar leggen ze veelal de focus op de financiële gevolgen, die het roken met zich meebrengt.

1. Inleiding

Nederlanders - en waarschijnlijk het merendeel van de rest van de mensheid - zijn een gezond leven en dus hun gezondheid steeds belangrijker gaan vinden; mensen roken minder, eten bewuster en bewegen meer (Blom, 2014). Gezondheid blijkt echter nog altijd een complex begrip. Door de World Health Organization (WHO) (1948) wordt gezondheid gedefinieerd als niet alleen het niet-ziek zijn, maar ook een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn van een persoon. Volgens *The Lancet* (2009) is gezondheid echter geen vast begrip, maar verschilt het per persoon op basis van zijn of haar persoonlijke behoeften. Huber et al. (2011) vinden de definitie van WHO eveneens te beperkt, waarbij met name het woord 'volledig' de

meeste kritiek krijgt. Het streven naar volledig welzijn op de drie genoemde vlakken is namelijk vaak onmogelijk, waardoor veel mensen regelmatig ‘ongezond’ zouden zijn (Huber et al., 2011). De definitie van Hettler (1976) van het begrip gezondheid lijkt nog de meest toegankelijke. Hettler (1976) maakte een verdere onderverdeling en kwam tot zes in plaats van drie dimensies: fysiek, mentaal, intellectueel, spiritueel, sociaal en gezondheid op de werkvloer. Fysieke gezondheid wordt door Hettler (1976) gezien als het in conditie zijn van het lichaam en daarmee het in staat zijn om lichamelijke activiteiten te verrichten. Mentale - ook wel emotionele - gezondheid betekent het vermogen om met bepaalde (positieve dan wel negatieve) gevoelens om te gaan. De spirituele gezondheid van een bepaald persoon wordt gezien als het vermogen om persoonlijke doelen te stellen en refereert tevens aan de intrinsieke waarden en verwachtingen van een bepaald persoon. Intellectuele gezondheid betekent volgens Hettler (1976) dat ieder persoon de behoefte moet hebben zich door te ontwikkelen en het cognitieve vermogen heeft om bepaalde technieken en kennis te ontwikkelen. Sociale gezondheid wordt gezien als het vermogen om relaties met anderen aan te gaan en het accepteren van bepaalde normen en waarden van anderen. Gezondheid op de werkvloer tenslotte heeft te maken met alle aspecten van gezondheid en veiligheid op het werk, waarbij de focus meestal ligt op het voorkomen van gevaren. Te denken valt aan het beperken van risicofactoren die ziekten of ongelukken kunnen veroorzaken.

Tegelijk met het stijgende belang van een gezond leven (Blom, 2014) is ook gezondheidsbevordering op de werkvloer in de laatste jaren in Westerse landen een steeds belangrijker onderwerp geworden (Allender, Colquhoun & Kelly, 2006; Meershoek, Bartholomée & Horstman, 2010; Van Berkel, Meershoek, Janssens, Boot, Proper & Van der Beek, 2014). De gezondheid van werknemers heeft namelijk invloed op de gezondheid van een organisatie, die bijdraagt aan de productiviteit en de productiviteit, motivatie en voldoening van werknemers (Allender et al., 2006). Daarnaast zal het verminderen van het ziekteverzuim in eerste instantie kostenbesparend zijn voor een organisatie. Tevens zal het een positieve bijdrage leveren aan het imago dat een organisatie met zich meedraagt (Van Berkel et al., 2014): een gezonde organisatie, zonder veel verzuim, zal namelijk een betere indruk achterlaten op belangrijke stakeholders dan een ongezonde organisatie, waar het ziekteverzuim veel hoger ligt.

Door de vele potentiële voordelen voor de werkgever lijkt de verantwoordelijkheid rondom het thema gezondheidsbevordering in eerste instantie dus bij deze groep te liggen. Daar ligt overigens ook het beleid van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in de

jaren 1980 en 1990 grotendeels aan ten grondslag: in deze periode werd deze verantwoordelijkheid voor ziekteverzuim, verzuimpreventie en gezondheidsbevordering namelijk overgeheveld van semipublieke bedrijfsverenigingen naar werkgevers en werknemers (Meershoek et al, 2010). Voor werkgevers wordt dit voornamelijk vormgegeven door hen - in de vorm van een loondoorbetalingsplicht - de financiële consequenties van verzuim te laten dragen (Meershoek et al, 2010). Het actief investeren in het algemene gezondheidsbeleid - omdat werknemers een groot deel van hun tijd op de werkplek doorbrengen en werkgevers baat hebben bij gezonde werknemers -, maar ook het leveren van een bijdrage aan leefstijlinterventies en het ondersteunen van hun werknemers bij het maken van gezonde keuzes zou werkgevers financieel voordeel opleveren. Bovendien is door deze privatisering van het ziekteverzuimbeleid op het gebied van gezondheidsbevordering onbedoeld een markt ontstaan (Meershoek et al., 2010).

Werkgevers lijken hun verantwoordelijkheid omtrent de gezondheidsbevordering echter niet altijd te nemen (Van Berkel et al., 2014). Want hoewel verwacht werd dat werkgevers actief zouden investeren in preventie van ziekteverzuim en gezondheidsbevordering, beperkten ze hun activiteiten voornamelijk tot verzuimcontrole (Meershoek et al., 2010). Tevens vinden veel werkgevers dat werknemers net zo verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid als zij (Van Berkel et al., 2014). Zo achten veel werkgevers hun werknemers volledig verantwoordelijk voor hun manier van leven. Daarnaast verwachten zij van hun werknemers dat zij, als het op gezondheid door leefstijl aankomt, in staat zijn hun werk te volbrengen. Volgens een ondervraagde werkgever in het onderzoek van Van Berkel en anderen (2014) heeft een werkgever louter de taak ervoor te zorgen dat de werkplek veilig en gezond is. Uit datzelfde onderzoek blijkt ook dat veel werknemers wel inzien, dat zij grotendeels verantwoordelijk zijn voor hun manier van leven. Maar zij vinden daarnaast ook dat juist die manier van leven vaak wordt beïnvloed door de manier waarop zij hun werk verrichten. Variërende werktijden en nachtdiensten hebben volgens hen een belangrijke invloed op hun leefstijl. Werknemers zien het wel als hun taak voldoende uitgerust te zijn om hun werkzaamheden te verrichten, maar vinden ook dat een bepaalde werkdruk - ontstaan vanuit de doelstellingen die werkgevers vaak stellen - hen in een bepaalde manier van leven stuwt (Van Berkel et al., 2014).

Verantwoordelijkheid blijkt dus vaak een heikel punt binnen organisaties: Van Berkel en anderen (2014) toonden, zoals reeds aangegeven, aan dat werkgevers en werknemers elkaar veelal verantwoordelijk achten als het om het thema 'gezondheid op de werkvloer' gaat. Uit

hetzelfde onderzoek bleek echter ook, dat werknemers rondom het thema gezondheidsbevordering vaak ondergeschikt zijn aan hun werkgevers (Van Berkel et al., 2014). Uit een reactie van een ondervraagd vakbondslid in dit onderzoek bleek namelijk dat de focus bij werkgevers bij een probleem vaak wordt gericht op een individu en dat werkgevers niet inzien dat het veel vaker om een collectief probleem gaat. Door deze manier van benaderen opereren werknemers op hun beurt terughoudend. Een ander vakbondslid verklaarde eveneens dat werkgevers verantwoordelijk zijn voor gezondheid op het werk. Hieruit komt bovendien naar voren dat er - naast werknemers en werkgevers - nog veel meer stakeholdergroepen een belangrijke rol spelen. Zo valt bijvoorbeeld te denken aan bedrijfsartsen, verzekeraars, rechters, lifestyle-coaches en ook de overheid, wat resulteert in een complexe, meerstemmige benadering (Allender et al., 2006). Deze meerstemmige benadering komt duidelijk naar voren in het onderzoek van Van Berkel en anderen (2014), waar de verschillende onderzoeksgroepen louter eenduidig waren over het begrip ‘gezondheid op de werkvloer’. Over de risicofactoren, die de gezondheid op de werkvloer in gevaar kunnen brengen, bestond geen overeenstemming bij de verschillende stakeholdergroepen. Net als over de manier waarop gezondheid op de werkvloer het best gepromoot kan worden en bij wie de verantwoordelijkheid van gezondheid op de werkvloer ligt.

Aangezien organisaties altijd bepaalde doelen en resultaten voor ogen hebben, is er voor werkgevers de belangrijke taak deze doelstelling te bewerkstelligen. Het verzuim onder werknemers dient daarbij laag te worden gehouden en dus moet de gezondheid op de werkvloer - en ook daarbuiten - worden bevorderd. Daartoe hebben werkgevers verschillende mogelijkheden binnen handbereik: deze zogenaamde interventies richten zich volgens Burdorf en anderen (2008) vooral op individuele counseling of begeleiding ten behoeve van het verkrijgen van een gezonde leefstijl. Een Nederlandse studie van De Boer en anderen (2004) onder 116 werknemers van een productiefabriek toont namelijk een significantie vermindering in het aantal werknemers dat met vroegpensioen gaat na zes maanden individuele counseling door de bedrijfsarts. Er bestaat echter een veel groter aanbod van diensten die werkgevers kunnen inzetten om hun werknemers gezond en vitaal te houden. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan een cursus energiemangement voor werknemers, een training vroegtijdig herkennen van een burn-out, de vitaliteitstest, de balansmeter, lunchwandelen met de baas, roeien in de bedrijfssloep, rookvrij aan het werk, het leasen van fitnessapparaten (Meershoek et al., 2010). Volgens Meershoek en anderen (2010)

behoort rokend personeel dus ook tot de groep die een rol speelt binnen het thema 'gezondheid op de werkvloer'.

Ook het roken onder werknemers kan dus een probleem zijn voor veel werkgevers. Het aantal rokende Nederlanders van vijftien jaar of ouder is namelijk nog altijd erg groot. Hoewel het aantal rokende Nederlanders volgens de WHO (2015) de laatste jaren dalende is, rookte in 2010 nog altijd meer dan een kwart (circa 3,5 miljoen) van de totale Nederlandse bevolking. De WHO verwacht dat het percentage in 2025 zal zijn teruggelopen naar 19% van de totale Nederlandse bevolking, waarbij de meerderheid zich in de leeftijdscategorie 25-39 jaar bevindt (World Health Organization, 2015). De jaarlijkse zorgkosten, als gevolg van het roken van tabak, liggen in landen met hoge inkomens - waartoe Nederland behoort (The World Bank, 2015) - tussen 6% en 15% van de totale jaarlijkse zorgkosten in een land (Jackson, Nahoopii, Said, Dirani & Brixner, 2007). In Nederland bedroegen de zorgkosten in 2014 volgens de internationale Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling zo ongeveer 90 miljard euro (OECD, 2014). Dat betekent dat de zorgkosten als gevolg van het roken van tabak op kunnen lopen tot zo'n zes tot dertien miljard euro per jaar.

Aan de hand van tal van maatregelen probeert met name de overheid dit probleem te bestrijden en deze grote kostenpost te verlagen. Daarvoor is al in 1988 de Tabakswet ontstaan. Deze Tabakswet verbiedt tabaksproducenten onder andere om - ergens anders dan in bijvoorbeeld tabaksspeciaalzaken - reclame te maken voor hun merk. Ook is het verboden sponsor te zijn van een evenement, zodat (potentiële) tabaksgebruikers niet aan (uitingen van) het product worden blootgesteld en waarmee men het roken van tabak probeert te ontmoedigen. Tevens is de minimumleeftijd, vanaf wanneer het een bepaald persoon is toegestaan tabak te kopen, op 1 januari 2014 verhoogd van 16 naar 18 jaar. Hiermee probeert de overheid het aantal rokende jongeren in Nederland terug te dringen. Bovendien is het sinds 2004 in alle openbare ruimtes in Nederland verboden te roken. Daarnaast is iedere werkgever verplicht in de ruimte, waarin een werknemer zijn werkzaamheden verricht, een rookverbod te hanteren. Het verminderen en tegengaan van roken en daarmee de bevordering van de gezondheid op de werkvloer is dus één van de belangrijkste punten binnen de Tabakswet van de overheid.

Voor de overheid is het terugdringen van de kosten, die gemaakt moeten worden als gevolg van het roken van tabak - zoals reeds aangegeven - een belangrijk punt. Dat blijkt tevens uit het door de Nederlandse overheid getekende WHO-Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging

(2003). Uit dit verdrag komt namelijk naar voren dat iedere deelnemer de verantwoordelijkheid neemt de huidige en toekomstige generaties te beschermen tegen de verwoestende gezondheidseffecten ten gevolge van tabaksconsumptie. De Nederlandse overheid draagt daar onder andere door middel van de subsidiëring van stoppen-met-roken-programma's van het Trimbos Instituut aan bij. Deze programma's leggen onder meer de focus op het terugdringen van het roken van tabak onder werkend personeel en zijn met name gericht op werknemers én werkgevers.

Voor werkgevers is het terugdringen van kosten die gemaakt moeten worden als gevolg van het roken van tabak namelijk eveneens een belangrijk punt. Naast de verhoogde uitgaven aan de medische zorg van rokende werknemers heeft het roken van tabak namelijk ook invloed op het ziekteverzuim onder werknemers en daarmee het verlies aan productiviteit (Halpern, Shikiar, Rentz & Khan, 2001). Volgens Halpern et al. (2001) hebben verschillende onderzoeken namelijk reeds aangetoond dat er een substantieel verschil bestaat tussen rokers en niet-rokers, als het gaat om afwezigheid en andere vormen van letsel of ongevallen als gevolg van roken. Dat blijkt ook uit het onderzoek van Halpern et al. (2011) zelf: de absentie onder rokers bleek significant groter dan onder niet-rokers. Ook Jackson et al. (2007) rapporteerden reeds over een 50% hogere afwezigheidsratio voor rokers dan voor niet-rokers. Tevens is een verminderde productiviteit van rokende werknemers, veroorzaakt door ziekte, mogelijk.

Hieruit blijkt wel dat het roken onder werknemers al geruime tijd een belangrijk onderdeel is binnen het thema gezondheidsbevordering op de werkvloer. Werkgevers hebben nu eenmaal baat bij gezond personeel. De onbedoelde markt die hier volgens Meershoek et al. (2011) door is ontstaan, wordt opgevuld door aanbieders van stoppen-met-roken-programma's. Tot voor een aantal jaar geleden was de Stichting voor Volksgezondheid en Roken (StiVoRo) hierbinnen de voornaamste aanbieder. Vanaf eind 2013 is de subsidie vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hiervoor echter overgeheveld naar Het Trimbos Instituut. Hiernaast bestaan nog andere instanties die het stoppen-met-roken willen bevorderen, zoals *Allen Carr*, *SineFuma* en *De Opluchting*. Maar over de manier waarop zij zich tot de afnemers (werkgevers en werknemers) van stoppen-met-roken-programma's richten is nog weinig duidelijk. De resultaten uit dit onderzoek zullen daarom een eerste inzicht geven, waarna aanbieders van stoppen-met-roken-programma's hun programma's aan de hand hiervan kunnen beoordelen. Het zal hen inzicht bieden in de manier waarop zij zich nu tot de afnemers van hun

product richten en helpen bij de vraag of ze dit op een andere dan de huidige manier zouden kunnen doen.

De centrale vraag tijdens dit onderzoek is dan ook de volgende: Hoe richten aanbieders van stoppen-met-roken-programma's zich tot de afnemers (werkgevers en werknemers) van het product? Hierbij is gekeken naar de zes dimensies - fysiek, mentaal, spiritueel, intellectueel, sociaal en gezondheid op de werkvloer - van gezondheid (Hettler, 1976), zoals die in het voorgaande zijn uitgelegd.

Om een antwoord te vinden op deze vraag zijn vier deelvragen opgesteld. Dat zijn de volgende:

- *Hoe vaak richten aanbieders van stoppen-met-roken-programma's zich op de werkgever?*
- *Hoe vaak richten aanbieders van stoppen-met-roken-programma's zich op de werknemer?*
- *Op welke claims leggen aanbieders van stoppen-met-roken-programma's de focus wanneer zij zich op de werkgever richten?*
- *Op welke claims leggen aanbieders van stoppen-met-roken-programma's de focus wanneer zij zich op de werknemer richten?*

2. Methode

Materiaal

Het corpus dat voor dit onderzoek werd samengesteld, bestond uit de websites van vijf verschillende aanbieders van stoppen-met-roken-programma's voor bedrijven. De websites van de volgende vijf instanties, die onder andere gespecialiseerd zijn in het via de werkgever terugdringen van het roken van tabak, zijn geanalyseerd:

1. Allen Carr's Easyway Nederland (www.allencarr.nl);
2. SineFuma (www.rookvrijookjij.nl);
3. De Opluchting (www.stoppenmetroken.com);
4. Stichting Ik Stop Ermee (www.ikstopermee.nl);
5. Methera Rotterdam (www.methera.nl).

Tevens bevatte de website van SineFuma een brochure met informatie over de stoppen-met-roken-programma's, die zij aan bedrijven aanbieden. Deze is eveneens in de analyse meegenomen.

De selectie van de websites die ter analyse gebruikt zijn, gebeurde op basis van een *simple random sampling*-methode. Het via Google zoeken met de term ‘Stoppen met roken bedrijven’ leverde tien resultaten op. Deze websites kregen ieder een uniek nummer tussen één en tien. Via de website *www.random.org* zijn er van deze tien websites op basis van toeval vijf geselecteerd voor dit onderzoek. Dit is gebeurd om de representativiteit van het onderzoek te bevorderen (Boeije, 't Hart & Hox, 2009). De geselecteerde websites zijn vervolgens geanalyseerd, waarna irrelevante onderdelen als bijvoorbeeld ‘Over bedrijf X’ en ‘Contact’ buiten het corpus zijn gehouden. Ten slotte is in dit onderzoek enkel gekeken naar geschreven teksten - visuele uitingen zijn binnen dit onderzoek dus buiten beschouwing gelaten.

Instrumentatie

De analyse van het materiaal had betrekking op de manier van communiceren van aanbieders van stoppen-met-roken-programma's naar afnemers (werkgevers en werknemers binnen organisaties) van het product. Ter ondersteuning van de analyse is op nominaal meetniveau een codeboek (zie bijlage I) opgesteld, wat hulp bood bij het categoriseren van de verschillende communicatieve uitingen van aanbieders van stoppen-met-roken-programma's. Het codeboek bestond uit de variabelen ‘Type Stakeholder’ en ‘Type Claim’.

De variabele ‘Type Stakeholder’ kende drie codes: wanneer in één zin de focus niet op één van de twee stakeholdergroepen niet duidelijk aanwezig was, kreeg deze zin de code ‘Niet aanwezig’; daarnaast kon in één zin de focus liggen op de ‘Werkgever’ en/of de ‘Werknemer’. In zinnen als ‘Vitaliteit en productiviteit onder uw werknemers omhoog?’ lag de focus bijvoorbeeld op de werknemer; in zinnen als ‘Je hebt als roker meer kans op hart- en vaatproblemen.’ lag de focus daarentegen op de werknemer.

De variabele ‘Type Claim’ kende acht mogelijke codes, waarbij de volgende zes betrekking hadden op de door Hettler (1976) genoemde dimensies van gezondheid van een individu:

- *Fysiek*: voor wanneer een beroep werd gedaan op de gevolgen van het roken voor de conditie van het lichaam en het vermogen om lichamelijke activiteiten te verrichten, zoals ‘Nicotine leidt mogelijk tot misselijkheid en braken.’;

- *Mentaal*: voor wanneer een beroep werd gedaan op de gevolgen van het roken voor het vermogen om met bepaalde gevoelens om te kunnen gaan, zoals ‘Nicotine heeft mogelijk een verminderde eetlust tot gevolg.’;
- *Spiritueel*: voor wanneer een beroep werd gedaan op de intrinsieke waarden en verwachtingen van personen. Een voorbeeld hiervan was: ‘Wanneer u stopt met roken, groeit de kans dat u uw kleinkinderen nog ziet opgroeien.’;
- *Intellectueel*: voor wanneer bijvoorbeeld een beroep werd gedaan op de gevolgen van het roken voor het cognitief vermogen van een mens. Een voorbeeld hiervan was: ‘Het roken heeft een negatieve invloed op uw hersenen en er kunnen concentratieproblemen ontstaan.’;
- *Sociaal*: voor wanneer een beroep werd gedaan op de gevolgen van het roken voor menselijke relaties. ‘Niet-rokers hebben vaak problemen met de rookpauzes van hun collega’s’, was hier een voorbeeld van.;
- *Gezondheid op het werk*: had te maken met alle aspecten van gezondheid en veiligheid op het werk zelf, zoals bijvoorbeeld: ‘Roken zorgt voor een vermindering van de productiviteit’.

Daarnaast bevatte het de codes ‘Niet aanwezig’ - voor wanneer in een zin géén beroep werd gedaan op een claim - en ‘Overig’ - voor wanneer in een zin een beroep werd gedaan op een ander soort claim zoals bijvoorbeeld het fiscale voordeel.

Uit de analyse van de resultaten is naar voren gekomen, dat aanbieders van stoppen-met-roken-programma’s tevens gebruikmaakten van een combinatie van bovenstaande claims. Vanwege het minimale voorkomen hiervan zijn deze zinnen bij een verdere analyse buiten beschouwing gelaten. Daarnaast was er een gering aantal zinnen, waarin aanbieders van stoppen-met-roken-programma’s zich zowel op de werkgever als op de werknemer richtten. Vanwege het minimale voorkomen hiervan zijn ook deze zinnen bij een verdere analyse buiten beschouwing gelaten.

Een tweede codeur, die zich met een vergelijkbaar onderzoek heeft beziggehouden, heeft van het totale corpus (420 zinnen) eveneens 24,3 procent gecodeerd. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de variabele ‘Type Stakeholder’ was goed: $\kappa = .94, p < .001$. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de variabele ‘Type Claim’ was goed: $\kappa = .85, p < .001$.

Statistische toetsing

Om te analyseren of er een statistische samenhang bestond tussen de variabelen ‘Type Stakeholder’ en ‘Type Claim’ is een χ^2 -toets uitgevoerd. Tevens zijn er per type claim per type stakeholder verschillende χ^2 -toetsen uitgevoerd om te toetsen of er een verschil bestaat in het gebruik van een bepaald type claim bij een bepaald type stakeholder.

3. Resultaten

In deze paragraaf worden de gevonden resultaten uit dit corpusonderzoek beschreven. Tevens zijn enkel de verkregen P-waarden, die kleiner dan .341 waren, zijn hierin meegenomen.

Tabel 1. De absolute en relatieve frequenties van het aantal zinnen, waarin aanbieders van stoppen-met-roken-programma's zich op hun website richten tot werkgever dan wel werknemer en van het voorkomen van de verschillende typen claims, waarop in deze zinnen een beroep wordt gedaan.

	Geen stakeholder		Werkgever		Werknemer		<i>p</i> -waarden
	N	%	N	%	N	%	
Geen claim	149	52.8	38	52.1	4	44.4	.781
Fysiek	10	3.5	n.v.t.*	n.v.t.*	2	22.2	.001
Mentaal	26	9.2	8	11.0	n.v.t.*	n.v.t.*	.728
Spiritueel	5	1.8	1	1.4	n.v.t.*	n.v.t.*	.960
Intellectueel	8	2.8	1	1.4	1	11.1	.448
Sociaal	17	6.0	n.v.t.*	n.v.t.*	n.v.t.*	n.v.t.*	.126
Gezondheid op het werk	15	5.3	2	2.7	n.v.t.*	n.v.t.*	.640
Overig	52	18.4	23	31.5	2	22.2	.192
Totaal	282	100.0	73	100.0	9	100.0	.156
<i>p</i>-waarden	.013		.003		.013		.003

*n.v.t.= voldeed niet aan de assumpties voor de toets

Uit Tabel 1 komt naar voren dat aanbieders van stoppen-met-roken-programma's zich in 82 zinnen (22,5 %) van het totale corpus (364 zinnen) op één van de twee doelgroepen - werkgever dan wel werknemer - richtten. Twintig procent (73 zinnen) van het totale corpus was gericht aan de werkgever en negen zinnen (2,5 %) waren gericht aan de werknemer.

Wanneer aanbieders van stoppen-met-roken-programma's zich op hun websites richtten tot de werkgever deden ze in 52,1 % (38 zinnen) van de gevallen geen beroep op één van de claims. In 23 van de 73 zinnen (31,5 %) werd een beroep gedaan op claims, die vielen in de categorie 'Overig'. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het financiële voordeel dat stoppen met roken oplevert, zoals de lagere kosten voor rookpauzes en lagere kosten voor verzuimend personeel. Ook het bijdragen aan een positievere bedrijfsimago valt hieronder. Wanneer een beroep werd gedaan op één van de zes gezondheidsclaims, gebeurde dat met name op de mentale gezondheid van een werknemer (11,0 %; 8 zinnen). Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de toegenomen tevredenheid van een werknemer, nadat hij of zij is gestopt met roken. Uit de χ^2 -toets tussen de variabelen 'Werkgever' en 'Type Claim' bleek een significant verband te bestaan ($\chi^2 (18) = 39.12, p = .003$).

Wanneer aanbieders van stoppen-met-roken-programma's zich op hun websites richtten tot de werknemer deden ze in 44,4 % (4 zinnen) van de gevallen geen beroep op één van de claims. In twee van de negen zinnen (22,2 %) werd een beroep gedaan op een fysieke gezondheidsclaim. Hierbij valt te denken aan de lichamelijke gevolgen die roken met zich meebrengt, zoals bijvoorbeeld misselijkheid en braken en de verminderde staat van de conditie van het lichaam. Tevens werd in twee van de negen zinnen (22,2 %) een beroep gedaan op een claim die viel in de categorie 'Overig'. Ook hierbij werd dan een beroep gedaan op de financiële gevolgen van het (stoppen-met-)roken. Uit de χ^2 -toets tussen de variabelen 'Werknemer' en 'Type Claim' bleek een significant verband te bestaan ($\chi^2 (18) = 33.91, p = .013$).

In totaal waren 282 zinnen (77,5 %) niet gericht aan ofwel de werkgever ofwel de werknemer. Van dit aantal werd in 52,8 % (149 zinnen) van de gevallen tevens geen beroep gedaan op één van de claims. In 52 (18,4 %) van de 282 zinnen, die niet gericht waren aan een specifieke stakeholdergroep, werd een beroep gedaan op een claim, die viel in de categorie 'Overig'. Hierbij valt wederom te denken aan de financiële voordelen, die het stoppen-met-roken met zich meebrengt, maar ook aan het imago van het bedrijf, dat zou worden versterkt wanneer zich minder rokend personeel voor het bedrijfspannd verzamelt. Tevens werd in 26 zinnen (9,2 %)

een beroep gedaan op een mentale gezondheidsclaim. Uit de χ^2 -toets tussen de variabelen 'Geen Stakeholder' en 'Type Claim' bleek een significant verband te bestaan ($\chi^2 (18) = 33.95, p = .013$).

Uit de χ^2 -toets tussen de variabelen 'Type Stakeholder' en 'Fysieke gezondheidsclaim' bleek een significant verband te bestaan ($\chi^2 (3) = 24.68, p < .001$). Uit de χ^2 -toetsen tussen de variabelen 'Type Stakeholder' en 'Sociale gezondheidsclaim' ($\chi^2 (3) = 5.72, p = .126$), tussen de variabelen 'Type Stakeholder' en 'Overige claims' ($\chi^2 (3) = 4.73, p = .192$) en tussen de variabelen 'Type Stakeholder' en 'Totaal aantal claims' ($\chi^2 (3) = 5.23, p = .156$) bleek geen significant verband te bestaan ($p < .341$). Uit de overige χ^2 -toetsen bleek eveneens geen significant verband te bestaan ($p's > .341$).

Uit de χ^2 -toets tussen de variabelen 'Type Stakeholder' en 'Type Claim' bleek een significant verband te bestaan ($\chi^2 (54) = 86.54, p = .003$).

4. Conclusie en discussie.

4.1. Conclusie

Aanbieders van stoppen-met-roken-programma's die hun programma's tevens aan bedrijven aanbieden, richten zich in hun teksten op hun websites en in brochures - wanneer een persoon of instantie expliciet wordt aangesproken - vrijwel altijd ook direct op de werkgever. Dat gebeurde in dit onderzoek namelijk in twintig procent van de gevallen. In slechts iets meer dan twee procent van de gevallen werd de werknemer direct aangesproken. Dit laat een duidelijk verschil zien. Hiermee werden de vragen over hoe vaak aanbieders van stoppen-met-roken-programma's zich op de werkgever dan wel de werknemer richten beantwoord.

Wanneer deze aanbieders van stoppen-met-roken-programma's zich in hun teksten richten op deze stakeholdergroepen, wordt in een groot deel van het aantal gevallen tevens een beroep gedaan op één (of meerdere) van de zes dimensies van gezondheid: fysiek, mentaal, spiritueel, intellectueel, sociaal en gezondheid op het werk. Van deze zes dimensies ligt de focus vanuit de aanbieders van stoppen-met-roken-programma's, wanneer zij zich richten aan de werkgever, met name op het mentale aspect van gezondheid. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan een toegenomen tevreden gevoel van zijn of haar werknemer(s), nadat zij zijn gestopt met roken. Ligt de focus vanuit de aanbieders van stoppen-met-roken-programma's daarentegen op de

werknemer, dan doen zij veelal een beroep op het fysieke aspect van gezondheid, waarbij valt te denken aan een toegenomen conditie als gevolg van het stoppen met roken.

Aanbieders van stoppen-met-roken-programma's doen, wanneer zij zich op de werkgever dan wel de werknemer richten, echter veel vaker nog een beroep op andere claims, die met de zes dimensies van gezondheid niets te maken hebben. Zo wordt in de meeste gevallen voornamelijk ingespeeld op het financiële voordeel dat stoppen met roken met zich mee zou brengen. Voor werkgevers zou het terugdringen van het roken onder personeel volgens de verschillende aanbieders namelijk een afname aan de verzuimkosten opleveren en zouden tevens de kosten die rookpauzes met zich meebrengen afnemen. Voor werknemers zouden de uitgaven aan rookwaren na het stoppen met roken vanzelfsprekend ook afnemen. Hieruit kan worden opgemaakt dat vaak niet de gezondheid, maar juist het financiële aspect van de werkgever en de werknemer een belangrijk punt blijkt op websites van aanbieders van stoppen-met-roken-programma's. Tevens bleek uit de geanalyseerde teksten van de websites van onder andere *De Opluchting* en *SineFuma*, dat ook het bedrijfsimago een punt is, waarop aanbieders van stoppen-met-roken-programma's zich richten. Wanneer zich voor het bedrijfspanid minder rokend personeel zou verzamelen, dan zou dit het bedrijfsimago positief beïnvloeden.

Uit de analyses van het gecodeerde corpus bleek echter voornamelijk dat het overgrote merendeel van het aantal zinnen niet specifiek aan één van de twee stakeholdergroepen gericht was. Ook in deze zinnen werd met name een beroep gedaan op claims, die vielen in de categorie 'Overig'. Er werd in deze zinnen echter ook regelmatig een beroep gedaan op het mentale aspect van gezondheid, waarbij dan vooral de toegenomen tevredenheid na het stoppen-met-roken een belangrijk punt bleek.

4.2. Discussie

Vanwege het ontbreken van direct vergelijkbaar onderzoek is het niet mogelijk de resultaten vanuit dit onderzoek te vergelijken met resultaten uit andere onderzoeken. In het feit, dat op een dergelijke manier als binnen dit onderzoek niet eerder onderzoek is gedaan naar de manier waarop aanbieders van stoppen-met-roken-programma's zich tot hun afnemers richten, ligt daarom direct een beperking, maar kunnen de resultaten uit dit onderzoek ook gezien worden als een opening.

Wel kunnen eerdere onderzoeken hulp bieden bij het verklaren van de gevonden resultaten binnen dit onderzoek. Hierin is allereerst gekeken naar de frequentie, waarmee aanbieders van stoppen-met-roken-programma's zich tot de werkgever dan wel de werknemer richten. Uit onderzoek van Van Berkel et al. (2014) kwam naar voren, dat wanneer het om iemands leefstijl gaat, hij of zij daar zelf verantwoordelijk voor is. Een werkgever dient alleen voor een veilige en gezonde werkomgeving te zorgen. De resultaten uit dit onderzoek lijken hiermee echter in strijd. Aanbieders van stoppen-met-roken-programma's richten zich op hun websites namelijk veel vaker tot de werkgever dan de werknemer, terwijl de werknemer er zelf voor kiest om te roken of niet.

Een mogelijke verklaring voor het feit dat aanbieders van stoppen-met-roken-programma's in teksten op hun websites met name een beroep doen op de financiële gevolgen van (stoppen-met-)roken ligt tevens in ander reeds bestaand onderzoek: in het verleden zijn namelijk met name de kosten, die het roken onder werkend personeel met zich meebrengt, al vaker onderzocht (Halpern et al., 2001; Jackson et al., 2007; Berman et al., 2013). Aanbieders van stoppen-met-roken-programma's beroepen zich - als zij zich specifiek aan de werkgever richten - het vaakst op claims, die in de categorie 'Overig' vielen. Hierbij komt vooral het financiële voordeel, dat het stoppen met roken met zich meebrengt, naar voren. Ook in het onderzoek van Meershoek et al. (2010) wordt over dit financiële voordeel gesproken. Meershoek et al. (2010) verwachten namelijk dat het actief investeren in het algemene gezondheidsbeleid en het ondersteunen van werknemers bij het maken van gezonde keuzes de werkgever een financieel voordeel op.

Door een beperking, wat betreft het tijdsbestek, van de onderzoeksperiode zijn slechts vijf verschillende websites geselecteerd, geanalyseerd en gecodeerd, wat de resultaten van dit onderzoek mogelijk heeft beïnvloed. De analyse van een groter aantal websites zou mogelijk andere resultaten hebben opgeleverd. Desondanks is door middel van de *simple random sampling*-methode geprobeerd een representatieve steekproef getrokken uit het grotere geheel van aanbieders van stoppen-met-roken-programma's.

Tevens lag in dit onderzoek de focus op de vraag hoe aanbieders van stoppen-met-roken-programma's zich richten tot werkgevers en werknemers. Wanneer in één zin niet direct viel af te leiden of deze gericht was aan de werkgever dan wel de werknemer werd deze gecodeerd als 'Niet aanwezig'. Dit houdt in dat in totaal ruim driekwart van het corpus (75,5 %) wel is

gecodeerd, maar niet als direct aan een bepaalde stakeholdergroep gericht. Omringende zinnen, die volgden op zinnen waarin wel een directe aanspreekvorm te vinden was, hadden wellicht als relevant kunnen worden gezien, maar zijn in dit onderzoek niet meegenomen, vanwege het reeds aangegeven feit dat iedere zin zonder directe aanspreekvorm buiten beschouwing is gebleven. Zinnen waarin geen directe aanspreekvorm te vinden was, rondom zinnen waarin dit wel het geval was, zouden bij een eventueel vervolgonderzoek dan ook wel meegenomen kunnen worden.

Wat bij het coderen van het corpus en het naderhand analyseren van de bevindingen ervan tevens naar voren kwam, is dat aanbieders van stoppen-met-roken-programma's zich vaak beroepen op een andere claim dan behorende tot de zes dimensies van gezondheid. Wanneer aanbieders van stoppen-met-roken-programma's een beroep deden op elke andere claim dan een van de claims behorende tot de zes dimensies van gezondheid, werd dit in de categorie 'Overig' (code 7) geplaatst. Deze code is echter wellicht onvoldoende beperkt, wat ertoe heeft geleid dat erg uiteenlopende claims (zoals bijvoorbeeld het financiële voordeel voor zowel werkgever als werknemer, maar ook de bijdrage aan een positiever imago van de organisatie) in één categorie vielen. Voor een eventueel vervolgonderzoek is het belangrijk om deze categorie beter af te bakenen en er specifieker naar te kijken.

Wat tenslotte als een beperking van dit onderzoek gezien zou kunnen worden, is het feit dat van de organisatie SineFuma zowel de website (www.rookvrijookjij.nl) als de brochure, waarover op de website geadverteerd werd, is meegenomen in het corpus. Dit houdt in dat een deel van het aantal zinnen van het corpus mogelijk dubbel gecodeerd is, omdat de informatie op de website van SineFuma overlapt met die in de brochure. Voor een eventueel vervolgonderzoek is het daarom belangrijk om overeenkomende teksten te scheiden, zodat niet twee keer dezelfde tekst geanalyseerd wordt.

Literatuur:

Allender, S., Colquhoun, D., & Kelly, P. (2006). Competing discourses of workplace health. *Health*, 10(1), 75-93.

Berkel, J. van., Meershoek, A., Janssens, R. M., Boot, C. R., Proper, K. I., & Beek, A. J. van der. (2014). Ethical considerations of worksite health promotion: an exploration of stakeholders' views. *BMC Public Health*. 14, 458.

Berman, M., Crane, R., Seiber, E., & Munur, M. (2014). Estimating the cost of a smoking employee. *Tobacco control*, 23(5), 428-433.

Blom, M. (2014). Obsessief gezond. *Opzij*, 9, 30-33.

Boeije, H., Hart, Harm 't., & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden (8e druk)*. Den Haag: Boom Lemma.

Boer, A. G. E. M. de., Beek, J-C. van., Durinck, J., Verbeek, J. H. A. M., & Van Dijk, F. J. H. (2004). An occupational health intervention programme for workers at risk for early retirement; a randomised controlled trial. *BMJ Journals*. 61, 924-929.

Burdorf, L., Berg, T. van den., & Elders, L. (2008). De invloed van gezondheid en arbeidsomstandigheden op duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers. *Literatuur- en programmaverkenningen participatie en gezondheid - thema 6*. Rotterdam: Erasmus MC.

Hettler, B. (1976). *The six dimensions of wellness*. Geraadpleegd op 20 april, van <http://www.hettler.com/sixdimen.htm>.

Halpern, M. T., Shikar, R., Rentz, A. M., & Khan, Z. M. (2001). Impact of smoking status on workplace absenteeism and productivity. *Tobacco Control*, 10(3), 233-238.

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Smid, H. (2011). How should we define health?. *BMJ Journals*, 343, 1-3.

Jackson, K. C., Nahoopii, R., Said, Q., Dirani, R., & Brixner, D. (2007). An employer-based cost-benefit analysis of a novel pharmacotherapy agent for smoking cessation. *Journal of occupational and environmental medicine*, 49(4), 453-460.

Leijten, F. R., Heuvel, S. G. van den., Ybema, J. F., Beek, A. J. van der., Robroek, S. J., & Burdorf, A. (2014). The influence of chronic health problems on work ability and productivity at work: a longitudinal study among older employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 40(5), 473-482.

Meershoek, A., Barthalomée, Y., Horstman, K. (2010). Vitaal en bevlogen: de economisering van de gezondheid van werknemers. *B&M*, 37 (3), 232-245.

OECD (2014). *Health at a Glance: Europe 2014*. OECD Publishing.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en. Geraadpleegd op 19 maart 2015.

The Lancet (2009). What is health? The ability to adapt. *The Lancet*, 373, 781.

The World Bank (2015). *High income: OECD*. Geraadpleegd op 19 maart 2015, van <http://data.worldbank.org/income-level/OEC>.

Van Dale (2005). *Groot Woordenboek van de Nederlandse Taal*. Utrecht: Van Dale Lexicografie

World Health Organization (1948). *Constitution of the World Health Organization*. New York: 1948.

World Health Organization (2003). *WHO definition of Health*. Geraadpleegd op 19 maart 2015, van <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

World Health Organization (2015). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015*. Genève: World Health Organization.