

Geluk is een werkwoord:

Het verband tussen arbeidsomstandigheden en psychisch  
(on)welbevinden

Rein De Wit

IDEWE, Departement voor Psychosociale Aspecten

De meeste studies rond verband tussen klachten en werkstressoren bestuderen de prevalentie van klachten vanuit de werkomstandigheden. In deze bijdrage werd vertrokken vanuit verschillen in psychisch onwelbevinden bij 10.000 Vlaamse werknemers. In deze studie werd nagegaan of en in welke mate verschillen in onwelbevinden kunnen toegeschreven worden aan variatie in jobstressoren. Psychisch gezonde werknemers rapporteerden lagere jobeisen, meer beslissingsruimte, meer sociale steun en minder jobonzekerheid. De fysieke werkdruk had weinig invloed op het psychisch onwelbevinden. Het sterker gevoel van onwelbevinden bleek bovendien gerelateerd aan meer psychosomatische klachten, een slechter algemeen fitheidsgevoel, meer burnoutgevoelens en een hoger ziekteverzuim. Rekening houdende met de beperkingen van het onderzoek worden deze resultaten bediscussieerd in functie van de relevantie voor stresspreventie-en interventietrajecten.

## *Inleiding*

### *1. Stress: feit of fictie?*

*“Het grootste gevaar van werken is dat men het op het laatst prettig gaat vinden.” (C. Buddingh)*

Het begrip “stress” is stilaan een uitgehold concept geworden. Net zoals een kameleon van kleur verandert in functie van de achtergrond, zo vertaalt het stressconcept zich steeds opnieuw in verschillende deelbegrippen. Stress kan immers gedefinieerd worden als een verzameling van psychologische, somatische en psychosomatische klachten. Elk van deze potentiële gevolgen vindt wel eens zijn weg naar het mediagebeuren. Zo vinden we in de gepopulariseerde literatuur “bestsellers” als slaapstoornissen, hartklachten en chronische vermoeidheid terug. De ‘burnout’-rage hebben we nog niet zo lang geleden gehad en momenteel is pestgedrag een druk besproken onderwerp. Onder andere door de onophoudelijke media-aandacht ontlokt het stressconcept vandaag de dag bij kritische denkers niet meer dan een schalkse glimlach. Klachten worden weggelachen als een modefenomeen, een dankbaar onderwerp om tijdschriften mee te vullen. De stressproblematiek zou immers niet groter zijn dan vroeger, er wordt alleen meer over gepraat. De werknemer van de 21e eeuw heeft een comfortabele functie, zit in een ergonomisch verantwoorde stoel en verdient een goed salaris: de ideale positie om zich zorgen te maken over werkstress, hartklachten en burnout. De verwachting dat het werk inhoudelijk interessant moet zijn, is de laatste jaren daadwerkelijk in sterke mate toegenomen (De Witte e.a., 2001).

Er is bedroevend weinig valide onderzoek over de prevalentie van stressgerelateerde klachten. In een groot cross-sectioneel onderzoek van de European Foundation for the

Improvement of Living and Working Conditions bij 12.500 werknemers uit 12 Europese landen (waaronder België) werd vastgesteld dat 30 % van de werknemers aangaf dat zijn/haar gezondheid gevaar liep omwille van het werk (Andries e.a., 1996). Specifiek voor de Belgische werknemer bleek uit een andere Europese enquête (1996) dat 23% van de ondervraagde Belgische werknemers stressklachten rapporteerde (Janssens, 1997). Dit zou kunnen betekenen dat driekwart miljoen van de werknemers reeds vijf jaar geleden klachten had. Het Nationaal Onderzoeksinstituut voor arbeidsomstandigheden (NOVA) stelde vast dat een derde van het langdurige ziekteverzuim met werkstress te maken heeft en uit studies van het Hoger Instituut van de Arbeid (HIVA) bleek dat bij de keuze voor vervroegde pensionering werkdruk in 18% van de gevallen een rol speelt. Longitudinaal vergelijkend onderzoek over de periode van 1977 tot en met 1986 toonde een aantal opmerkelijke ontwikkelingen (Houtman e.a., 1996). Er kon geen consistente ontwikkeling in de tijd worden vastgesteld voor wat betreft fysiek belastende factoren. Het percentage werknemers dat aangaf onder een hoog tempo te moeten werken, steeg echter in die periode met 13 % . Ook de ontwikkeling in de tijd van ‘gebrekkige aansluiting tussen werk en opleiding’ en “gebrekkige promotiemogelijkheden” was ongunstig.

De vraag of stress nu meer dan vroeger een probleem vormt, is in zekere zin irrelevant. Het weinige onderzoek dat werd uitgevoerd, geeft voorzichtige aanwijzingen dat werkstress voor vele werknemers op dit moment een probleem vormt. Dit is een gegeven dat *op zich* belangrijk genoeg moet zijn omwille van humanitaire redenen: mensen hebben recht op arbeid die hun welzijn bevordert (De Witte e.a., 2001).

Er bestaan immers weer heel wat studies waaruit blijkt dat wie wél werkt, langer leeft. Zo stelde het Franse Nationale Instituut voor de Statistiek (INSEE)<sup>1</sup> bijvoorbeeld vast dat wie zonder werk zit, in de eerste vijf jaar na het ontslag twee tot drie keer meer kans heeft om te sterven dan zijn werkende leeftijdsgenoot. Het valt op dat onderzoek naar werkstress gekenmerkt wordt door een negatieve focus: het is gericht op onwelbevinden en ongezondheid in plaats van op welbevinden en gezondheid (Schaufeli & Bakker, 2001).

---

<sup>1</sup>Deze data maken deel uit van een groter bestand (n=13.376). Enkel de groep van werknemers waarvoor een GHQ-score beschikbaar was, werden geselecteerd. Deze data werden verzameld door IDEWE en ISW. Het onderzoeksprotocol werd mede ontwikkeld in samenwerking met de Onderzoeksgroep voor Stress, Gezondheid en Welzijn, Departement Psychologie, K.U.Leuven.

Onderzoek naar positieve gevoelens tijdens en ten aanzien van het werk, vitaliteit en arbeidsbetrokkenheid is schaars. Belangrijker dan de vraag wat mensen ziek maakt, is misschien de vraag: wat maakt ze gezond?

## ***2. Stress zit in het hoofd***

Stressmanagement of -weerbaarheidstrainingen zijn in. Zulke initiatieven gaan ervan uit dat individuele factoren onderliggend zijn aan het hele stressgebeuren. De stressoren waaraan men binnen de werksituatie wordt blootgesteld, zijn voor iedereen ongeveer dezelfde; mensen verschillen echter onderling sterk in de mate waarin ze ermee kunnen omgaan. Persoonlijkheidsfactoren spelen daarbij een belangrijke rol. Het is moeilijk te sleutelen aan de persoonlijkheid van mensen. Je kan hen echter wél leren potentieel stresserende situaties op een positieve manier cognitief te herinterpreteren en ervoor te zorgen dat dagelijkse blootstelling aan moeilijke arbeidsomstandigheden niet gemakkelijk in stressklachten resulteert (relaxatie, gezond eten en drinken, geregeld sporten).

Tot op vandaag vormen programma's die zich richten op de individuele werknemer, de hoofdbrok van het aanbod van stress-preventieprogramma's. Pogingen tot het herleiden van stress op de werkplek kunnen echter het probleem voor sommige werknemers vergroten. Veelal wordt bij stressmanagement te snel en te ondoordacht te werk gegaan. Werknemers krijgen te weinig accurate informatie over stressklachten, waardoor dagdagelijkse gevoelens beangstigend kunnen worden en ze zich nodeloos zorgen beginnen te maken.

Los van individuele gevoeligheden en verschillende copingstijlen van werknemers kunnen er in de werksituatie factoren worden gedetecteerd die klachten bij een groep van werknemers (een afdeling, dienst of bepaalde functie) veroorzaken. Internationale vergelijkende studies tonen aan dat programma's die gericht zijn op het reduceren van dergelijke stressoren in de werksituatie, een belangrijk positief effect hebben (Karasek, 1992; Murphy, 1995). Een concrete werksituatie is helaas één van de moeilijkst te omschrijven situaties. We tellen onnoemelijk veel verschillende organisaties, instellingen en functies. Zelfs personen die in eenzelfde bedrijf werkzaam zijn en in hetzelfde lokaal eenzelfde taak moeten uitvoeren, doen dit uiteindelijk toch in verschillende omstandigheden. Zo kunnen zij bijvoorbeeld in een andere relatie met hun verantwoordelijke staan of aan een beter of slechter functionerende computer werken. Bestaat er dan wel zoiets als een "universele"

stressor? We vinden in de onderzoeksliteratuur toch verschillende theoretische modellen terug die het bestaan van universele factoren omschrijven. De veelheid van theoretische onderzoeksmodellen werd elders uitvoerig beschreven (zie o.a. Kompier & Pot, 1993).

### ***3. Kritische factoren in de werksituatie***

Het job demands-control model (Karasek en Theorell, 1990) is ongetwijfeld één van de meest geciteerde modellen. Dit model werd ontwikkeld na uitgebreid empirisch onderzoek en blinkt uit omwille van zijn eenvoud. De vragenlijst die naar de variabelen in het model peilt, wordt de *Job Content Questionnaire* genoemd (Karasek, 1985). De lijst peilt naar twee belangrijke jobkenmerken: de psychologische jobvereisten (hoe snel en hard moet men werken?) en de controlemogelijkheden van de werknemer. In deze laatste factor wordt een onderscheid gemaakt tussen de leermogelijkheden (d.i. de mate waarin iemand zijn vaardigheden kan ontplooiën in de job) en diens beslissingsruimte (bijvoorbeeld de mogelijkheid om beslissingen te nemen over het tijdstip en de manier waarop een reeks van taken kan worden uitgevoerd). Een belangrijk uitgangspunt in de theorie van Karasek en Theorell is dat zware jobvereisten op zich niet altijd klachten zullen veroorzaken. Het zijn vooral de omstandigheden waarin het werk moet worden verricht, die stresserend kunnen werken. De combinatie van hoge eisen en weinig controlemogelijkheden veroorzaakt volgens hen een stresseffect dat groter is dan het additief effect van beide factoren ("interactiehypothese"). Johnson en Hall (1988) voegden nog een derde dimensie toe aan het model: de sociale steun die een werknemer ervaart, zowel van collega's als van de directe verantwoordelijke.

Uit onderzoek blijkt dat bepaalde combinaties van deze drie jobkarakteristieken een belangrijke invloed hebben op de gezondheid. Vooral in beroepen waarbij werknemers blootgesteld worden aan hoge eisen, beperkte regelmogelijkheden en weinig sociale steun ervaren, ontstaan er gezondheidsklachten. Wanneer we terugverwijzen naar het onderzoek van Andries e.a (1996) dan stellen we vast dat 52 % van de werknemers in jobs met hoge eisen en weinig controlemogelijkheden hun gezondheid bedreigd vinden. In een jobcontext waarbinnen de eisen hoog blijven maar de controlemogelijkheden ook hoog zijn, zien we een

reductie tot 37% in dit gepercipieerde gevaar. Werknemers die hun gezondheid het minst bedreigd vinden, situeren zich in de jobs met lage eisen en veel controlemogelijkheden. Ook het verband tussen bovenbeschreven jobkenmerken en cardiovasculaire aandoeningen werd uitgebreid onderzocht (voor een overzicht, zie Schnall e.a., 1994 en Theorell & Karasek, 1996). Er werden relaties vastgesteld tussen de jobkenmerken en ziekteverzuim (o.a. Niedhammer e.a., 1998; Otten e.a., 1998), de mentale gezondheidstoestand (Mino e.a., 1999; Stansfield e.a., 1999) en rugklachten (Devereux e.a., 1999). Dit neemt niet weg dat er in een aantal studies geen evidentie voor het model werd gevonden (voor een overzicht, zie ook Schnall e.a., 1994 en Theorell & Karasek, 1996). Vooral de interactiehypothese (niet zozeer de jobkenmerken op zich, maar de combinatie is belangrijk, bijvoorbeeld hoge eisen en lage controle) wordt in de literatuur zwaar op de korrel genomen (Van Der Doef & Maes, 1999). Uit de geciteerde overzichten besluiten de auteurs dat de meeste studies evidentie leveren voor het model, maar dat verder onderzoek noodzakelijk is.

Het valt op dat in het merendeel van de studies in dit domein (rond verband tussen klachten en werkstressoren) de arbeidsomstandigheden als uitgangspunt worden genomen: vanuit de werkomstandigheden wordt de prevalentie van klachten bestudeerd. Vragen die frequent opduiken in de literatuur, zijn bijvoorbeeld: hebben werknemers die aan hoge eisen worden blootgesteld, meer hartklachten? Of: correleert weinig sociale steun van collega's met één of meerdere componenten van burnout? Eén van de moeilijkheden bij dergelijke studies is vaak het bepalen van de normen voor de gebruikte schalen. Vanaf welke score op een antwoordschaal spreekt men van hoge jobeisen of van een lage sociale steun? Gegevens uit Nederland of de Verenigde Staten moeten noodgedwongen als norm fungeren, of bestaande scores worden in tertielen opgedeeld zodat op basis van de eigen steekproefgegevens normen bepaald worden. Op die manier zijn natuurlijk enkel relatieve vergelijkingen mogelijk.

De grote verscheidenheid aan theoretische modellen waarvoor elk afzonderlijk empirische evidentie werd vergaard, maakt spijtig genoeg dat er weinig internationale gegevens zijn. Deze diversiteit in gebruikte vragenlijsten vinden we niet terug bij metingen van de geestelijke gezondheidstoestand van mensen. De General Health Questionnaire (GHQ)(Goldberg, 1972, Koeter en Ormel, 1991) bijvoorbeeld wordt sinds 1972 over de hele wereld (ook in Nederland en Vlaanderen) gebruikt om geestelijke gezondheidsproblemen

op te sporen. De score van een individu op de GHQ kan worden gebruikt als toestandsmaat, d.i. de maat voor de ernst van niet-psychotische psychopathologie. Items die persoonlijkheidstrekken benadrukken, werden niet in de vragenlijst opgenomen.

Dit alles maakt de GHQ-score tot een geschikte maat van stress.

In de studie die hier gepresenteerd wordt, werd vertrokken van deze verschillen in psychisch onwelbevinden tussen werknemers. Het hoeft geen betoog dat een diversiteit van factoren het psychisch welbevinden kunnen beïnvloeden (o.a. de mate van fysiek welbevinden, de thuissituatie, ..). We kunnen ons echter ook de vraag stellen of verschillen in welbevinden verband houden met verschillen in de werksituatie van werknemers en/ of verschillen in welbevinden gerelateerd zijn aan andere klachten. Verwijzende naar de inleiding kunnen we ook veronderstellen dat het werken in een stimulerende job en een aangenaam werkklimaat in belangrijke mate kan bijdragen tot het welbevinden van mensen. Daarom besteden we in deze bijdrage extra aandacht aan de vraag welke arbeidsomstandigheden maken dat mensen zich goed voelen in hun vel.

Heel concreet kunnen we al deze vragen vertalen in de volgende drie grote onderzoeksvragen:

- 1) Hoe verhouden psychisch onwelbevinden en relevante werkstressoren zich tot elkaar (3.2) ? Daarop aansluitend: kunnen we bepaalde werkfactoren (of combinaties ervan) detecteren die het welbevinden potentieel bevorderen?
- 2) Kan (en in welke mate) de variatie in psychisch onwelbevinden van werknemers toegeschreven worden aan de variatie in hun werkomstandigheden (3.3)?
- 3) Zijn de verschillen in onwelbevinden gerelateerd aan andere klachten (jobontevredenheid, psychosomatische klachten, burnout, algemeen fitheidsgevoel en ziekteverzuim) (3.4)?

## **2. Methode**

### **2.1. Steekproef**

De onderzoekspopulatie werd samengesteld uit werknemers die, op vraag van de werkgever, in het kader van een stressenquête in de periode 1996-2001 een vrijwel identieke

vragenlijst invulden<sup>2</sup>. 9998 (38 % mannen) werknemers uit 34 verschillende organisaties vulden op anonieme en vrijwillige basis het enquêteformulier in. De bevroegde organisaties waren voornamelijk ziekenhuizen, RVT's en overheidsinstellingen. De onderzochte populatie bestond uit een heterogene groep van personeel, alhoewel het aandeel van administratief (42 %), verpleegkundig en verzorgend personeel (27 %) het grootste was. Verder detecteerden we in de proefgroep o.a. schoonmaak- en keukenpersoneel (5 %), technisch personeel (6 %) en medisch/paramedisch personeel (5 %). Vierenzestig procent van de respondenten werkte voltijds, de overgrote meerderheid (71%) in vaste dagdienst. Twaalf procent van de ondervraagden had een lagere opleiding gevolgd (lager onderwijs of lager middelbaar), 33 % een hoger middelbare en 55% een hoger niet-universitaire of een universitaire opleiding.

## 2.2. Vragenlijst

Naast uit een *algemeen deel* met demografische (o.m. leeftijd, geslacht, anciënniteit, opleidingsniveau) en organisatorische informatie (zoals dienstrooster, beroepscategorie, e.a.), bestond de vragenlijst hoofdzakelijk uit verschillende gevalideerde batterijen om werkstressoren en stressklachten of 'strains' te bevroegen.

Het *algemeen psychisch welbevinden* werd bevroegd door de General Health Questionnaire (GHQ-12), ontworpen door Goldberg (1972) en in het Nederlands vertaald door Koeter & Ormel (1991). Kenmerkend is het individu-gebonden referentiekader van de items: de respondent moet de huidige toestand vergelijken met de voor hem normale toestand (bv. men voelt zich helemaal niet, niet meer, een beetje meer of veel ongelukkiger dan vroeger). Componenten die aan bod komen zijn o.a. emotionele instabiliteit (bv. zich ongelukkig en neerslachtig voelen, zichzelf als een waardloos iemand beschouwen), verwardheid (bv. zich niet kunnen concentreren op zij/haar bezigheden) en de neiging om somatische klachten te ontwikkelen (bv. slaapstoornissen). De interne consistentie van de schaal in onze steekproef (Cronbachs Alpha) was .89.

De 'Job Content Questionnaire' (Karasek, 1985) peilde naar de kernvariabelen uit het model van Karasek & Theorell (1990). Volgende *jobstressoren* werden ermee bevroegd: *jobeisen* (o.a. erg snel en hard moeten werken) (schaal = 12-48) (alpha=0,75), *leermogelijkheden* (o.a. op het

---

werk de mogelijkheid hebben zich verder te bekwamen) (schaal = 12-48) ( $\alpha=0,75$ ), *beslissingsruimte* (o.a. de vrijheid hebben om te beslissen hoe men het werk doet) (schaal = 12-48) ( $\alpha=0,0,71$ ), *sociale steun vanwege collega's en verantwoordelijke* (o.a. hulp en vriendelijkheid) (schaal = 4-20) ( $\alpha=0,87$  en  $0,74$ ), *fysieke werkdruk* (o.a. tillen van lasten) (schaal = 3-12) ( $\alpha=0,82$ ) en *jobonzekerheid* (schaal = 5-20) ( $\alpha=0,64$ ).

Als maat voor de *stressklachten* werd eveneens aan de Job Content Questionnaire de maat voor *psychosomatische klachten* ontleend (Karasek, 1985). Er werden tien klachten bevraagd (o.a. vermoeidheid, zweterige handen, gebrek aan eetlust, rugpijn). Het aantal klachten dat een respondent rapporteerde (min. géén, max. tien), werd hier als score gehanteerd ( $\alpha=0,81$ ). Ook een maat voor *jobtevredenheid* werd aan de JCQ ontleend (schaal 5-20) ( $\alpha=0,83$ ). Ziekteverzuim werd bevraagd door het aantal keer en het aantal dagen dat men gedurende de laatste 12 maanden afwezig was te schatten. Als maat voor de gezondheid werden respondenten gevraagd hun eigen fitheidsniveau in te schatten (goed, redelijk, slecht). Tot slot werden de Maslach Burnout Inventory (Schaufeli & Van Dierendonck, 1995) en de Utrechtse Burnout Schaal (Schaufeli, 1995) opgenomen om te peilen naar de mate van *burnout* van de respondenten in respectievelijk contactuele ( $\alpha=0,75$ ) en niet-contactuele ( $\alpha=0,68$ ) beroepen. Meer specifiek werden drie componenten van burnout gemeten: gevoelens van emotionele uitputting, distantie en (een gebrek aan) persoonlijke bekwaamheid.

Bij elke individuele vragenlijst werd een begeleidend schrijven van de bedrijfsarts gevoegd, waarin het opzet en de doelstellingen van de studie kort werden uitgelegd en waarin aan de werknemers een vertrouwelijke behandeling van de informatie werd gegarandeerd.

### **3. Resultaten**

#### **3.1. Psychisch onwelbevinden in de steekproef**

Gemiddeld genomen scoren de respondenten 2,4 ( $SD=3,1$ ) op de 12-puntenschaal (mediaanscore = 1, modus = 0). De GHQ-score is in deze populatie in sterke mate negatief scheef verdeeld, wat betekent dat de meeste respondenten laag scoren op deze schaal.

Eénenveertig procent van de bevraagden heeft score 0: zij rapporteren op het moment van

de afname geen enkel verschil met hun normaal niveau van psychisch functioneren (relatief psychisch gezonde werknemers). We kunnen geen significant geslachtsverschil vaststellen ( $t < -.10$ )

Het psychisch onwelbevinden stijgt in functie van de leeftijd ( $F(4, 9920) = 26,08$ ,  $p < .001$ ), enkel in de hoogste leeftijdscategorie (>55 jaar) merken we weer terug een daling in GHQ-score.

Werknemers met een GHQ-score 0 (percentiel 25) werden geselecteerd als de meest gezonde, die met een score 4 of hoger (percentiel 75) als de minst gezonde werknemers. De conventionele drempelwaarden zijn 1 of 2, maar in populaties waarbij men kan verwachten dat personen geneigd zijn om meer klachten te presenteren, wordt het aangeraden (Koeter en Ormel, 1991) de drempelwaarde wat hoger te kiezen.

### 3.2. Psychisch onwelbevinden: verband met de jobstressoren?

*Jobeisen en controlemogelijkheden* (figuur 1). Psychisch gezonde werknemers rapporteren significant minder eisen ( $t(9612) = -26,20$ ,  $p < .001$ ) en meer beslissingsruimte ( $t(9835) = 15,40$ ,  $p < .001$ ) dan werknemers die aangeven psychisch ongezonder te zijn. Wat betreft de leermogelijkheden in de werksituatie vinden we geen significant verschil tussen beide groepen ( $t = 1,55$ ).

De interactie tussen eisen en controlemogelijkheden in beide groepen (relatief gezonde en ongezonde) werknemers levert interessante informatie op. In figuur 2 wordt voorgesteld hoeveel procent van de psychisch ongezonde werknemers zich in een bepaalde jobsituatie bevinden. Achtenveertig procent van de psychisch ongezonde werknemers zitten in een jobsituatie waarin de eisen te hoog zijn in vergelijking met de controlemogelijkheden. Twintig procent situeert zich in de categorie "hoge eisen en lage controlemogelijkheden" (d.i. de 'hoog risico' groep). Dertien procent van de groep met psychische klachten rapporteert hoge eisen en matige controle, nog eens 15 % situeert zich in de jobsituatie gekarakteriseerd door een combinatie van matige eisen en lage controlemogelijkheden. In figuur 3 worden de psychisch gezonde werknemers in hun jobcombinaties voorgesteld. Vijf procent van deze relatief gezonde respondenten situeert zich in een job waarbij de combinatie hoge eisen en lage controlemogelijkheden primeert. De grootste groep (18 %) zit in de categorie die gekenmerkt wordt door lage eisen en matige controlemogelijkheden.

*Sociale steun* (figuur 4). Psychisch gezonde werknemers ervaren meer sociale steun, zowel van hun verantwoordelijke ( $t(9557) = 21,45, p < .001$ ), als van hun collega's ( $t(9532) = 11,93, p < .001$ ).

*Fysieke werkdruk*. Werknemers met een hoog psychisch onwelbevinden rapporteren een sterkere fysieke werkdruk ( $M = 6,75$  versus  $M = 6,52$ ) ( $t(9815) = -4,71, p < .001$ ).

*Jobonzekerheid*. Psychisch gezonde werknemers percipiëren minder jobonzekerheid dan psychisch ongezonde ( $M = 10,37$  versus  $M = 11,10$ ) ( $t(9353) = -14,37, p < .001$ ).

### 3.3. Variatie in psychisch onwelbevinden in functie van de arbeidsomstandigheden

Door middel van een discriminantanalyse werd nagegaan in welke mate de GHQ-score correct verspeld kon worden (psychisch gezond versus ongezond) op basis van de arbeidsomstandigheden. De scores van 8405 subjecten konden in deze analyse betrokken worden. De volgende voorspellende stressoren werden opgenomen: jobeisen, controlemogelijkheden, sociale steun, fysieke werkdruk en jobonzekerheid. Alle stressoren leveren een significante bijdrage: 64 % van de werknemers kan correct geclassificeerd worden ( $\text{Wilks' Lambda} = 0,897, \text{chi-kwadraat} = 916,54, p < .001$ ). Zevenenzestig van de foutief geklasseerde werknemers situeren zich in de categorie "minder goede arbeidsomstandigheden en toch gezond".

Bij wijze van illustratie focussen we ons op de groep van "verpleegkundig en verzorgend personeel". De taken die verpleegkundigen moeten vervullen, zijn gelijkaardig, toch zien we grote verschillen in psychisch onwelbevinden in functie van de concrete organisatiestructuur waarbinnen ze werkzaam zijn ( $F(9, 2546) = 2,87, p = .002$ ).

### 3.4. Psychisch onwelbevinden: verband met de andere klachten?

Psychisch onwelbevinden correleert significant met alle andere bevraagde klachten ( $p < .001$ ). In tabel 1 worden deze correlaties voorgesteld.

*Jobontevredenheid.* Werknemers met een relatief hoog psychisch onwelbevinden rapporteren een hogere ontevredenheid dan hun gezonde collega's ( $\underline{M}=11,28$  versus  $\underline{M}=9,45$ ) ( $t(9493)=-29,52$ ,  $p<.001$ ).

*Psychosomatische klachten.* Psychisch ongezonde werknemers hebben ook gemiddeld meer psychosomatische klachten ( $\underline{M}= 3,7$  vs  $\underline{M}= 2,3$ ) ( $t(7265)= 29,84$ ,  $p<.001$ )

*Burnout contactuele beroepen.* Werknemers met een hoog onwelbevinden zijn meer emotioneel uitgeput ( $\underline{M}=15,39$  versus  $\underline{M}=8,53$ ) ( $t(2090)= -19,76$ ,  $p<.001$ ), ervaren een sterkere distantie ten aanzien van hun patiënten ( $\underline{M}=4,85$  versus  $\underline{M}=3,31$ ) ( $t(2039)= -9,44$ ,  $p<.001$ ) en hebben een significant lager gevoel van persoonlijke bekwaamheid ( $\underline{M}=28,38$  versus  $\underline{M}=29,67$ ) ( $t(1981)= 4,15$ ,  $p<.001$ ).

*Burnout niet-contactuele beroepen.* Ook binnen deze populatie stellen we vast dat werknemers met een hoog onwelbevinden meer emotioneel uitgeput zijn ( $\underline{M}=2,13$  versus  $\underline{M}=1,10$ ) ( $t(5054)= -31,21$ ,  $p<.001$ ), een sterkere distantie ten aanzien van hun werk ervaren ( $\underline{M}=2,13$  versus  $\underline{M}=1,29$ ) ( $t(4895)= -25,40$ ,  $p<.001$ ) en een significant lager gevoel van competentie hebben ( $\underline{M}=4,05$  versus  $\underline{M}=4,4$ ) ( $t(4916)= 12,01$ ,  $p<.001$ ) dan hun psychisch gezondere collega's.

*Ziekteverzuim.* Van de groep psychisch gezonde werknemers geeft 47 % aan niet ziek te zijn geweest in het afgelopen jaar, tegenover 40 % in de relatief ongezonde groep ( $\underline{\text{Chi-kwadraat}}=34,37$ ,  $p<.001$ ). Ook het gemiddeld aantal keer (1,98 versus 1,64 keer) ( $t(4218)= -4,87$ ,  $p<.001$ ) en de gemiddelde verzuimduur per verzuimer (10,6 versus 16,27 dagen) is significant hoger bij werknemers met een hoog onwelbevinden ( $t(4149)= -5,52$ ,  $p<.001$ ).

*Algemeen fitheidsgevoel.* 65 % uit de groep werknemers met een GHQ-score van 0 voelt zich fit, 33 % redelijk fit en 2 % niet fit. In de groep van werknemers met een GHQ-score van 4 of meer bedragen deze percentages respectievelijk 38 %, 53 % en 9 % ( $\underline{\text{Chi-kwadraat}}=578,58$ ,  $p<.001$ )

### 3. Discussie

#### 3.1. Beperkingen van de studie

Vooreerst valt het op dat de bevraagde werknemers gemiddeld hoog scoren op de schaal die hun psychisch onwelbevinden meet wanneer we vergelijken met de GHQ-gemiddelden (GHQ-score=1,4) voor de Vlaamse bevolking (van + 24 jaar) uit de in 1997 uitgevoerde gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur (Demarest e.a., 1997).

De meest voor de hand liggende verklaring is dat er een belangrijke selectievertekening optrad in de steekproef. We kunnen inderdaad op verschillende niveaus een selectie veronderstellen. Een eerste vorm van selectie gebeurde op het vlak van de organisatie. De bevraagde instellingen werkten op vrijwillige basis mee aan het onderzoek; ze zetten zelf de eerste stap in de vraag naar een doorlichting. Het is mogelijk dat vooral organisaties waar zich reeds problemen stelden, vragende partij waren voor een screening. We kunnen dan ook veronderstellen dat het psychisch onwelbevinden van de werknemers in zulke ondernemingen groter is. Ten tweede, werknemers binnen de gescreende organisaties werkten eveneens op vrijwillige en anonieme basis mee aan het onderzoek. Het responspercentage schommelde sterk van organisatie tot organisatie (gaande van 51 % tot 85 %). Onderzoek naar de populatie van de nonresponders is schaars; het zou dus mogelijk kunnen zijn dat in hoofdzaak werknemers met klachten de lijst invulden.

Het is dus duidelijk dat de gerapporteerde studie geen prevalentiestudie is naar het voorkomen van psychisch onwelbevinden bij de Vlaamse beroepsbevolking. Alhoewel de gescreende populatie geen representatieve steekproef is, was de variatie in score op psychisch onwelbevinden toch voldoende groot om het verband met werkomstandigheden te bestuderen.

Een tweede kanttekening die we bij de verzamelde gegevens kunnen maken, heeft betrekking op het beperkt aantal bevraagde variabelen. We hebben ons in deze studie toegespitst op jobstressoren die vooral naar arbeidsinhoud (aard en niveau van het werk en de wijze waarop taken moeten worden uitgevoerd) en arbeidsverhoudingen (sociale relaties tussen collega's en verantwoordelijke) verwijzen. Arbeidsvoorwaarden (o.a. loonafspraken en werktijdenregeling), noch concrete arbeidsomstandigheden (klimatologische omstandigheden en veiligheid) kwamen in voorliggende studie aan bod (zie Van Ruyseveldt, e.a. (1998) voor een overzicht). We merken bovendien op dat de variabele "beslissingsruimte" ook op een strikte manier geconceptualiseerd werd (in aansluiting op de

meting door Karasek zelf ontwikkeld in de Job Content Questionnaire). In tegenstelling tot de eigenlijke betekenis van het concept (inspraak in de wijze waarop taken worden uitgevoerd), wordt in de JCQ vooral gepeild naar globale inspraakmogelijkheden op het werk. Mogelijks wint de variabele beslissingsruimte aan belang wanneer deze ook in termen van taakcontrole geoperationaliseerd wordt. We spitsten ons bovendien toe op één stressmaat, namelijk het psychisch onwelbevinden. Zoals in de inleiding reeds vermeld, is "stress" een paraplu-concept, waaronder zich verschillende uitingsvormen verschuilen (Levental & Tomarken, 1987). We kunnen een onderscheid maken tussen klachten op fenomenologisch niveau (een verscheidenheid aan subjectieve toestanden, zoals bv. onwelbevinden, burnout en psychosomatische klachten), klachten op gedragsmatig vlak (bv. copingsmechanismen als reacties op ervaren emoties), klachten op fysiologisch en op sociaal niveau. Wij hebben ons toegespitst op een beperkt aantal subjectieve en gedragsmatige (o.a. ziekteverzuim en doktersbezoek) klachten. Mogelijks verhouden jobstressoren zich verschillend ten aanzien van elk van deze klachten. Naar analogie met de bevinding dat globale tevredenheid door andere factoren beïnvloed wordt bij mannen dan bij vrouwen en ook varieert in functie van de leeftijd (De Witte e.a., 2001), kunnen we verwachten dat ook factoren die het psychisch onwelbevinden beïnvloeden (en hun interacties) afhankelijk zijn van een aantal variabelen. Andries e.a. (1996) stelden zelfs verschillen tussen Europese landen vast. Het hoeft nauwelijks nog gezegd dat diepgaander onderzoek noodzakelijk is. Tot slot vinden we het belangrijk erop te wijzen dat voorliggende resultaten niet gebaseerd zijn op longitudinaal onderzoek: er kunnen met andere woorden geen causale verbanden worden gelegd. De resultaten van voorliggende studie kunnen onderhevig zijn aan verschillende vormen van perceptuele vertekeningen. Stel bijvoorbeeld dat sommige werknemers het leven door een 'roze bril' bekijken, terwijl anderen een zwarte bril ophebben. Zowel de werkomstandigheden als de eigen psychische gezondheid worden dan, ongeacht de werkelijke situatie, steeds als goed versus slecht ingeschat. Het hypothetisch dragen van een roze of zwarte bril wordt in wetenschappelijke termen omschreven als laag of hoog scoren op de persoonlijkheidstrekk "negative affectiviteit", de neiging om aversieve emotionele toestanden te ervaren (Watson en Clark, 1984). Individuen met een hogere NA-score zijn sneller geneigd om zich onbehaaglijk en ontevreden te voelen, blijven langer stilstaan bij hun fouten en tekortkomingen en focussen zich vaker op het negatieve. Indien

NA zowel de perceptie van jobstressoren als de stressklachten beïnvloedt, kan dit resulteren in een - onterechte - verhoging van de correlatie tussen stressoren en klachten (schijnverband). Voor een uitgebreid overzicht van de literatuur in dit verband verwijzen we naar De Witte, De Wit en Van den Bergh (submitted). Uit eigen analyses op dezelfde data als diegene die hier verwerkt werden, konden we besluiten dat er weinig evidentie is om NA op te vatten als een algemene klaagfactor: de correlaties tussen werkstressoren en stressklachten daalden, maar verdwenen niet volledig als gecontroleerd werd voor NA.

### 3.2. Antwoord op de drie gestelde vragen

Welke antwoorden kunnen we op basis van voorliggende data-exploratie geven op de vragen rond het verband tussen jobstressoren en psychisch onwelbevinden?

3.2.1. *Vraag 1: Hoe verhouden psychisch onwelbevinden en relevante werkstressoren zich tot elkaar? Kunnen we bepaalde werkfactoren (of combinaties ervan) detecteren die het welbevinden potentieel bevorderen?* De meeste werknemers hadden een lage score op de GHQ. Dit betekent dat het gros van de werknemers zich goed voelen in hun vel, maar dat er toch een groep is die een afwijking in het normale functioneren rapporteert. Door exploratie van de verzamelde gegevens kunnen we vaststellen dat er een verband is tussen dit ervaren onwelbevinden en diverse factoren in de werksituatie. Psychisch gezonde werknemers rapporteren lagere eisen, meer beslissingsruimte, meer sociale steun en minder jobonzekerheid.

We stellen vast dat er meer variatie is in werkomstandigheden bij psychisch ongezonde werknemers dan bij psychisch gezonden. Het is duidelijk dat bij relatief gezonde werknemers de eisen laag of matig zijn, de variabiliteit in de controlemogelijkheden lijkt hier niet zo belangrijk. In de groep van psychisch ongezonde werknemers blijkt de controledimensie een grotere rol te spelen. "Het geluk van de één lijkt op dat van de ander, maar ieder ongeluk heeft zijn eigen bijzonder karakter" schreef Tolstoj (1877) in Anna Karenina. Vooraleer we tot zo'n conclusie kunnen komen, is verdere exploratie van de data echter nodig. De differentiatie kan immers ook te maken hebben met het gegeven dat er ook in de GHQ-score meer variatie zat in scores van psychisch ongezonde werknemers (score van 4 tot 12) dan bij die van psychisch gezonden (score 0).

Het lijkt alvast een gouden regel te zijn: om werknemers psychisch gezond te houden, mogen de eisen die gesteld worden niet te hoog zijn. Ook Andries e.a. (1996) stelden vast dat de sterkte van de psychologische jobvereisten de meest belangrijke factor is in de perceptie van gevaar voor de eigen gezondheid. Het compenseren van hoge eisen door hoge controlemogelijkheden biedt, in tegenstelling tot wat Karasek en Theorell (1990) stellen, wellicht niet altijd garanties voor geluk en gezondheid.

Op basis van de resultaten van het onderzoek kunnen we alvast het klavertje vier van de arbeidsomstandigheden in het leven roepen: aangepaste eisen, voldoende beslissingsruimte om hiermee om te gaan, goede sociale steun en voldoende jobzekerheid. Alhoewel deze laatste factor niet genoemd wordt in het theoretisch model van Karasek, blijkt uit onderzoek dat jobonzekerheid één van de belangrijkste stressoren in de werksituatie is (De Witte, 1999). Longitudinale studie maakt een causale interpretatie hier wél mogelijk: jobonzekerheid veroorzaakt een verlaging van welzijn en tevredenheid (De Witte e.a., 2001). De dreiging van jobverlies (het onvoorspelbare en oncontroleerbare karakter van deze ervaring) zou even schadelijk zijn voor de gezondheid als werkloosheid (De Witte, 1999).

De fysieke werkdruk had weinig invloed op het psychisch onwelbevinden van de bevroegde werknemers. Deze bevinding kan te maken hebben met de onderzochte populatie. We telden weinig fysiek zware beroepen in onze steekproef. Uit onderzoek van Andries e.a. (1996) bleek fysieke werkdruk wél een belangrijke stresserende factor te zijn.

3.2.2. *Vraag 2: Kan de variatie in psychisch onwelbevinden van werknemers toegeschreven worden aan de variatie in hun werkomstandigheden?* Op basis van een aantal belangrijke arbeidsomstandigheden kon het psychisch onwelbevinden van 64% van de werknemers correct voorspeld worden. Wanneer we in rekening brengen dat op basis van toeval we een correcte classificatie van 50 % kunnen verwachten, dan kunnen we op deze vraag “ja” antwoorden, alhoewel het percentage verklaarde variantie in onwelbevinden door de stressoren op zich klein blijft. De Wilks’ Lambda-statistiek leert ons dat 89 % van de variatie in het psychisch onwelbevinden onverklaard is gebleven. We verwijzen hier naar het beperkt aantal jobstressoren dat werd opgenomen in de studie (zie 3.1.). Dit percentage wijkt overigens niet af van de frequente vaststelling dat jobstressoren maximum 10 % van de variantie in klachten verklaren (Semmer, Zapf & Greif, 1994). Psychisch onwelbevinden

wordt uiteraard beïnvloed door een veelheid van factoren, jobgerelateerde stressoren maken hiervan slechts deel uit. Bovendien is de validiteit van de gebruikte meetinstrumenten nooit optimaal. De nood aan verder onderzoek naar relevante stressoren, de effecten van hun interacties, en de invloed op verschillende stressindicatoren is overduidelijk. Nog belangrijker is wellicht aandacht te besteden aan factoren die, gegeven potentieel stresserende werkomstandigheden, het welbevinden van werknemers versterken.

3.2.1. *Vraag 3: Zijn de verschillen in (on)welbevinden gerelateerd aan andere klachten (jobontevredenheid, psychosomatische klachten, burnout, algemeen fitheidsgevoel en ziekteverzuim)?*

Uit de analyses blijkt duidelijk dat onwelbevinden gecorreleerd is met meer psychosomatische klachten, een slechter algemeen fitheidsgevoel, meer burnoutgevoelens en een hoger ziekteverzuim. Alhoewel de aard van de verbanden kan verschillen, kunnen we dus veronderstellen dat arbeidsomstandigheden ook een effect zullen hebben op andere stressklachten.

De mate waarin al deze klachten een effect hebben op de prestaties van werknemers, is voer voor verder onderzoek. Er wordt immers vaak gewoon aangenomen dat ontevreden werknemers *slechter* presteren. Uit literatuuronderzoek blijkt dit echter niet het geval te zijn (Schaufeli & Bakker, 2001). De resultaten van voorliggende studie laten ons toe te vermoeden dat ongelukkige werknemers alvast *minder* presteren: zij verzuimen meer en langer omwille van ziekte. We kunnen de vraag echter positief formuleren en ons opnieuw afvragen op welke aspecten van het functioneren welbevinden en tevredenheid dan wél een invloed heeft. Werknemers die zich goed voelen in de werksituatie, hebben meer de neiging zich ook daarbuiten te ontplooiën (Karasek & Theorel, 1990). Werken aan arbeidsomstandigheden loont vanuit die optiek alleen al de moeite, maar hoe pakken we dit nu concreet aan?

De kans op het slagen van een interventie verhoogt wanneer alle werknemers van bij de start (zowel op niveau van de analyse als op het niveau van de interventie) betrokken worden (De Wit & Eeckhout, 2001). Belangrijk is dat er ook een consequente samenhang is tussen de screening en de daaropvolgende interventies. Alle activiteiten moeten bovendien ingebed zijn in de lopende organisatie-activiteiten. Een probleemanalyse is noodzakelijk: nog belangrijker is echter naar een constructieve aanpak te evolueren en te zoeken naar wat

versterkt kan worden. Naar de toekomst kijken en vooral naar opportuniteiten toe werken, geeft de nodige energie (Eeckhout & Corthouts, 1996). Het belangrijkste uitgangspunt hierbij is dat 'het werk nooit af is'. Een beleid uitstippelen, implementeren, tussentijds evalueren en bijsturen, is per definitie een dynamisch proces, en één op lange termijn.

## Referenties

Andries, F., Kompier, M.A.J., & Smulders, P.G.W. (1996). Do you think that your health or safety are at risk because of your work? A large European study on psychological and physical work demands. *Work & Stress*, *10*(2), 104-118.

Demarest, S., Van Oyen, H., Leurquin, P., Tafforeau, J., Tellier, V., Van der Heyden, J. De gezondheid van de bevolking in België. Gezondheidsenquête, 1997. Brussel, Centrum voor Operationeel Onderzoek in Volksgezondheid-Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid-Louis Pasteur, 1998, p235.

Devereux, J.J., Buckle, P.W., & Vlachonikolis, I.G. (1999). Interactions between physical and psychosocial risk factors at work increase the risk of back disorders: an epidemiological approach. *Occupational and Environmental Medicine*, *56*, 343-353.

De Wit, R., & Eeckhout, K. (2001). Enthousiaste, tevreden werknemer: kwestie van goede arbeidsorganisatie? *Personeelszaken*, *7*, 59-64.

De Witte, H. (1999). Job insecurity and psychological well-being: review of the literature and exploration of some unresolved issues. *European Journal of Work and Organisational Psychology*, *8*(2), 155-177.

De Witte, H., De Wit, R., & Van den Bergh, O. Negatieve affectiviteit en werkstress: klaagfactor of kwetsbaarheidfactor?

De Witte, H., Hooge, J., Vandoorne, J., & Glorieux, I. (2001). Prettig werken in een gezonde samenleving. Omvang, verschillen en gevolgen van arbeidstevredenheid in Vlaanderen. Uit: Vlaanderen gepeild!

Eeckhout, K. & F. Corthouts. Actiegericht team-leren in organisaties. In: *Gids voor de opleidingspraktijk*, afl. 22, 1996.

- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*, Oxford: Oxford University Press.
- Janssens, F. (1997). *Gejaagd door het werk. Arbeid en stress in veranderende bedrijven*. Stichting Technologie Vlaanderen.
- Johnson, J.V., & Hall, E.M. (1988). Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336-1342.
- Karasek R. (1985). *Job Content Questionnaire and User's Guide*. University of Southern California; Los Angeles.
- Karasek, R. (1992). Stress prevention through work reorganization: a summary of 19 international case studies. In: *Conditions of work digest. Preventing stress at work* (vol. 11/2). Geneva: ILO.
- Karasek, R.A., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York.
- Koeter, M., & Ormel, J. (1991). *General Health Questionnaire. Nederlandse bewerking - Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kompier, M.A.J., & Pot, F.D. (1993). Diagnostiek van stress en welzijn: benaderingen en instrumenten. In Schabracq, M.J., Winnubst, J.A.M. (ed.). *Handboek arbeid en gezondheidspsychologie. Deel 2: toepassingen*. Utrecht: Lemma.
- Leventhal, H., & Tomarken, A. (1987). Stress and illness: perspectives from health psychology. In S.V. Kasl & C.L. Cooper (Eds). Stress and Health: Issues in Research Methodology. John Wiley & Sons, Chichester.

- Mino, Y., Shigemi, J., Tsuda, T., Yasuda, N., & Bebbington, P. (1999). Perceived job stress and mental health in precision machine workers of Japan: a 2 year cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 55, 41-45.
- Murphy, L.R. (1995). Occupational stress management: current status and future directions. In C.L. Cooper & D.M. Rousseau (Eds.), *Trends in organizational behavior* (vol.2). New York: John Wiley & Sons.
- Niedhammer, I., Bugel, I., Golberg, M., Leclerc, A., & Guéeu, A. (1998). Psychosocial factors at work and sickness absence in the Gazel cohort: a prospective study. *Occupational and Environmental Medicine*, 55, 735-741.
- Otten, F., Smulders, P., Houtman, I., & Schmeets, H. (1998). Werkstress en ziekteverzuim bij jong en oud. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 76, 420-428.
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2001). Werk en welbevinden. Naar een positieve benadering in de arbeids- en gezondheidspsychologie. *Gedrag en Organisatie*, 14(5), 229-252.
- Schaufeli, W., & Dierendonck, D. van (1995). *Maslach Burnout Inventory, Nederlandse versie (MBI-NL)*. Voorlopige Handleiding. Research School Psychology & Health, Utrecht University.
- Stansfeld, S.A., Fuhrer, R., Shipley, M.J., & Marmot, M.G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine*, 56, 302-307.
- van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The job Demands-Control-Support Model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work and Stress*, 13(2), 87-114.
- van Ruyseveldt, J., de Witte, M., & Von Grumbkow, J. (1998). *Organiseren van mens en arbeid. Hedendaagse benaderingen van de kwaliteit van de arbeid*. Open Universiteit Heerlen: Kluwer.

Watson, D., & Clark, L.A., (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.

Speciale dank gaat uit naar Maarten Sercu, Sarah Casaer, Katty Waeyenbergh en Koert Eeckhout (Departement Psychosociale Aspecten, IDEWE), evenals naar de onderzoekers van ISW (Instituut voor Stress en Werk te Leuven) voor het nauwgezet verzamelen van de data. De dank van de auteur gaat ook uit naar prof. dr. Omer van den Bergh en naar prof. dr. Hans De Witte.