

1 De psychologie van arbeid en gezondheid

Wilmar Schaufeli

1.1 Inleiding

De arbeid- en gezondheidspsychologie (A&G-psychologie) is een van de jongste en meest dynamische loten aan de stam van de psychologie. Het is een samensmelting van de klinische psychologie, de gezondheidspsychologie en de A&G-psychologie, die zich van origine bezighoudt met het disfunctioneren van mensen in arbeidsorganisaties. Daarnaast staan tegenwoordig ook het vergroten van de effectiviteit, het bevorderen van gezondheid en welzijn en het verhogen van de motivatie in de belangstelling, met andere woorden, het *verbeteren* van het functioneren van werknemers.

Deze beide aspecten hebben alles te maken met de januskop van de arbeid, die duidelijk zichtbaar wordt in de twee betekenissen die er in het Latijn aan worden gegeven: *labor*, werk als inspanning, belasting en moeite, en *opus*, werk als resultaat, uitdaging en zelfverwerkelijking. Vandaar ook dat arbeid door de Nederlandse filosoof Achterhuis (1984) een ‘eigenaardig medicijn’ is genoemd. Je kunt er ziek maar ook juist beter door worden, het is belastend maar tegelijkertijd ook uitdagend en het stompt af maar zorgt ook voor ontplooiing. Over deze beide zijden van de medaille gaat de A&G-psychologie, waarvan dit boek een overzicht geeft.

In paragraaf 1.2 wordt een nadere omschrijving gegeven van de A&G-psychologie, waarbij onder meer een onderscheid wordt gemaakt tussen professie en wetenschap ofwel tussen praktijkveld en onderzoeksterrein. Nadat in paragraaf 1.3 is ingegaan op de vraag waarom de A&G-psychologie zich de afgelopen jaren zo in de aandacht heeft mogen verheugen, worden in de paragrafen 1.4 en 1.5 respectievelijk het praktijkveld en het onderzoeksterrein van de A&G-psychologie behandeld. Het hoofdstuk wordt afgesloten met paragraaf 1.6, waarin een blik op de toekomst wordt geworpen.

1.2 Wat is arbeid- en gezondheidspsychologie?

De A&G-psychologie heeft nog maar een heel korte geschiedenis. Het Engelse equivalent 'occupational health psychology' werd voor het eerst gebruikt in 1990, om een nieuw gebied aan te duiden dat zich ontwikkelde op het snijvlak van klinische en gezondheidspsychologie enerzijds en A&O-psychologie en 'public health' anderzijds. In datzelfde jaar besloten de American Psychological Association (APA) en het National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) om dit nieuwe terrein gezamenlijk te stimuleren, onder meer door het organiseren van internationale conferenties, waarvan de eerste in 1990 in Washington plaatsvond onder de titel 'Work and well-being'. In 1993 startten in de Verenigde Staten de eerste postdoctorale cursussen op het gebied van de A&G-psychologie, in 1998 gevolgd door predoctorale opleidingen. Voorts zag in 1996 het eerste nummer van het *Journal of Occupational Health Psychology* het licht, inmiddels een toonaangevend wetenschappelijke tijdschrift op het gebied van de A&G-psychologie.

Nederland loopt goed in de pas bij deze internationale ontwikkelingen. Reeds in 1987 werd de Commissie Klinische A&O-psychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) opgericht, die inmiddels is omgedoopt tot Sectie A&G-psychologie. Eveneens vanaf het eind van de jaren tachtig van de vorige eeuw wordt er in de A&O-curricula van de meeste Nederlandse en Vlaamse universiteiten aandacht besteed aan de A&G-psychologie. Ook aan de recentelijk in het leven geroepen hbo-psychologieopleidingen bestaat er belangstelling voor de A&G-psychologie. De enige masteropleiding in de A&G-psychologie wordt aan de Universiteit Utrecht gegeven. Verder bestaan er sinds 1995 in Nederland postdoctorale opleidingen voor A&O-deskundige en arboconsulent, waarin uitgebreid aandacht wordt besteed aan de A&G-psychologie.

De A&G-psychologie kan als volgt worden omschreven: 'De A&G-psychologie is een psychologische discipline die zich bezighoudt met het bestuderen en bevorderen van welzijn en gezondheid op het werk vanuit de gedachte van een optimale afstemming tussen persoon en organisatie.' Deze definitie behoeft op een aantal punten nadere toelichting. In de eerste plaats is de A&G-psychologie zowel een wetenschapsgebied waarin welzijn en gezondheid op het werk wordt bestudeerd, als een praktijkveld waarin dit praktisch wordt bevorderd. Daarbij heeft de term *welzijn* overigens een dubbele betekenis; enerzijds heeft het betrekking op individueel welbevinden en anderzijds op bepaalde objectiveerbare kenmerken van de arbeid die geacht worden het individuele welbevinden te bevorderen.

In de Arbeidsomstandighedenwet (kortweg Arbowet) wordt van deze laatste betekenis uitgegaan (zie hfst. 24). Daarbij kan gedacht worden aan werkkenmerken, zoals regelmogelijkheden, feedback, afwisseling of de aanwezigheid van sociale contacten. De Arbowet gaat ervan uit dat voldoende regelmogelijkheden, feedback over de arbeidsprestaties, afwisseling in de werkzaamheden en ondersteunende contacten met collega's gemiddeld genomen een positief effect op werknemers hebben. Met andere woorden, als

het werk gezond is, zullen de werknemers zich ook gezond voelen. In de A&G-psychologie gaat het zowel om het verbeteren van het individuele welbevinden als om het verbeteren van bepaalde objectieerbare kenmerken van de arbeid. Dit wordt ook wel met humanisering van de arbeid of met kwaliteit van de arbeid aangeduid.

In de bovenstaande definitie van A&G-psychologie komt veiligheid niet voor, terwijl dat in andere omschrijvingen wel het geval is. Zo hanteert de APA/NIOSH de volgende definitie: 'Occupational health psychology concerns the application of psychology to improving the quality of work life, and to protecting and promoting the safety, health and well-being of workers.' De reden om het aspect veiligheid niet in onze definitie op te nemen, is dat dit in Nederland het exclusieve domein is van de veiligheidskunde, een technische discipline die door ingenieurs wordt beoefend. Dat neemt natuurlijk niet weg dat psychologische inzichten in de veiligheidskunde worden gebruikt en dat A&G-psychologen en veiligheidskundigen in de praktijk nauw met elkaar samenwerken. Immers, veiligheid op het werk heeft alles te maken met gedrag van mensen – en dus met psychologie.

Voorts dient 'gezondheid' in onze definitie in brede zin te worden opgevat, dus niet uitsluitend in termen van lichamelijke én geestelijke gezondheid, maar ook in termen van *gezondheidsgedrag*, zoals het gebruik van alcohol tijdens het werk, agressie en seksuele intimidatie, pesten, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Bovendien staan wij in navolging van Warr (1987) een multidimensioneel begrip van geestelijke gezondheid voor, waarbij vier aspecten onderscheiden worden:

- 1 affectief welbevinden (je prettig voelen op het werk);
- 2 competentie (in staat zijn je werk goed te doen);
- 3 autonomie (eigen keuzen in je werk kunnen maken);
- 4 aspiratie (iets in je werk willen bereiken).

Met andere woorden, er is van geestelijke gezondheid sprake wanneer een werknemer zich prettig voelt, het werk goed aankan, zich vrij voelt om eigen keuzen te maken en gemotiveerd is om iets te bereiken. Het is deze – ideale – psychische toestand die de A&G-psychologie nastreeft. Daarbij houdt de A&G-psychologie echter ook nadrukkelijk rekening met de doelen van de organisatie. De A&G-psychologie streeft naar een optimale afstemming tussen de belangen van werknemers en die van de organisatie. Dat wil zeggen dat de A&G-psycholoog bij het bevorderen van het welzijn en de gezondheid van werknemers en bij het verbeteren van de kwaliteit van hun arbeid ook steeds de doelen van de organisatie (bijv. continuïteit van de onderneming, arbeidsproductiviteit en doelmatigheid) in ogenschouw zal nemen.

In de eerder gegeven definitie wordt gesproken over 'werk' en 'organisatie'. Werk heeft daarbij niet zozeer betrekking op betaalde arbeid maar op arbeid in psychologische zin, dat wil zeggen, op een gestructureerde, doelgerichte activiteit met een zeker verplichtend karakter waarbij een bepaalde materiële opbrengst wordt geproduceerd. Zo gaat de A&G-psychologie bijvoorbeeld ook over vrijwilligerswerk of mantelzorg. Desalniettemin zullen we ons in dit boek grotendeels beperken tot betaald werk, omdat dit nu eenmaal

de dominante vorm is waarin arbeid zich in onze maatschappij voordoet, en omdat er – daardoor – ook het meest over bekend is. Verder dient de term organisatie in de definitie breed te worden opgevat. Er kan ook een klein familiebedrijf mee worden bedoeld, zoals een boerenbedrijf of een winkel waar slechts enkele mensen werken, al dan niet in gezinsverband.

En, last but not least, de A&G-psychologie beperkt zich niet tot het domein van het werk, maar houdt zich ook bezig met de wederzijdse beïnvloeding van het werk met andere levenssferen, zoals de vrije tijd en de gezins- of thuissituatie. De psychologische en fysiologische effecten van arbeid zijn nu eenmaal niet onmiddellijk verdwenen wanneer er met werken wordt gestopt, terwijl andersom het privé-leven van invloed is op het werk (zie hfst. 14).

Alhoewel de A&G-psychologie vooral verankerd is in de klinische psychologie, de gezondheidspsychologie en de A&O-psychologie, worden inzichten uit vrijwel alle andere psychologische disciplines gebruikt, zoals de functionele leer (bijv. cognitieve informatieverwerking; zie hfst. 3), de psychofysiologie (bijv. stressonderzoek; zie hfst. 4), de sociale psychologie (bijv. groepsprocessen in organisaties; zie hfst. 6 en 9), de persoonlijkheidsleer (bijv. individueel assessment en persoonlijkheidskenmerken; zie hfst. 5 en 15) en de ontwikkelingspsychologie (bijv. oudere werknemers; zie hfst. 22). Daarnaast zijn ook andere academische disciplines van belang, zoals de epidemiologie (over het voorkomen van bepaalde klachten; zie hfst. 12), de methodologie (over het verrichten van onderzoek; zie hfst. 10 en 11), de sociologie (over maatschappelijke groepen zoals vrouwen en allochtonen; zie hfst. 21 en 23) en het recht (over wetgeving rondom de arbeid; zie hfst. 24). Met andere woorden, in de A&G-psychologie is veel kennis verenigd die afkomstig is uit disciplines van binnen en buiten de psychologie.

Het kenmerkende van de A&G-psychologie is voorts dat zij verschillende perspectieven hanteert. De A&G-psychologie houdt zich niet alleen bezig met het individu, in de vorm van de werknemer of de leidinggevende, maar ook met de sociale systemen waarbinnen het individu op het werk functioneert, zoals het team, de afdeling of de organisatie in zijn geheel. Bovendien is hierboven reeds vermeld dat de A&G-psychologie zich niet uitsluitend beperkt tot de subjectieve kant van het functioneren van mensen in arbeidsorganisaties, maar daarbij ook de meer objectieve aspecten betreft, zoals de aard van de arbeidstaak, de kenmerken van de functie en de structuur van de organisatie. Daarbij raakt de A&G-psychologie aan de bedrijfs- en organisatiekunde, die zich juist toelegt op dit soort ‘harde’ aspecten van organisaties (zie hfst. 11 en 19).

Hetzelfde geldt voor indicatoren van welbevinden en gezondheid, want ook daarbij worden door de A&G-psychologie zowel subjectieve als objectieve aspecten betrokken. Voorbeelden zijn welbevinden en ervaren gezondheid zoals gescoord op vragenlijsten (zie hfst. 5) en het ziekteverzuim, personeelsverloop en de arbeidsongeschiktheid zoals geregistreerd door de organisatie (zie hfst. 12 en 20). Ten slotte hanteert de A&G-psychologie ook verschillende tijdsperspectieven: enerzijds is er aandacht voor het hier en nu,

anderzijds wordt er vooruitgekeken als het bijvoorbeeld gaat om loopbanen van werknemers.

Er moet met nadruk op worden gewezen dat juist het wisselen van deze perspectieven en het aan elkaar knopen ervan de kern van de A&G-psychologie uitmaakt. Wil men bijvoorbeeld iets begrijpen van stress in organisaties om daaraan vervolgens iets te doen, dan zal niet alleen naar de psychologische, fysiologische en persoonseigenschappen van de werknemer gekeken moeten worden, maar ook naar de concrete taken die hij of zij verricht, naar de functie die wordt uitgeoefend, naar de relaties met collega's en leidinggevenden en naar de cultuur van het bedrijf. Kortom, de A&G-psycholoog dient van vele markten thuis te zijn.

De bemoeienissen van de A&G-psychologie zijn gericht op verschillende doelen, waarbij het – zoals we al eerder zagen – gaat om de optimale afstemming van persoon en organisatie. In de eerste plaats heeft de A&G-psychologie een signalerende functie, dat wil zeggen, door gericht screeningsonderzoek ofwel vroegdiagnostiek is het mogelijk om bepaalde risicogroepen en risicofactoren op te sporen. Een voorbeeld hiervan is de wettelijk verplichte *risico-inventarisatie en -evaluatie* (RIE), die periodiek in alle organisaties moet worden uitgevoerd en die als basis dient voor maatregelen om welzijn en gezondheid te bevorderen (zie hfst. 5 en 6).

Daarnaast houdt de A&G-psychologie zich bezig met primaire en secundaire preventie (zie hfst. 9). Bij primaire preventie wordt door middel van een aanpak bij de bron getracht om te voorkómen dat er gezondheids- of welzijnsproblemen ontstaan (bijv. door het dragen van oorbeschermers of door het invoeren van functioneringsgesprekken). Bij secundaire preventie is er sprake van beperking van de schade door tijdig en adequaat op te treden bij diegenen die de eerste symptomen van verminderde gezondheid of verminderd welzijn vertonen. In deze categorie vallen bijvoorbeeld allerlei trainingen en cursussen op het gebied van stressmanagement, sociale vaardigheden en tijdmanagement. Soms wordt ook de zogeheten tertiaire preventie onderscheiden, maar daarbij gaat het in feite om behandeling, dat wil zeggen, om het vermijden dat de problemen nóg groter worden en liever nog om te zorgen dat ze afnemen. Daarbij kan gedacht worden aan coaching, counseling en psychotherapie (zie hfst. 7).

Ten slotte behoort ook het gebied van de arbeidsreintegratie tot de A&G-psychologie, dat wil zeggen, het herplaatsen van werknemers die zijn uitgevallen wegens ziekte of beperkingen (zie hfst. 8). Met andere woorden, de A&G-psychologie bestrijkt het gehele terrein van interventies, dat loopt van signalering, via primaire en secundaire preventie naar behandeling en reïntegratie.

Samenvattend: de A&G-psychologie richt zich op gezondheid en welzijn van mensen in arbeidsorganisaties en maakt daarbij gebruik van kennis uit andere psychologische disciplines en daarbuiten. Daarbij opereert zij op het snijvlak van individu en organisatie en combineert zij verschillende perspectieven met elkaar. De A&G-psychologie bestrijkt het gehele veld van interventies, dat loopt van signalering, via primaire en secundaire preventie

naar behandeling en reïntegratie, waarbij het zowel om onderzoek als om praktische toepassing gaat.

1.3 Waaron psychologie van arbeid en gezondheid?

Men kan zich afvragen waarom de A&G-psychologie niet eerder het licht heeft gezien. Of anders gezegd, waarom kwam dit gebied pas op tegen het einde van de vorige eeuw? Een definitief antwoord op deze vraag is moeilijk te geven, maar er is wel een aantal ontwikkelingen aan te wijzen die een licht werpen op de populariteit van de A&G-psychologie. Daarbij kan een onderscheid worden aangebracht in veranderingen in en rondom de arbeid, sociaal-culturele veranderingen, en in ontwikkelingen die zich specifiek in Nederland hebben voorgedaan.

1.3.1 Veranderingen in en rondom de arbeid

Intensivering van de arbeid. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) is het werktempo in Nederland van 1977 tot en met 1997 ieder jaar met ongeveer 1,5% gestegen. Geen wonder dus dat werken steeds meer met topsport wordt vergeleken. Sinds 1997 is er overigens een stabilisering opgetreden; kennelijk is er een grens bereikt. Tot voor kort nam Nederland in de Europese Unie (EU) een koppositie in, met 58% van de werknemers die aangeven in een (te) hoog werktempo te moeten werken. Inmiddels hebben Zweden en Finland de twijfelachtige eer het land met het hoogste werktempo in de EU te zijn, op de voet gevolgd door Nederland. Intensief moeten werken in een hoog werktempo vormt een belangrijke oorzaak van welzijns- en gezondheidsproblemen (zie hfst. 2, 3 en 12).

Verandering van de arbeidsinhoud. Door technologische veranderingen (bijv. automatisering en informatisering) en veranderingen in de beroepsbevolking (zie hierna) werken steeds minder mensen met hun handen en steeds meer mensen met hun hoofd of met hun hart. Dat wil zeggen dat de fysieke belasting die kenmerkend is voor de agrarische en industriële sector, heeft plaatsgemaakt voor mentale en emotionele belasting die kenmerkend zijn voor het werken met informatie of met mensen (zie hfst. 13). Daarmee zijn ook de arbeidsgebonden gezondheidsrisico's verschoven van lichamelijke naar psychische klachten (zie ook hfst. 17).

Organisatieveranderingen. Er wordt weleens gesteld dat de enige constante factor in moderne arbeidsorganisaties verandering is. Allerlei ontwikkelingen zoals globalisering, informatisering, flexibilisering en de invoering van de 24-uursecconomie nopen organisaties tot een continue aanpassing aan steeds wisselende omstandigheden, bijvoorbeeld door saneren ('downsizing' of, eufemistisch, 'rightsizing'), afstoten van bedrijfsonderdelen ('outsourcing') of wegsnijden van het middenmanagement ('delaying'). Organisatieveranderingen roepen in de regel tal van vragen op zoals: krijg ik ander

werk? Word ik in een ander team geplaatst? Moet ik verhuizen? Krijg ik een andere baas? Verlies ik mijn baan? Dergelijke vragen roepen onzekerheid en daarmee spanning op en vormen zodoende een bron van psychische belasting.

Moderne productie- en managementconcepten. Nieuwe productieconcepten, zoals autonome taakgroepen of managementconcepten als ‘management by objectives’, vergen de nodige aanpassing van werknemers. Een kenmerk van veel nieuwe concepten is dat verantwoordelijkheden laag in de organisatie worden gelegd. Zo hebben autonome groepen een grote mate van zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid, niet alleen met betrekking tot de productie maar ook met betrekking tot de taakverdeling. Tevens worden werknemers in toenemende mate op hun individuele verantwoordelijkheden aangesproken, zoals bij het systeem van ‘management by objectives’, waarbij voor iedereen in de organisatie bepaalde doelen (‘objectives’) zijn geformuleerd die behaald moeten worden. De Nederlandse variant hiervan wordt ook wel aangeduid met resultaatgericht management (RGM). Niet alleen krijgen werknemers meer verantwoordelijkheden, maar ook hun leidinggevendenden dienen zich aan te passen aan een vaak totaal andere wijze van aansturing, waarbij hun directe invloed afneemt. Dergelijke moderne productie- en managementconcepten kunnen een zware mentale druk leggen op werknemers en leidinggevendenden.

Aantasting van het psychologische contract. Naast een schriftelijk arbeidscontract hebben werknemers ook een ongeschreven psychologisch contract met de organisatie waarvoor ze werken. Hiermee wordt bedoeld op de verwachting die werknemers koesteren over een billijke verhouding tussen hun inspanningen ten behoeve van de organisatie en de materiële en immateriële beloning die daar tegenover staat (zie hfst. 2). Werknemers die zich (extra) inzetten voor de organisatie, verwachten daarvoor meer terug dan alleen een billijk loon. De afgelopen jaren staat het psychologische contract onder toenemende druk, doordat er enerzijds steeds meer van werknemers wordt gevraagd (bijv. inzetbaarheid ofwel ‘employability’, betrokkenheid, flexibiliteit, zelfstandigheid en klantvriendelijkheid) terwijl er anderzijds steeds minder door organisaties wordt geboden. Vaste aanstellingen zijn schaars, loopbaanmogelijkheden zijn gering vanwege de platte organisatiestructuur en de professionele autonomie wordt aan banden gelegd door allerlei voorschriften en protocollen. Daarbij worden door de voortdurende veranderingen als gevolg van fusies regelmatig verwachtingen beschaamd. Werknemers ontdekken bijvoorbeeld dat allerlei zaken die golden voor de generatie vóór hen (bijv. carrièrestappen, kunnen blijven tot je 65e of juist daarvóór met een goede VUT-regeling vertrekken) voor henzelf opeens niet meer gelden. Daardoor voelen zij zich teleurgesteld, want hun psychologische contract is geschonden. Wanneer investeringen en opbrengsten niet met elkaar in balans zijn, kan dit leiden tot psychische klachten, zoals burnout (zie hfst. 17).

1.3.2 Sociaal-culturele veranderingen

Arbeidsparticipatie. Bedroeg de arbeidsparticipatie van vrouwen in de jaren zestig van de vorige eeuw slechts 25%, momenteel werkt 54% van alle vrouwen tussen de 15 en 64 jaar ten minste twaalf uur per week. Voor mannen bedraagt dit percentage 72%. Hoewel de arbeidsparticipatie van Nederlandse vrouwen het afgelopen decennium met 10% is gestegen, ligt deze nog steeds onder het niveau van de meeste andere westerse landen. Kenmerkend voor Nederland is het hoge aantal parttime werkende vrouwen. Maar liefst 70% van de vrouwen werkt minder dan 35 uur per week, tegen slechts 20% van de mannen (zie hfst. 21). Overigens heeft de sterke toename van het aantal werkende vrouwen voor specifieke problemen gezorgd, zoals een verhoogde instroom van arbeidsongeschikten wegens psychische klachten (zie hfst. 12 en 20). Niet alleen is de arbeidsparticipatie van vrouwen tussen 1993 en 2004 sterk gestegen, maar ook die van oudere werknemers: van 35 tot 51%. In hoofdstuk 22 wordt specifiek ingegaan op problemen van oudere werknemers, wier aantal vanwege de vergrijzing de komende jaren alleen nog maar zal toenemen. Ten slotte is er de afgelopen decennia een sterk groeiende groep niet-westerse allochtone werknemers op het toneel verschenen – momenteel ruim 10% van de beroepsbevolking en in 2020 naar schatting 12% – met eigen specifieke problemen (zie hfst. 23).

Opkomst van de dienstensector. Aan het begin van de twintigste eeuw werkte 31% van de beroepsbevolking in de agrarische sector, aan het einde van diezelfde eeuw was dat nog maar 4%. Het aandeel van de beroepsbevolking dat werkzaam is in de industrie is eveneens gedaald, zij het niet zo dramatisch: van 24% naar 19%. Daartegenover staat een explosieve groei van de dienstensector (bijv. zorg, onderwijs, banken, verzekeringen) van 36% naar momenteel 77%. Daarmee scoort Nederland samen met België, Luxemburg, Zweden, Denemarken en Groot-Brittannië het hoogst van alle EU-landen, waar gemiddeld zo'n 67% van de beroepsbevolking in de dienstensector werkzaam is. Kenmerkend voor deze sector is het contact met klanten, cliënten, patiënten, leerlingen of burgers, en de emotionele belasting die daaruit voortvloeit (zie hfst. 13). Met name in de gezondheids- en welzijnszorg en in het onderwijs komt veel psychische problematiek voor, die vaak de aanleiding vormt voor arbeidsongeschiktheid (zie hfst. 12).

Verruiming van het ziektebegrip. In de loop van de vorige eeuw zijn steeds meer zaken die tot dan toe als normaal onderdeel van leven golden, voorwerp geworden van de gezondheids- en welzijnszorg. In dit verband wordt ook wel van 'protoprofessionalisering' gesproken. Daarmee wordt het verschijnsel bedoeld dat medische en psychologische begrippen worden gehanteerd om bepaalde alledaagse toestanden en ervaringen te duiden, die daardoor binnen het bereik van professionele hulpverleners komen. Die begrippen worden door de mensen zelf gehanteerd en worden hen – via allerlei media – door diezelfde professionals aangereikt. Anders dan weleens is gesuggereerd, is daarbij niet zozeer sprake van een welbewuste strategie van professionals

om zodoende hun eigen markt te creëren, maar van een socioculturele onderstroom van psychologisering. Steeds meer alledaagse ervaringen, gevoelens en mentale toestanden worden aangeduid met professioneel jargon. Relevante voorbeelden zijn stress, overspannenheid en burnout, maar ook subassertiviteit, verlegenheid, chronische vermoeidheid, ADHD, postnatale depressie en fobie. Voor de goede orde, hiermee is dus niet gezegd dat dit alles niet echt bestaat of dat er sprake is van ‘aanstellerij’. Het gaat om reële ervaringen die ook in vroegere tijden bestonden, maar simpelweg niet als zodanig werden benoemd en (h)erkend. Men kan dus stellen dat het ziektebegrip in de loop van de tijd steeds ruimer is geworden. Of, andersom geformuleerd, dat ons begrip van wat als normaal geldt steeds meer is ingeperkt.

Toegenomen verwachtingen. Het lijkt er sterk op dat de verwachtingen die de moderne mens aan het werk (en aan het leven in het algemeen) stelt, geleidelijk steeds hoger zijn geworden. De tijd dat werk alleen inkomen en zekerheid betekende, ligt ver achter ons. Tegenwoordig worden er ook andere eisen aan het werk gesteld. Het moet leer- en ontwikkelingsmogelijkheden bieden, uitdagend en zinvol zijn, je moet carrière kunnen maken, leuke en interessante collega’s hebben en een sympathieke baas. Ook zijn met het stijgende opleidingsniveau – Nederlandse werknemers behoren tot de best opgeleiden in de EU – en met een enigszins overspannen arbeidsmarkt de verwachtingen ten aanzien van secundaire arbeidsvoorwaarden alleen nog maar verder toegenomen. Op zichzelf zijn dergelijke verlangens uiteraard gerechtvaardigd, maar de kans op desillusie is recht evenredig met de verwachtingen die men koestert (zie hfst. 17).

Individualisering. Terwijl mensen in vroeger dagen onderdeel uitmaakten van sociale netwerken (bijv. familie, buurt, kerk, vakbond, vereniging en politieke partij) die bepaalde rolpatronen oplegden waarbij sociaal-economische klasse vaak een raamwerk verschaftte, geldt dit in veel mindere mate voor de dag van vandaag. Tegenwoordig moet men de eigen rollen invullen en de eigen sociale netwerken uitkiezen, opbouwen en onderhouden. Dit vergt veel inspanning en (sociale) vaardigheden en daarover beschikt niet iedereen in gelijke mate. Tegelijkertijd staan mensen er nu meer dan vroeger alleen voor, omdat veel traditionele sociale verbanden zijn weggefallen. Zo neemt Nederland na Finland, Denemarken en Duitsland met ruim 30% een Europese koppositie in wat betreft het aantal alleenstaande huishoudens. Dat leidt tot minder voorbeeldgedrag en tot minder daadwerkelijke sociale steun. Die verminderde sociale steun maakt het omgaan met moeilijke situaties en gebeurtenissen, ook op het werk, meer belastend (zie ook hfst. 2).

Uitholling van de professionele autoriteit. Van een aantal beroepen, zoals dat van arts, leerkracht en politieagent, is de natuurlijke autoriteit die uit hun positie als beroepsbeoefenaar voortvloeyde, gaandeweg verloren gegaan. Hetzelfde geldt overigens voor buschauffeurs, treinconducteurs, stewardessen en baliepersoneel. Het is waarschijnlijk niet toevallig dat er juist in deze

beroepen veel psychische klachten voorkomen. Men wordt niet meer vanzelfsprekend met respect bejegend. Dit respect moet tegenwoordig verdiend worden door bekwame en tactische inzet van sociale vaardigheden en door emotionele arbeid (zie hfst. 13). De mensen in onze huidige maatschappij zijn mondiger en assertiever geworden en accepteren het natuurlijke overwicht dat artsen, leerkrachten en politieagenten tot voor kort hadden niet zonder meer. Door sociologen is wel geopperd dat in onze maatschappelijke instituties de traditionele (autoritaire) bevelshuishouding heeft plaatsgemaakt voor een (democratische) onderhandelingshuishouding. Dat impliceert bijvoorbeeld dat leidinggevendenden veel meer dan voorheen over sociale vaardigheden als luisteren, empathie en humor dienen te beschikken (zie ook hfst. 7). Bij gebrek hieraan is de kans op psychische problemen groot.

1.3.3 Ontwikkelingen in Nederland

Arbowetgeving. De invoering van de Arbowet in 1983 (zie hfst. 24) heeft in Nederland voor een impuls voor de A&G-psychologie gezorgd. Naast gezondheid en veiligheid werd aanvankelijk welzijn als zelfstandig doel van beleid genoemd. Echter, bij de wetwijziging van 1998 werd dit begrip weer uit de Arbowet geschrapt. Desalniettemin rept de wet nog steeds over psychosociale arbeidsbelasting waaronder zaken als werkdruk, pesten, agressie, geweld en seksuele intimidatie worden verstaan. Volgens de Arbowet is iedere werkgever verplicht om te zorgen voor gezondheid en veiligheid op het werk. Aanvankelijk waren werkgevers verplicht om een contract met een arbodienst af te sluiten, maar sinds 2005 is deze verplichting in het kader van de deregulering vervallen. Bij arbodiensten werken in de regel bedrijfsartsen, veiligheidskundigen, arbeidshygiënist en arbeids- en organisatie-deskundigen (A&O-deskundigen). Deze laatste beroepsgroep, die zich vooral richt op de relatie tussen werk en welzijn, is in 1994 door de wetgever gecreëerd en bestaat voor het grootste deel uit psychologen. In de praktijk overlapt het werkveld van A&O-deskundigen sterk dat van A&G-psychologen, en veel kennis uit de A&G-psychologie wordt door de arboprofessionals toegepast.

Psychische arbeidsongeschiktheid. Sinds de invoering van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) in 1967 is niet alleen het aantal arbeidsongeschikten explosief toegenomen (tot 13% van de beroepsbevolking in 2004) maar ook het relatieve aandeel van hen die vanwege psychische aandoeningen zijn afgekeurd. In 2004 bedroeg dit aandeel circa 32%, na de afgelopen tien jaar te hebben geschommeld rondom de 30%. In absolute aantallen ging het daarbij in 2004 om 360.000 werknemers (zie hfst. 12). Ook bij afkeuring in verband met aandoeningen van het bewegingsapparaat – de op een na grootste diagnostische categorie met ruim 20% in 2004 – zijn vaak psychosociale factoren in het spel, zoals lage rugpijn en ‘repetitive strain injury’ (RSI). Met andere woorden, de grote omvang van psychische arbeidsongeschiktheid heeft de aandacht in Nederland gericht op psychosociale arbeidsrisico’s, een terrein waarmee de A&G-psychologie zich bij uit-

stek bezighoudt (zie hfst. 2). Andere Europese landen tellen een minder groot aantal (psychisch) arbeidsongeschikten, hetgeen waarschijnlijk mede veroorzaakt wordt door verschillen in sociale verzekeringsstelsels en een andere dynamiek tussen overheid en sociale partners. De WAO heeft in ons land lang het aureool gehad van een goede, humane en betaalbare manier om werknemers die niet meer nodig waren van inkomsten te voorzien. Vandaar dat deze wet per 1 januari 2006 is vervangen door de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA; zie hfst. 24).

Gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgevers, werknemers en overheid. Het verbeteren van arbeidsomstandigheden en het verminderen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid worden in Nederland gezien als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgevers, werknemers en overheid. Een typisch voorbeeld hiervan zijn de zogenaamde arboconvenanten, afspraken die sinds 1998 tussen de drie sociale partners (werkgeversorganisaties, werknemersorganisaties en het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) worden gemaakt over arbeidsrisico's, zoals agressie, arbeidsconflicten, psychische belasting, RSI, schadelijk geluid, fysieke belasting en werkdruk. Behalve over arbeidsrisico's kunnen in een convenant ook afspraken gemaakt worden over reïntegratie van zieke of arbeidsongeschikte werknemers. In dergelijke arboconvenanten worden concrete doelstellingen vastgelegd, zoals ziekteverzuimreductie met een bepaald percentage of vermindering van werkdruk, en wordt het resultaat van de maatregelen naar verloop van tijd geëvalueerd. De afgelopen jaren zijn in diverse branches arboconvenanten gesloten, zoals in de bouw, de industrie, de commerciële dienstverlening, het onderwijs en in de zorg- en welzijnssector. A&G-psychologen spelen een actieve rol bij dergelijke convenanten, bijvoorbeeld bij de inventarisatie van de problematiek en bij het uitvoeren en evalueren van maatregelen.

Hoge kosten. Hoewel er geen recente betrouwbare schattingen bestaan van de kosten die psychisch disfunctioneren in organisaties met zich meebrengt, heerst het idee dat de kosten aan de hoge kant zijn. Te denken valt daarbij aan ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, medische consumptie, personeelsverloop, productieverlies en vervangingskosten in de vorm van uitzendkrachten, en de kosten van extra training en (bij)scholing. De totale maatschappelijke kosten voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid werden in 2001 geraamd op maar liefst op 12,7 miljard euro, hetgeen overeenkomt met 3% van het bruto nationaal product: het equivalent van de totale begroting van het Ministerie van WVC. Voor 1995 is berekend dat psychische aandoeningen en aandoeningen van het bewegingsapparaat samen 86% van het arbeidsgebonden ziekteverzuim voor hun rekening nemen, waarmee destijds tussen de 1,36 miljard en 2,93 miljard euro gemoeid was. De kosten van arbeidsgebonden WAO-uitval voor beide typen aandoeningen werd in dat jaar op 2,34 miljard euro geschat (voor alle WAO-diagnosen tezamen was dit 2,92 miljard euro), en de medische kosten op nog eens 0,25 miljard euro. Tezamen kostten de beide meest voorkomende arbeids-

gebonden aandoeningen dus tussen de 3,95 en 5,52 miljard euro. Met andere woorden, werkgerelateerde psychische aandoeningen (en aandoeningen aan het bewegingsapparaat) vormen niet alleen een probleem voor het individu of voor de organisatie, maar het is ook een financieel-economisch probleem voor de samenleving in haar geheel. Vandaar de invoering in 2002 van de Wet verbetering poortwachter, die als doel heeft om het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid in te dammen (zie hfst. 24). Als zodanig vormt het streven naar vermindering van verzuim en arbeidsongeschiktheid een impuls voor het nieuwe vakgebied van de A&G-psychologie dat kan bijdragen aan het besparen op dergelijke kosten.

Lange traditie. Anders dan in de meeste andere landen kent Nederland een lange traditie op het vlak van overspannenheid (ook wel aangeduid met de Franse term ‘surmenage’), die teruggaat tot het einde van de negentiende eeuw. Vooral na 1960 werd deze medische diagnose populair bij huisartsen en bedrijfsartsen. Dit vormt wellicht ook de verklaring waarom het uit Amerika overgewaaid begrip ‘burnout’ zo snel voet aan de grond heeft gekregen in Nederland. Er is dus in Nederland een vruchtbare bodem aanwezig waarop de A&G-psychologie kan gedijen. Dat komt overigens niet alleen doordat er bij een zekere traditie kan worden aangesloten, maar ook doordat er een uitgebreid netwerk van instituties aanwezig is (bijv. ambulante geestelijke gezondheidszorg, eerstelijnsgezondheidszorg, arbodiensten), er uitvoerige wetgeving op het vlak van psychosociale arbeidsomstandigheden is en de werkgerelateerde psychische problematiek een grote maatschappelijke omvang heeft.

1.4 De psychologie van arbeid en gezondheid als praktijkveld

De wortels van de A&G-psychologie als praktijkveld zijn nauw verbonden met de beide wereldoorlogen. Zo trok de vermoeidheid van industriearbeiders tijdens de Eerste Wereldoorlog, met name in munitiefabrieken, de aandacht van het Engelse parlement. Deze installeerde de Industrial Fatigue Research Board, die met voorstellen diende te komen om dit euvel, dat vele slachtoffers eiste door fatale ongevallen, te bestrijden. Voorts vestigden beide wereldoorlogen de aandacht van klinisch psychologen en psychiaters op het verschijnsel van de acute en traumatische stress. In de Eerste Wereldoorlog werd de zogenaamde ‘shellshock’ beschreven, een psychologische uitputtingsreactie die optreedt als gevolg van blootstelling aan extreem belastende oorlogsomstandigheden zoals spervuur en bombardementen. In de Tweede Wereldoorlog werd dit verschijnsel ook wel met gevechtsneurose (‘combat neurosis’) of gevechtsmoeheid (‘combat fatigue’) aangeduid. Er werden gedetailleerde beschrijvingen van ziektebeelden gemaakt, die het gevolg waren van de extreme belasting waaraan geallieerde infanteriesoldaten, Amerikaanse gevechtspiloten en burgerslachtoffers van de bombardementen op Londen tijdens de Tweede Wereldoorlog waren blootgesteld.

Van systematische aandacht voor werkgerelateerde psychische klachten

was tot de laatste decennia van de vorige eeuw echter nauwelijks sprake. Een uitzondering vormt de Tavistock Clinic in Londen, waar vanaf de jaren vijftig van de vorige eeuw een psychoanalytische benadering werd gehanteerd om werkgerelateerde psychische problematiek te bestrijden. Overigens stond het Tavistock Institute of Human Relations, waarvan de kliniek deel uitmaakte, ook aan de wieg van de organisatiegerichte aanpak om welbevinden en gezondheid op het werk te bevorderen. De klassieke studies die eind jaren veertig van de vorige eeuw door dit instituut in de Britse kolenmijnen werden uitgevoerd, vormden de basis voor de zogenaamde sociotechnische benadering. Deze gaat ervan uit dat stressreacties het product zijn van het sociale systeem waarbinnen de werknemer functioneert. De sociotechniek is een praktische methodiek die gebruikt wordt om de kwaliteit van de arbeid, en daarmee de gezondheid en het welbevinden van werknemers, te bevorderen.

Pas in de laatste twee decennia van de vorige eeuw is de A&G-psychologie tot volle wasdom gekomen, voornamelijk als gevolg van de ontwikkelingen zoals die in de vorige paragraaf zijn beschreven. De A&G-psycholoog vervult vandaag de dag verschillende taken, waarbij het meestal om een combinatie van verschillende typen werkzaamheden gaat. Een A&G-psycholoog houdt zich in de praktijk voornamelijk met de volgende onderdelen bezig:

- Assessment*. Dit is een wat bredere term dan diagnostiek, waarbij het gaat om het identificeren van een ziekte, symptoom of syndroom. Assessment betreft het op systematische en op methodische wijze identificeren van allerlei soorten van problemen, die zich zowel voordoen op individueel niveau (bijv. overspanning, burnout en workaholisme), teamniveau (bijv. conflicten en slechte samenwerking) als organisatieniveau (bijv. ongunstige organisatiecultuur, hoge werkdruk en ziekteverzuim). Dit houdt ook in dat de terugkoppeling in de vorm van een schriftelijke rapportage op verschillende niveaus plaatsvindt: individueel, groepsgewijs en organisatiebreed. Een bijzonder voorbeeld is het individuele preventief medisch onderzoek (PMO), voorheen periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO) genoemd, en de organisatiebrede risico-inventarisatie en -evaluatie (RIE), die beide in de Arbowet zijn vastgelegd. In deel II van dit boek wordt nader op assessment ingegaan.
- Individuele begeleiding en behandeling*. Het palet van individuele begeleiding en behandeling is tamelijk breed en strekt zich uit van het optimaliseren van het functioneren van werknemers en leidinggevenden (coaching), via lichtere vormen van begeleiding van werknemers die overspannen zijn of dreigen te worden (counseling), tot en met psychotherapie en reïntegratie van werknemers met burnout of andere ernstige vormen van werkgerelateerde problematiek (zie hfst. 7 en 8). Overigens wordt er ook vaak in groepen gewerkt, maar anders dan bij bijvoorbeeld teambuilding richt de aandacht zich steeds op het individuele groepslid en op de als belastend ervaren organisatiefactoren (bijv. werkdruk).
- Training*. Bij training kan het zowel gaan om het aanleren van individuele vaardigheden als om groepsprocessen. Voorbeelden van individuele vaardigheidstrainingen zijn assertiviteitstraining, sociale vaardigheidstraining

en training in tijdmanagement. Groepstrainingen kunnen betrekking hebben op het verbeteren van de communicatie, het vergroten van de groepscohesie, het verbeteren van de samenwerking en het vergroten van het probleemoplossend vermogen.

–*Advisering.* A&G-psychologen vervullen dikwijls een adviserende rol, meestal ten aanzien van het hogere management. Maar ook het middenmanagement en de ondernemingsraad kunnen van advies worden gediend. Deze advisering heeft in de regel betrekking op het verminderen van het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid, het verminderen van psychische klachten, het verbeteren van de kwaliteit van de arbeid, het verhogen van de motivatie van werknemers en het verbeteren van de manier van leidinggeven.

–*Onderzoek.* In een praktische setting is onderzoek (d.w.z. het verwerven van kennis) nooit een op zichzelf staand doel. Integendeel, het dient steeds een praktisch doel, zoals het stellen van een goede (organisatie)diagnose, het evalueren van een interventie of het onderbouwen van een advies. Met andere woorden, onderzoek is steeds onderdeel van een andere kernactiviteit van de A&G-psycholoog.

Hoeveel A&G-psychologen er in Nederland zijn en waar ze precies werken, is niet bekend. Een indicatie van de omvang van het werkveld is te vinden in het feit dat de Sectie A&G-psychologie met ruim achthonderd leden de grootste sectie van de Sector A&O van het NIP is. Voorts bestaat er sinds 1 oktober 2000 bij het NIP een Registratieregeling psycholoog van arbeid en gezondheid, die tot doel heeft de kwaliteit van het handelen van de A&G-psycholoog te waarborgen en te bevorderen. Om in het register te worden opgenomen, moet aan een aantal eisen aan vooropleiding, cursorisch onderwijs, werkervaring en supervisie worden voldaan (voor verdere informatie zie www.psynip.nl).

A&G-psychologen zijn op tal van plaatsen werkzaam, zoals bij arbodiensten (soms met een aanvullende opleiding als A&O-deskundige), bij organisatieadvies-, trainings- en selectiebureaus, in de eerste- en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, bij reïntegratiebedrijven en commerciële instellingen voor curatieve zorg en ten slotte als zelfstandig gevestigde. In hun werk hebben A&G-psychologen te maken met vier kerndisciplines die in iedere arbodienst vertegenwoordigd zijn, te weten de bedrijfsarts, de veiligheidskundige, de A&O-deskundige en de arbeidshygiënist (zie box 1.1). Deze zijn respectievelijk verantwoordelijk voor de gezondheid, de veiligheid en het welzijn, en voor de fysieke arbeidsomstandigheden in het bedrijf.

Daarnaast zijn er bij arbodiensten soms ook ergonomen in dienst, die zich bezighouden met de juiste afstemming tussen mens en machine. Hierbij kan ook aan computers (en software) worden gedacht, een gebied dat steeds meer aandacht krijgt in de vorm van cognitieve ergonomie. In een wat breder verband hebben A&G-psychologen dikwijls te maken met professionals uit de (geestelijke) gezondheidszorg, zoals huisartsen, eerstelijnspsychologen, psychotherapeuten en psychiaters, en met professionals uit de sfeer van de sociale verzekering, zoals verzekeringsartsen die arbeidsongeschiktheids-

claims beoordelen en arbeidsdeskundigen die adviseren over werkaanpassing bij werknemers met een handicap of aandoening.

Box 1.1 Arbokerndisciplines

- *Bedrijfsarts*. Sociaal-geneeskundige (medisch specialist) die gespecialiseerd is in de lichamelijke en geestelijke gezondheid in relatie tot werk, en die preventief, begeleidend en soms ook curatief werkzaam is.
- *Arbeidshygiënist*. Ingenieur (post-hbo of postacademisch) die gespecialiseerd is in het meten en beoordelen van chemische, biologische en fysieke arbeidsomstandigheden (straling, lawaai, trillingen, klimaat) en in ondersteuning bij het vinden van oplossingen.
- *Veiligheidskundige*. Ingenieur (post-hbo of postacademisch) die gespecialiseerd is op het terrein van fysieke veiligheid, zoals preventie van brand en ontploffingen en het opstellen van veiligheidsvoorschriften bij het werken met gevaarlijke machines en toxische stoffen.
- *A&O-deskundige*. Sociale wetenschapper met een postacademische of post-hbo-opleiding die gespecialiseerd is in psychische belasting door werk en daarmee verband houdende organisatorische vraagstukken.

1.5 De psychologie van arbeid en gezondheid als onderzoeksveld

Het onderzoeksgebied dat momenteel bekend staat als A&G-psychologie heeft zijn wortels in onderzoek naar vermoeidheid en mentale belasting en in fysiologisch stressonderzoek. De Duitser Emil Kraepelin en de Italiaan Angelo Mosso worden beschouwd als de voorlopers van het arbeidspsychologische belastingsonderzoek. Zij verrichtten aan het einde van de negentiende eeuw laboratoriumonderzoek naar de aantasting van de prestatiecapaciteit, bijvoorbeeld door proefpersonen drie tot vier uur achtereen rekenommen te laten maken. Vervolgens werd het aantal fouten dat zij maakten uitgezet tegen de tijd, waardoor een zogenoemde prestatievervalcurve werd verkregen, en daarmee een operationalisering van vermoeidheid. Immers, hoe langer het tijdsinterval, des te meer fouten er worden gemaakt en des te vermoeider de proefpersoon is.

Omstreeks 1920 voerde de Amerikaanse fysioloog Walter Cannon als eerste stressexperimenten uit. Hij stelde mensen en dieren in het laboratorium bloot aan allerlei belastende omstandigheden (bijv. kou, zuurstofgebrek en een laag bloedsuikergehalte) en observeerde vervolgens hun fysiologische reacties – er bestonden toen nog geen ethische commissies (!). Op grond van zijn experimenten postuleerde Cannon een dynamisch aanpassingsmechanisme, de ‘homeostase’, dat ervoor zorgt dat het interne fysiologische evenwicht bewaard blijft onder wisselende externe omstandigheden. Ruim twee decennia later kwam de Hongaars-Canadese fysioloog Hans Selye op grond van soortgelijke experimenten tot de conclusie dat er sprake is van een

stereotiep, gefaseerd verlopend fysiologisch reactiepatroon dat onafhankelijk is van de specifieke vorm van de belasting. Dit zogenoemde algemene aanpassingssyndroom (ofwel 'general adaptation syndrome'; GAS) bestaat uit verschillende functionele fysiologische veranderingen, zoals verhoging van de hartslag en de bloeddruk en toename van de maagsecretie, en kan op den duur tot volledige uitputting van het organisme leiden. Aan welke stressor het organisme ook werd blootgesteld, steeds volgde dezelfde reactie: het GAS.

Selye staat ook wel bekend als de vader van het stressonderzoek omdat hij de term *stress* heeft geïntroduceerd. Dat deed hij overigens pas ná de Tweede Wereldoorlog en wel met terugwerkende kracht. Daarbij maakte hij als anderstalige trouwens een kardinale fout: hij sprak van stress (de kracht die op een lichaam wordt uitgeoefend), maar bedoelde eigenlijk *strain* (het resultaat van die kracht, ofwel de reactie op stress in de vorm van het GAS). Sindsdien zitten we opgescheept met de spraakverwarring rondom het begrip stress. Evenals in het alledaagse taalgebruik slaat de term stress bij Selye op een negatieve reactie, terwijl het woord zelf eigenlijk betrekking heeft op de oorzaak, in dit verband de uitlokkende, belastende situatie.

Tot het einde van de Tweede Wereldoorlog werd stress uitsluitend als een fysiologisch verschijnsel beschouwd. De eerste laboratoriumonderzoeken naar psychologische stress werden in het begin van de jaren vijftig van de vorige eeuw in opdracht van de Amerikaanse luchtmacht uitgevoerd door Richard Lazarus, die later bekend zou worden als de grondlegger van de invloedrijke stress- en copingtheorie. De organisatiepsychologie is zich pas tijdens en vooral na de Tweede Wereldoorlog gaan toeleggen op onderzoek naar stress in organisaties. Kort na de Tweede Wereldoorlog verscheen *The American soldier* (Stouffer e.a., 1949), een zeer gedetailleerde studie waarin uitvoerig aandacht werd besteed aan de relatie tussen organisatiekenmerken en het welbevinden van militairen. Een belangrijke les uit deze studie was dat bij stressreacties van mensen in organisaties ook rekening gehouden moet worden met sociaal-psychologische processen, zoals sociale vergelijking.

Vooraf vanaf het midden van de jaren zestig van de vorige eeuw nam het psychologische stressonderzoek in organisaties een hoge vlucht, mede gestimuleerd door het baanbrekende werk aan het Amerikaanse Institute for Social Research te Ann Arbor. Daar ontwikkelden Robert Kahn en zijn collega's de gedachte dat werkstress vooral samenhangt met de wijze waarop sociale rollen in arbeidsorganisaties zijn gestructureerd. In het begin van de jaren zeventig werd het zogenoemde Michigan Model door Charles de Wolff in Nederland geïntroduceerd, waar het eerst aan de Universiteit in Leiden en daarna in Nijmegen als basis diende voor het eerste Nederlandse onderzoek naar werkstress. Daarbij werd gebruik gemaakt van de uit het Amerikaans vertaalde en voor Nederland bewerkte Vragenlijst Organisatie Stress (VOS), waarvan vooral de latere versie bekend is geworden: de VOS-D.

Als wetenschapsgebied is de A&G-psychologie deels theoretisch en deels meer praktisch georiënteerd; met andere woorden, zij is zowel theorie- als probleemgestuurd (zie tabel 1.1). Dat wil zeggen dat A&G-onderzoek zich

enerzijds richt op het verklaren en begrijpen van welbevinden en gezondheid op het werk, en anderzijds op het verbeteren ervan. Er is dus sprake van kennis en kunde.

Tabel 1.1		Typen A&G-onderzoek.			
	<i>hypothese-toetsend onderzoek</i>	<i>beschrijvend onderzoek</i>	<i>ontwerp-onderzoek</i>	<i>interventie-onderzoek</i>	<i>organisatie-onderzoek</i>
<i>oriëntatie</i>	theoriegestuurd	probleemgestuurd			
<i>proces</i>	empirische cyclus	non-cyclisch		regulatieve cyclus	
<i>methode</i>	empirisch-wetenschappelijk		empirisch-wetenschappelijk, actieonderzoek, case studies		
<i>doel</i>	verklaring	'feiten'	gereedschap	evaluatie	verandering
<i>medium</i>	wetenschappelijk tijdschrift, vaktijdschrift	bedrijfsrapport, vaktijdschrift	vaktijdschrift		bedrijfsrapport
<i>primaire doelgroep</i>	wetenschappelijk forum	organisatie, beroepsbeoefenaars	beroepsbeoefenaars		organisatie

Het theoriegestuurde onderzoek volgt de zogenoemde empirische cyclus, waarbij achtereenvolgens een hypothese wordt geformuleerd, empirische gegevens worden verzameld en de hypothese statistisch wordt getoetst. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan onderzoek naar de effecten van een onbillijke behandeling door de organisatie op het ziekteverzuim van werknemers. Een hypothese zou kunnen zijn dat werknemers die zich onbillijk door de organisatie behandeld voelen, meer verzuimen dan diegenen die zich niet onbillijk behandeld voelen. Door vragenlijstgegevens over de ervaren onbillijkheid van werknemers in verband te brengen met hun geregistreeerde ziekteverzuim, kan deze hypothese worden getoetst.

Probleemgestuurd onderzoek volgt daarentegen meestal een zogeheten regulatieve cyclus, waarbij achtereenvolgens een probleem wordt geformuleerd, een interventie wordt ontworpen, uitgevoerd en geëvalueerd (zie ook figuur 11.1). De interventie kan zowel betrekking hebben op een individuele persoon als op een groep. Voorbeelden zijn respectievelijk onderzoek door middel van gevalstudies (casestudy's) naar het effect van een burnoutbehandeling en onderzoek naar de effectiviteit van een stressmanagementtraining. Het laatste kan met behulp van een (quasi-)experimenteel onder-

zoeksontwerp geschieden, waarbij naast enkele experimentele groepen ook een aantal controlegroepen wordt gebruikt die geen training ontvangen. Door bijvoorbeeld het verschil in ziekteverzuim vóór en na de training te vergelijken met dat van de controlegroep kan een wetenschappelijk onderbouwde uitspraak over het effect van de training worden gedaan (zie hfst. 10). Bij organisatiebreed onderzoek wordt in de regel gebruik gemaakt van de methode van actieonderzoek, al dan niet in combinatie met een gevalstudie. Organisaties zijn namelijk dynamische systemen die voortdurend in verandering zijn en zich moeilijk laten dwingen in het keurslijf van een empirisch-wetenschappelijk experiment. Het belangrijkste kenmerk van actieonderzoek is dat de onderzoeker zelf deel uitmaakt van het veranderingsproces dat wordt bestudeerd. Onderzoek en veranderingsproces zijn niet van elkaar gescheiden maar beïnvloeden elkaar wederzijds. In een organisatiebreed ziekteverzuimproject wordt bijvoorbeeld op grond van de terugkoppeling van ervaringen van de deelnemers de verzuimtraining aan leidinggevendenden tussentijds aangepast. (Voor gevalstudies, interventieonderzoek en actieonderzoek zie ook hfst. 11.)

Probleemgestuurd onderzoek kan echter ook non-cyclisch van aard zijn, dat wil zeggen, dat het noch de empirische cyclus van het hypothesetoetsend onderzoek volgt, noch de regulatieve cyclus van het interventie- of organisatieonderzoek. In dat geval gaat het om beschrijvend onderzoek dat tot doel heeft bepaalde feiten boven water te halen ('fact finding'), dan wel om ontwerponderzoek waarbij het gaat om het maken van gereedschap ('tools') in de vorm van instrumenten, richtlijnen en procedures. Het ontwerpen van op wetenschappelijke leest geschoeide instrumenten maakt het voor A&G-psychologen mogelijk om 'evidence based' te werken. Hoewel er geen theoretische bijdrage wordt geleverd, is er wel degelijk sprake van wetenschap, omdat er volgens de wetenschappelijke spelregels van systematiek, precisie, objectiviteit, verificatie en replicatie gewerkt wordt.

Een voorbeeld van beschrijvend onderzoek is de al eerder genoemde RIE. Concrete vragen die bij dergelijk beschrijvend onderzoek opduiken zijn: wijkt het geconstateerde ziekteverzuim af van het (op grond van branche, geslacht, leeftijd) te verwachten ziekteverzuim? Hoe hoog is het ziekteverzuim vanwege psychische klachten? Hebben vrouwen meer last van stressklachten dan mannen? Hoe sterk hangen arbeidssatisfactie en prestatie met elkaar samen? Verzuimen werknemers die veel burnoutklachten hebben vaker dan diegenen die deze klachten niet hebben? Door het verzamelen en wetenschappelijk analyseren van empirische gegevens kan een antwoord op dergelijke vragen worden gegeven in de vorm van 'feiten'.

Voorbeelden van ontwerponderzoek zijn het construeren van een valide en betrouwbare vragenlijst om werkstressoren te meten, het opstellen van betrouwbare diagnostische richtlijnen voor werkgerelateerde psychische stoornissen en het formuleren van criteria voor gezond werk (zie hfst. 5). Soms zal er bij ontwerponderzoek, evenals bij interventieonderzoek, ook gebruik worden gemaakt van casestudy's en actieonderzoek.

Elk type onderzoek kent een eigen favoriet medium waarmee een bepaalde doelgroep wordt bereikt. Hypothesetoetsend onderzoek wordt in eerste in-

stantie gepubliceerd ten behoeve van het wetenschappelijk forum en wel in wetenschappelijke tijdschriften en boeken (zie box 1.2). Wat meer populaire versies van wetenschappelijke artikelen verschijnen soms in vaktijdschriften, zoals *De Psycholoog*, *de Arbomonitor*, *Loopbaan* en *Medisch Contact*, die zich vooral richten op beroepsbeoefenaars. Als het beschrijvende onderzoek in opdracht van derden is verricht, vindt er een terugrapportage plaats in de vorm van een bedrijfsrapport. Dergelijk onderzoek kan ook in een vaktijdschrift worden gepubliceerd en zelfs in wetenschappelijke tijdschriften. De resultaten van interventieonderzoek worden doorgaans eveneens in vaktijdschriften gepubliceerd, terwijl organisatieonderzoek in de regel in bedrijfsrapporten beschreven wordt. In principe kunnen overigens alle typen onderzoek in wetenschappelijke tijdschriften worden gepubliceerd, mits zij voldoen aan de dienovereenkomstige criteria.

Box 1.2 Relevante wetenschappelijke tijdschriften

De meest specifieke internationale tijdschriften op het gebied van A&G-psychologie zijn *Journal of Occupational Health Psychology*, *International Journal of Stress Management* en *Work and Stress*.

In Nederland bestaan geen specifieke tijdschriften op het gebied van arbeid en gezondheid. *Gedrag en Organisatie* en *Gedrag en Gezondheid*, beide psychologisch georiënteerd, en het medische *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* en *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde* komen het dichtst in de buurt. Verder kan het *Tijdschrift voor Ergonomie* genoemd worden.

Op het gebied van de A&O-psychologie kunnen worden genoemd: *Journal of Applied Psychology*, *Journal of Occupational and Organizational Psychology* (voorheen *Journal of Occupational Psychology*), *Journal of Vocational Behavior*, *Journal of Organizational Behaviour* en het *European Journal of Work and Organizational Psychology*. In deze tijdschriften wordt regelmatig over A&G-thema's gepubliceerd.

Op het gebied van gezondheidspsychologie en psychosomatiek kunnen worden genoemd: *Health Psychology*, *Psychology and Health*, *Psychosomatic Medicine*, *Behavioural Medicine*, *Social Science and Medicine*, *Anxiety, Stress and Coping*, *Journal of Human Stress* en *Stress Medicine*. In deze tijdschriften gaat het vaak om stress in relatie tot ziekte en minder om werkgebonden stress.

Op het gebied van bedrijfsgezondheid kunnen worden genoemd: *International Archives of Occupational and Environmental Medicine*, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *Occupational Medicine*, *Occupational and Environmental Medicine*, *Journal of Health* en het *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. In deze tijdschriften wordt over psychosociale risico's en stressgerelateerde aandoeningen gepubliceerd.

1.6 De toekomst van de psychologie van arbeid en gezondheid

Op grond van de ontwikkelingen die in paragraaf 1.3 zijn geschetst, is te verwachten dat het belang van een gedragswetenschappelijke benadering van gezondheid en ziekte in relatie tot de arbeid voorlopig zal blijven groeien. Daarmee rust een grote verantwoordelijkheid op de schouders van het jonge vakgebied van de A&G-psychologie. Dat geldt zowel voor de onderzoekers als voor de beroepsbeoefenaars op dit terrein. Om deze verantwoordelijkheid ten volle te kunnen waarmaken, is er niet alleen dringend behoefte aan meer kennis, inzicht en ervaring, maar ook aan 'feiten', richtlijnen en procedures, kortom, aan gereedschap voor het praktisch handelen van de A&G-psycholoog.

Hoe ziet de onderzoeksagenda voor de toekomst er uit? Er zal verder moeten worden gewerkt aan het vergroten van ons inzicht in de psychologische processen die een rol spelen bij welbevinden en gezondheid op het werk. Daarbij gaat het niet zozeer om *beschrijvende* modellen waarin een aantal variabelen met elkaar in verband worden gebracht, zoals bij het Michigan Model (zie hfst. 2), maar om *verklarende* theorieën waarbij een inhoudelijk verband in de vorm van een psychologisch mechanisme wordt blootgelegd. Dergelijke modellen zijn (nog) heel schaars in de A&G-psychologie. In de regel komt het vaak neer op leentjebuurt spelen bij de sociale psychologie (bijv. de billijkheidstheorie), klinische psychologie (bijv. de leertheorie), cognitieve psychologie (bijv. de informatieverwerkingsmodellen) en motivatietheorie (bijv. zelfregulatiemodellen).

In deel I van dit boek wordt een aantal theoretische aanzetten besproken, waarbij wordt teruggegrepen op de kennis die in deze psychologische disciplines is ontwikkeld. Van bijzondere betekenis is daarbij de psychofysiologie, mede vanwege de toepassing van moderne technieken die het mogelijk maken om allerlei fysiologische parameters ambulant en online te meten. Daar waar werknemers vroeger in een kunstmatige laboratoriumsetting onderzocht moesten worden, kan dat nu op de werkplek zelf gebeuren, zonder dat zij daarbij gehinderd worden door allerlei meetapparatuur. Deze bevindt zich in een klein kastje waarin allerlei fysiologische gegevens als hartslag, bloeddruk en ademhalingsfrequentie worden opgeslagen. In hoofdstuk 4 wordt uitgebreid ingegaan op de psychofysiologie van werkstress en op de psychoneuro-immunologie, die de wisselwerking bestudeert van (werk)gedrag, neurologische hardware en hormoonhuishouding. Beide terreinen zullen in de toekomst aan betekenis winnen. Datzelfde geldt voor de dragsgenetica, waarbij nog nauwelijks begonnen is om deze toe te passen op werkgedrag.

Naast het ontwikkelen van verklarende (fysiologische) theorieën over welzijn en gezondheid op het werk, is het ook van belang dat er nieuwe concepten worden ontwikkeld die aansluiten bij veranderingen die zich in de wereld van de arbeid voltrekken. Zo zal er in de toekomst vooral behoefte zijn aan begrippen om emotionele en cognitieve werkbelasting te beschrijven, juist omdat deze soorten van belasting sterk zullen toenemen. Burnout (zie hfst. 17) is een begrip dat daaraan tegemoetkomt, evenals emotionele

arbeid (zie hfst. 13). Vanwege de toegenomen arbeidsparticipatie van vrouwen en vanwege het steeds meer in elkaar overlopen van werk en vrije tijd is het daarnaast van groot belang om over begrippen te beschikken als werkhuisinterferentie, spill-over en cross-over (zie hfst. 14 en 21). Ten slotte kan er nog gewezen worden op het feit dat er steeds meer belangstelling ontstaat voor de positieve kanten van het functioneren van mensen in organisaties, zoals tot uitdrukking wordt gebracht in het begrip bevlogenheid (zie hfst. 17). Door de sterke nadruk op hard werken, betrokkenheid en prestatie bestaat het gevaar dat mensen die daar gevoelig voor zijn verslaafd raken aan hun werk: de zogenaamde *workaholics* (zie hfst. 18).

Voorts ligt er een uitdaging voor de A&G-psychologie om de onderzoeksresultaten die tot nu toe zijn gevonden in cross-sectioneel onderzoek met hoofdzakelijk zelfrapportagevragenlijsten, te repliceren in longitudinaal onderzoek, waarbij ook gebruik wordt gemaakt van meer objectieve gegevens zoals lichamelijke reacties (zie hfst. 4), geregistreerd ziekteverzuim (zie hfst. 20) en arbeidsprestatie (zie hfst. 19). Het is met name van belang om aan te tonen dat de werkbeleving van werknemers, inclusief de ervaren klachten en problemen, van invloed zijn op meetbare (objectieve) grootheden die een rol spelen bij de bedrijfsvoering. Pas wanneer organisaties overtuigd kunnen worden van het feit dat de mentale conditie van hun personeel van directe invloed is op het bedrijfsresultaat, zullen zij bereid zijn daarin te investeren. Slaagt de A&G-psychologie daar niet in, dan zal zij slechts een marginale rol kunnen spelen. Dit impliceert overigens dat A&G-psychologen meer dan nu het geval is met andere disciplines moeten samenwerken (bijv. met economen en bedrijfskundigen) op het vlak van kosten-batenanalyse van interventies; een tot op heden nagenoeg onontwikkeld terrein.

Vanuit het perspectief van de beroepsbeoefenaars bestaat er een grote behoefte aan instrumenten, richtlijnen en procedures met betrekking tot *assessment*, zowel op individueel niveau (zie hfst. 5) als op organisatieniveau (zie hfst. 6). Voorts blijft er behoefte bestaan aan interventiemethoden op individueel niveau (zie hfst. 7) en organisatieniveau (zie hfst. 9), inclusief de arbeidsreïntegratie (zie hfst. 8), een terrein dat steeds meer in belang toeneemt. Naast klachtreductie vormt werkhervatting namelijk een tweede, gelijkwaardige behandelingsdoelstelling van werknemers met psychische problemen. Vooral bij organisatie-interventies gaat het overigens niet alleen om inhoudelijke en methodische kennis, maar ook om kennis over de implementatie van maatregelen. Het transformeren van theoretische kennis naar praktisch handelen is een cruciaal onderdeel van de A&G-psychologie. Het instrumentarium dient uiteraard van goede kwaliteit te zijn, dus 'evidence based' en gestoeld op wetenschappelijk onderzoek.

Voor wat betreft assessment is de predictieve validiteit ofwel het voorspellend vermogen van een instrument van cruciaal belang. Bijvoorbeeld: in hoeverre voorspelt een bepaalde test het toekomstige ziekteverzuim? Daarenboven dient er nog veel werk te geschieden op het vlak van normering: een bepaalde score krijgt immers pas betekenis wanneer deze vergeleken wordt met een referentiescore (zie hfst. 5 en 6). Dergelijke referentiescores ontbreken momenteel nog bij veel assessmentinstrumenten. Wat interventies be-

treft is er nog steeds behoefte aan gedegen evaluatieonderzoek naar de effecten ervan. Dergelijk onderzoek kent talloze voetangels en klemmen (zie hfst. 11), maar is daarom niet minder noodzakelijk.

Het is al eerder gezegd: bij de A&G-psychologie gaat het zowel om kennis als om kunde, om denken en doen, om theorie en praktijk. Maar bovenal gaat het om de integratie van beide: om een wetenschappelijk gefundeerde beroepspraktijk en om een beroepsrelevante wetenschapspraktijk. Dat maakt de A&G-psychologie tot een heel complexe maar tegelijk ook spannende onderneming. Met dit leerboek hopen wij diegenen een dienst te bewijzen die zich willen verdiepen in haar wetenschappelijke grondslagen en praktische toepassingen.

Aanbevolen literatuur

Cooper, C.L., & Dewe, P. (2004). *Stress: a brief history*. Malden, MA: Blackwell.

Schaufeli, W.B. (2004). The future of occupational health psychology. *Applied Psychology: An International Review*, 53, 502-517.

Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2001). Werk en welbevinden: naar een positieve benadering in de arbeids- en gezondheidspsychologie. *Gedrag en Organisatie*, 14, 229-253.

Smulders, P.W.G. (2006). *Worklife in the Netherlands*. Hoofddorp: TNO Work & Employment.