

TNO-rapport
1070111/r9900446

SMASH: Study on Musculoskeletal disorders, Absenteeism, Stress and Health

Deelrapport 4: Psychische klachten en werkkenmerken

TNO Arbeid

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

Telefoon 023 554 93 93
Fax 023 554 93 94

Datum
1 juli 1999

Auteur(s)
Karin I. Proper¹
Paulien M. Bongers¹
Jan de Jonge²
Irene L.D. Houtman¹
Michiel A.J. Kompier²

- ¹ TNO Arbeid, afdeling beleidsonderzoek arbeid en gezondheid, Hoofddorp
² Katholieke Universiteit Nijmegen, afdeling arbeid en organisatie psychologie

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor Onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 1999 TNO Arbeid

TNO Arbeid (voorheen NIA TNO) is een kennisintensieve dienstverlener voor bedrijfsleven en overheid op het gebied van strategische arbeidsvraagstukken. Met als uitgangspunt een optimale inzet van mensen, houdt TNO Arbeid zich bezig met de innovatie van arbeid, organisatie en technologie, bevordering van arbeidsparticipatie en versterking van arbeidsomstandighedenbeleid.



Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek TNO

INHOUDSOPGAVE

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Samenvatting | 3 |
| 1. Inleiding..... | 6 |
| 1.1 Motivatie | 6 |
| 1.2 Visies op ontstaan van psychische klachten..... | 7 |
| 1.3 Theoretische achtergrond..... | 7 |
| 1.4 Indeling rapport | 8 |
| 2. Methode | 9 |
| 2.1 Onderzoekspopulatie en respons | 9 |
| 2.2 Operationalisatie uitkomstmaten en risicofactoren..... | 9 |
| 2.3 Data-analyse | 10 |
| 3. Resultaten | 11 |
| 3.1 Beschrijving van psychische klachten voor non-respons en blijvers..... | 11 |
| 3.2 Beschrijving van psychische klachten voor vertrekkers en blijvers | 12 |
| 3.3 Beschrijving van psychische klachten voor verschillende groepen..... | 12 |
| 3.4 Ontwikkeling van de psychische klachten na één jaar | 17 |
| 3.5 Beloop van psychische klachten in drie jaar | 20 |
| 3.6 Onderlinge samenhang psychosociale werkkenmerken..... | 22 |
| 3.7 Onderlinge samenhang psychische klachten..... | 23 |
| 3.8 Relatie psychosociale werkkenmerken en psychische klachten | 23 |
| 4. Discussie en conclusies | 28 |
| 4.1 Onderzoekspopulatie | 28 |
| 4.2 Selectieve respons | 28 |
| 4.3 Healthy worker effect..... | 28 |
| 4.4 Operationalisatie psychische klachten | 28 |
| 4.5 Voorkomen psychische klachten en trends in de tijd..... | 28 |
| 4.6 Groepen met veel klachten | 29 |
| 5. Conclusies en aanbevelingen..... | 33 |
| Literatuurlijst..... | 35 |
| Bijlage I: Operationalisatie psychische klachten en psychosociale werkkenmerken | 37 |
| Bijlage II: Ontwikkeling psychische klachten na twee en drie jaar | 39 |

Samenvatting

Motivatie

Dit onderzoek wordt uitgevoerd als deelstudie in het kader van grootschalig longitudinaal onderzoek dat in eerste instantie is opgezet om het inzicht te verbeteren in de werkgerelateerde en niet werkgerelateerde risicofactoren van klachten aan het bewegingsapparaat (Bongers e.a. 1999). In het kader van dit onderzoek zijn echter ook gegevens verzameld over psychische klachten en werkstress risico's. Dit onderzoek is in 1993 geïnitieerd door de Ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), gezamenlijk met het Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen (LISV). In dit rapport wordt verslag gedaan van het deelonderzoek naar psychische klachten.

De meest recente cijfers laten zien dat ongeveer een kwart van de nieuwe WAO-intreders 'psychische aandoeningen' als hoofddiagnose heeft. Psychische aandoeningen zijn hiermee de meest omvangrijke diagnosegroep onder de WAO-intreders. Diverse studies laten daarnaast zien dat wanneer men verzuimt met psychische klachten, de kans groot is dat men langdurig verzuimt. Bovendien blijken werknemers die met deze diagnose in de WAO zitten minder makkelijk te reïntegreren. Gezien deze (toenemende) omvang van de problematiek en de hoge mate van arbeidsgebondenheid van psychische klachten is preventie van psychische klachten in de arbeidssituatie van belang.

Opzet onderzoek

In dit onderzoek wordt nagegaan wat de omvang is van emotionele uitputting, psychosomatische gezondheidsklachten, depressiviteit en een ongunstige algemene gezondheidsbeleving in een breed samengestelde werknemers populatie en hoe die klachten zich hebben ontwikkeld tussen 1994 en 1998. Tevens wordt nagegaan in hoeverre die klachten samenhangen met psychisch belastende werkkenmerken. Daar werkontevredenheid mogelijk een intermediair is tussen ongunstige psychosociale werkkenmerken en psychische klachten, wordt tevens de associatie onderzocht tussen werk(on)tevredenheid en die werkkenmerken. Hiertoe zijn gedurende drie jaar (1994-1998) gegevens verzameld over de werkbelasting, belastbaarheid en de gezondheid van werknemers uit 34 bedrijven. De bedrijven zijn in samenwerking met de arbodiensten in heel Nederland gerekruteerd en afkomstig uit allerlei verschillende sectoren. De werknemers zijn gedurende drie jaar gevolgd en hebben elk vervolgjaar van het onderzoek een vragenlijst ingevuld.

Omvang en beloop psychische klachten

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de gerapporteerde psychische klachten en ontevredenheid over het werk tijdens deze metingen.

Het voorkomen van psychische klachten en ontevredenheid over het werk in percentages tijdens de basismeting en vervolgmetingen

| Psychische klachten | basis meting | vervolg meting 1 | vervolg meting 2 | vervolg meting 3 |
|-----------------------------------------|--------------|------------------|------------------|------------------|
| Ontevredenheid met het werk | | | | |
| psychosomatische klachten (VOEGscore>7) | 6,5 | - | - | 9,9 |
| emotionele uitputting (score>4) | 5,5 | 7,2 | 7,2 | 6,5 |
| depressie (CESDscore>6) | 9,5 | 11,8 | 11,5 | 16,1 |
| ontevreden met werk (vaak/bijna altijd) | 12,6 | 13,9 | 16,7 | 15,5 |

Bij aanvang van het onderzoek rapporteert 6,5% psychosomatische klachten, 5,5% emotionele uitputtingsklachten (burnout), 9,5% depressieve klachten en is 12,6% niet tevreden met het werk. Aan het eind van het onderzoek is dat respectievelijk 10%, 6,5%, 16% en 15,5%. Dit betekent dat met name psychosomatische klachten, depressie en ontevredenheid over het werk in tussen 1994 en 1998 zijn toegenomen in deze onderzoekspopulatie. Enigszins onverwacht, gezien de publicaties over toename in werkgerelateerde psychische problematiek, is dat het percentage werknemers met emotionele uitputting ofwel burnout-verschijnselen min of meer stabiel gebleven is in deze drie jaar. De gepresenteerde trend in de tijd weerspiegelt de toename van het aantal werknemers dat bepaalde klachten

heeft, toenemen van de ernst van de klachten (gemiddelde score) komt hierin niet naar voren. In een andere deelstudie van dit onderzoek is gebleken dat het percentage werknemers met rugklachten licht afneemt in deze periode bij dezelfde onderzoeksgroep. De toename van psychische klachten is dus geen weerspiegeling van een algemene trend in de tijd van toenemende gezondheidsklachten.

Groepen met veel klachten

Vrouwen rapporteren op alle meetmomenten meer psychosomatische klachten en depressie dan mannen. Terwijl mannen systematisch meer onvrede met het werk rapporteren. Emotionele uitputting verschilt niet sterk tussen mannen en vrouwen maar over het algemeen hebben mannen meer dergelijke klachten dan vrouwen. Ook na correctie voor verschillen in psychosociale werkkenmerken tussen mannen en vrouwen, blijkt dat mannen meer onvrede met het werk hebben en vrouwen meer depressie en psychosomatische klachten rapporteren tijdens de basismeting. Terwijl er geen duidelijk verschil is tussen mannen en vrouwen in emotionele uitputtingsklachten, na correctie voor andere factoren.

Vrouwen rapporteren dus wel meer depressie en psychosomatische klachten maar niet meer emotionele uitputtingsverschijnselen. Behalve dat vrouwen meer depressieklachten rapporteren is het verschil tussen mannen en vrouwen wat depressieklachten betreft in de laatste twee jaar toegenomen. Dit zou kunnen betekenen dat bij preventie van psychische klachten bij werknemers preventie van depressieklachten extra aandacht zou moeten krijgen.

Psychosomatische klachten nemen toe met de leeftijd tijdens de basismeting, ook na correctie voor andere risicofactoren. De andere psychische klachten, zoals depressie en burnout, nemen niet toe met de leeftijd. Terwijl onvrede met het werk vooral voorkomt bij werknemers jonger dan 31 jaar of ouder dan 45 jaar.

'Natuurlijk beloop' psychische klachten

De groep met psychische klachten in de onderzoekspopulatie op de verschillende meetmomenten bestaat telkens uit andere personen. Bij een deel van de populatie ontstaan klachten, bij een deel gaat het om een herhaling van bestaande klachten en bij een deel blijken de klachten te verdwijnen (herstel). In de tabel hieronder wordt een overzicht gegeven van de verschuivingen in één jaar. Met name van de werknemers met depressieve klachten blijkt na een jaar slechts een beperkt deel van de werknemers geen klachten meer te melden. Depressieve klachten nemen in deze populatie dus sterker toe dan klachten over emotionele uitputting omdat minder werknemers zijn hersteld, terwijl ongeveer een even groot gedeelte van de werknemers nieuwe klachten ontwikkelt. Dus voor vermindering van depressieve klachten is het ook van belang de klachten te verminderen bij de mensen die reeds klachten hebben.

overzicht verloop psychische klachten gedurende een jaar

| | emotionele uitputting | depressie | ervaren gezondheid | arbeids-ontevredenheid |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|-----------|--------------------|------------------------|
| voorkomen klachten basismeting of eerste vervolgmeting | 10% | 15% | 28% | 19% |
| aandeel ontstaan ¹ | 47% | 45% | 32% | 36% |
| aandeel aanhoudend ¹ | 26% | 36% | 36% | 37% |
| aandeel hersteld ¹ | 27% | 19% | 32% | 27% |

¹ Percentages van degene met klachten

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van het ontstaan van psychische klachten gedurende drie jaar. Van de werknemers die bij aanvang van het onderzoek klachten vrij waren, blijkt in drie jaar tijd circa 10% tot 20% psychische klachten te ontwikkelen

overzicht verloop psychische klachten gedurende drie jaar in een klachten vrije populatie

| | emotionele uit- putting | depressie | ervaren gezondheid | arbeids- ontevredenheid |
|-----------------------------------------|----------------------------|-----------|-----------------------|----------------------------|
| % klachten ontstaan in 3 jaar | 10 | 22 | 24 | 20 |
| aandeel tijdelijk klachten ¹ | 55 | 44 | 41 | 46 |
| aandeel duurzame klachten ¹ | 22 | 30 | 33 | 26 |
| aandeel ontstaan na 3 jaar ¹ | 22 | 25 | 26 | 29 |

¹ Percentages van degene met klachten*Relatie tussen de psychosociale werkkenmerken en psychische klachten*

Depressie en psychosomatische klachten worden voor slechts 6% respectievelijk 7% verklaard uit leeftijd, geslacht, opleiding en werkkenmerken, te weten taakeisen, autonomie, vaardigheidsmogelijkheden en sociale steun. Dit benadrukt het feit dat deze klachten sterk multicausaal zijn bepaald en niet slechts door werkkenmerken kunnen worden verklaard. Emotionele uitputting en werktevredenheid worden veel beter verklaard door werkkenmerken (16% respectievelijk 20%). Hoewel dat deel van de depressie en psychosomatische gezondheid dat door het werk verklaard wordt klein is, blijkt er wel een duidelijke relatie met ongunstige psychosociale belasting op het werk.

overzicht cross-sectionele relaties tussen psychosociale werkkenmerken en werktevredenheid en psychische klachten, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleiding

| psychosociale werkkenmerken | werk- ontevredenheid | emotionele uitputting | depressie | psychosomatische klachten |
|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------|------------------------------|
| veel taakeisen | + | ++ | + | ++ |
| weinig autonomie | + | - | + | + |
| weinig vaardigheidsmogelijkheden | + | + | - | - |
| weinig sociale steun op het werk | ++ | ++ | + | + |

- geen associatie, + associatie, ++ sterke associatie

In dit onderzoek zijn hoge taakeisen en geringe regelmogelijkheden (autonomie, vaardigheidsmogelijkheden) geassocieerd met meer emotionele uitputting, depressie, psychosomatische klachten en werktevredenheid. Gebrekkige mogelijkheden om vaardigheden te ontwikkelen en toe te passen zijn alleen geassocieerd met de werkgerelateerde uitkomstmaten (werkonvrede en emotionele uitputting). Weinig autonomie is niet gerelateerd aan emotionele uitputting (ofwel burnout) maar wel aan de andere psychische klachten. Veel taakeisen zijn geassocieerd met alle onderzochte klachten. Hierbij zijn veel taakeisen, ofwel een hoge werkdruk, vooral sterk geassocieerd met emotionele uitputting en psychosomatische klachten. Bovendien geldt dat er geen geleidelijke toename is van de klachten bij toenemende werkdruk maar dat alleen bij de hoogst blootgestelde groep de emotionele uitputting sterk toeneemt.

Ook weinig sociale steun op het werk gaat samen met alle onderzochte psychische klachten. Hoewel het niet zo is dat bij toenemen de steun de klachten steeds verder af nemen. Heel weinig sociale ondersteuning is geassocieerd met meer emotionele uitputting en meer depressie en de klachten nemen af met toenemende ondersteuning. Maar heel veel sociale steun blijkt niet samen te gaan met een verdere afname van de psychische klachten maar met een lichte toename.

Deze bevindingen zijn het resultaat van een cross-sectionele analyse, dat wil zeggen dat werkkenmerken en klachten op een zelfde moment gemeten zijn, namelijk tijdens de basismeting. De resultaten geven de associatie weer maar er kan op basis van deze resultaten geen uitspraak gedaan worden over wat de kip is en wat het ei. Zo kan een hoge werkdruk leiden tot meer emotionele uitputting maar kan het ook zijn dat meer emotionele uitputting leidt tot hogere ervaren werkdruk. Om een beter inzicht te krijgen tussen de werkelijke werkgebonden oorzaken van psychische klachten is een nadere analyse van de psychische klachten tijdens de vervolgmetingen van het onderzoek in relatie tot de risicofactoren bij aanvang van het onderzoek noodzakelijk. Een dergelijke analyse is niet in dit deelrapport opgenomen. In vervolg onderzoek zou eveneens de relatie tussen deze kenmerken en verzuim door psychische klachten gelegd moeten worden.

1. INLEIDING

1.1 Motivatie

Het aantal mensen dat niet of slechts gedeeltelijk werkt omdat zij een arbeidsongeschiktheidsuitkering geniet, is bijna nergens zo groot als in Nederland (SZW 1996). Hoewel de omvang en instroom van WAO wegens psychische klachten in Nederland groter is dan in andere landen, is het aandeel van psychische klachten in de WAO in Nederland niet systematisch hoger dan elders; in sommige landen is dat aandeel zelfs vergelijkbaar (Veerman en Jehoel-Gijsbers 1998). Ongeveer een kwart van de nieuwe WAO-intreders heeft als hoofddiagnose “psychische aandoeningen” (Lisv, 1999). Deze meest recente cijfers zijn gebaseerd op de AAW/WAO cijfers voor 1997, waarbij ook een groot deel van de diagnoses voor de nieuwe WAO-intreders onbekend is. Psychische aandoeningen zijn hiermee de meest omvangrijke diagnosegroep onder de WAO-intreders. De groep die arbeidsongeschikt is op psychische gronden vormt een steeds groter deel van het totale aantal mensen dat jaarlijks de WAO toetreedt (De Klerk en van der Zouwe 1992). Bij een vergelijking van de cijfers van 1990 met 1981 is gebleken dat er een relatieve toename is van de groep met een diagnose “psychische stoornissen”. Over de periode van 1981-1990 is er een toename van 78.9% gevonden (de Klerk en van der Zouwe 1992), terwijl de toename van de verzekerdenpopulatie en van het totale aantal WAO-instroomers nagenoeg hetzelfde is gebleven over die periode.

In verschillende onderzoeken worden vaak diverse begrippen gehanteerd voor klachten door een psychisch belastende situatie. De laatste jaren wordt ook veel gesproken van burnout, ook wel “opgebrand zijn”. Psychische problematiek leidt veelal tot ziekteverzuim en daarmee tot hogere arbeidskosten en uitgaven voor ziekteverzekering. Daarnaast leidt het tot personeelsproblemen (vervangingsproblemen), een verlaagde productiviteit en verminderde productkwaliteit. De directe kosten die hiermee gemoeid zijn worden geschat op 6 miljard gulden. Wanneer de kosten van gezondheidszorg, activiteiten van arbodiensten en bedrijven en instellingen hierbij opgeteld worden, kunnen de kosten oplopen tot circa 10 miljard gulden (Kaaib 1998). De kosten van uitval uit het werk (verzuim en WAO) wegens deze aandoeningen worden door Koningsveld en Mossink (1997) geschat op gemiddeld zo'n 9 miljard gulden.

Diverse studies laten zien dat wanneer men verzuimt met psychische klachten, de kans groot is dat men langdurig verzuimt (Schroër 1993, De Klerk en van der Zouwe 1986). Bovendien blijken werknemers die met deze diagnose in de WAO zitten minder makkelijk te reïntegreren (Nijboer, Gründemann en Andries 1993).

Gezien deze (toenemende) omvang van de problematiek en de hoge mate van arbeidsgebondenheid van psychische klachten is preventie van psychische klachten in de arbeidssituatie van belang. In dit onderzoek wordt nagegaan wat de omvang is van emotionele uitputting, psychosomatische gezondheidsklachten, depressiviteit en een ongunstige algemene gezondheidsbeleving in een breed samengestelde werknemers populatie en hoe die klachten zich hebben ontwikkeld tussen 1994 en 1998. Tevens wordt nagegaan in hoeverre die klachten samenhangen met psychisch belastende werkkenmerken. Daar werkontevredenheid mogelijk een intermediair is tussen ongunstige psychosociale werkkenmerken en psychische klachten, wordt tevens de associatie onderzocht tussen werk(on)tevredenheid en deze werkkenmerken.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd als deelstudie in het kader van grootschalig longitudinaal onderzoek dat in eerste instantie is opgezet om het inzicht te verbeteren in de werkgerelateerde en niet werkgerelateerde risicofactoren van klachten aan het bewegingsapparaat (Bongers e.a. 1999). In het kader van dit onderzoek zijn echter ook gegevens verzameld over psychische klachten en werkstress risico's. Dit onderzoek is in 1993 geïnitieerd door de Ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), gezamenlijk met het Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen (LISV). In dit deelrapport wordt verslag gedaan van het deelonderzoek naar psychische klachten. In twee andere deelrapporten wordt ingegaan op de risicofactoren van rugklachten (deel 2) en nek-

klachten (deel 3). Dit onderzoek wordt in Engelse publicaties aangeduid als 'SMASH: Study on Musculoskeletal disorders, Absenteeism, Stress and Health'. De vraagstellingen van dit deelonderzoek luiden:

Vraagstellingen:

1. Wat is de prevalentie van psychische klachten in een werknemerspopulatie?
2. Is er sprake van een toename van psychische klachten bij werknemers in de afgelopen tijd?
3. Wat is de samenhang tussen psychosociale werkkenmerken en deze psychische klachten?

1.2 Visies op ontstaan van psychische klachten

Psychische klachten worden door de betrokkenen veelal mede toegeschreven aan de werksituatie. Onderzoek van Gründemann e.a. (1991) heeft laten zien dat van de ondervraagde WAO-ers bijna 30% (vrijwel) geheel en eveneens bijna 30% in belangrijke mate, hun psychische aandoening ziet als het gevolg van het werk dat men uitvoerde. Hierbij dient echter rekening gehouden te worden met het feit dat de opvattingen van bijvoorbeeld werkgevers en verzekeringsgeneeskundigen kunnen afwijken van die van de betrokken WAO-ers. Onderzoek van Schellart e.a. (1993) heeft aangetoond dat de verschillen in opvatting vooral betrekking hebben op WAO-ers die zelf aan hebben gegeven een arbeidsgebonden aandoening te hebben, terwijl de beoordelaars van de GMD tot een tegenovergestelde mening waren gekomen. Dit geldt voor circa 30% van de WAO-ers. De werkelijke omvang van de arbeidsgebondenheid van psychische problematiek zal daarom beneden de 60% liggen.

Onderzoek in de arbeidssituatie richt zich met name op de samenhang tussen enerzijds psychisch belastende kenmerken, zoals hoge taakeisen of geringe regelmogelijkheden en anderzijds gezondheidsklachten en ziekteverzuim. Hoge werkdruk, beperkte autonomie en een slechte sfeer op het werk worden in de literatuur als risicofactoren beschouwd voor psychische klachten (Ottén 1999). Hieronder zal nader ingegaan worden op de relatie tussen de werkgebonden psychosociale risicofactoren en psychische klachten.

1.3 Theoretische achtergrond

Er is een toenemend bewijs voor een relatie tussen psychosociale risicofactoren op het werk en de gezondheid van werknemers (Schnall, Landsbergis en Baker, 1994; Johnson en Hall, 1988). Eén van de veel gehanteerde verklaringsmodellen op dit terrein is het "Demand-Control-Support" (DCS) model (Karasek, 1979; Karasek en Theorell, 1990). Het DCS model stelt dat er drie belangrijke onderliggende en onderling onafhankelijke dimensies zijn voor werkstress en psychische klachten als gevolg daarvan: de taakeisen van het werk ("psychological job demands"), de regelmogelijkheden in het werk ("job control" of "decision latitude") en sociale ondersteuning op het werk ("workplace social support"). Tot de taakeisen rekent Karasek werkkenmerken als tijdsdruk, werktempo en soms ook conflicterende taakeisen. De kwantitatieve taakeisen in relatie tot de (regel)mogelijkheden om aan die eisen te voldoen wordt in Nederland ook met het begrip "werkdruk" aangeduid (Furda en Meijman 1992; Kompier 1992). Regelmogelijkheden vallen uiteen in twee aspecten: autonomie en vaardigheidsmogelijkheden. "Sociale ondersteuning" omvat zowel steun van collega's als van de leidinggevende.

Het DCS model veronderstelt dat gezondheidsproblemen (zoals depressie, vermoeidheid en gezondheidsklachten) optreden wanneer het werk hoge taakeisen en geringe regelmogelijkheden kent. En dat goede sociale ondersteuning onder die conditie kan leiden tot een 'buffer' en daarmee minder ongunstige effecten. De kracht van het DCS model is primair gelegen in de eenvoud ervan en in de nadruk die het legt op structurele kenmerken van de arbeidssituatie als objectieve oorzaken van stress. Er is veel empirisch onderzoek rond dit model verricht. In een groot aantal epidemiologische studies (Karasek en Theorell 1990, Schnall, Landsbergis en Baker 1994) is ondersteuning gevonden voor het bestaan van een relatie tussen deze risicofactoren in de werkorganisatie enerzijds en een ongunstige gezondheid, vooral hart- en vaatziekten, anderzijds. In de literatuur bestaat een toenemende overeen-

stemming dat taakeisen, regelmogelijkheden en sociale steun op het werk van belang zijn voor de gezondheid van de werknemer, en dat het DCS model een conceptueel denkraam verschaft voor het bestuderen van deze variabelen. Echter niet alle aspecten van het model worden met empirische onderzoekresultaten ondersteund. De veronderstelling dat, bijvoorbeeld, de combinatie van hoge taakeisen, weinig regelmogelijkheden en weinig sociale steun, sterkere effecten heeft (zogenaamde “interactie-effecten”) dan de som van de effecten van de afzonderlijke factoren is nauwelijks empirisch ondersteunt. Het effect van de verschillende factoren afzonderlijk is wel aangetoond (De Jonge en Kompier 1997, Kristensen 1995).

In de literatuur wordt ook aangegeven dat het aannemelijk is dat de relaties tussen werkkenmerken en psychische klachten niet lineair zijn en bijvoorbeeld zowel hoge als lage taakeisen en zowel weinig als veel regelmogelijkheden ongunstig zijn voor het welzijn van de werknemer (Warr 1990, 1994). Door enkele onderzoekers zijn dergelijk niet-lineaire relaties gerapporteerd. Zo heeft Warr (1990) een significante kromme relatie aangetoond tussen taakeisen enerzijds en werktevredenheid en depressie anderzijds. De Jonge en Schaufeli (1998) hebben niet-lineaire relaties gevonden tussen taakeisen, autonomie en sociale steun enerzijds en werktevredenheid, emotionele uitputting en werkonzekerheid anderzijds

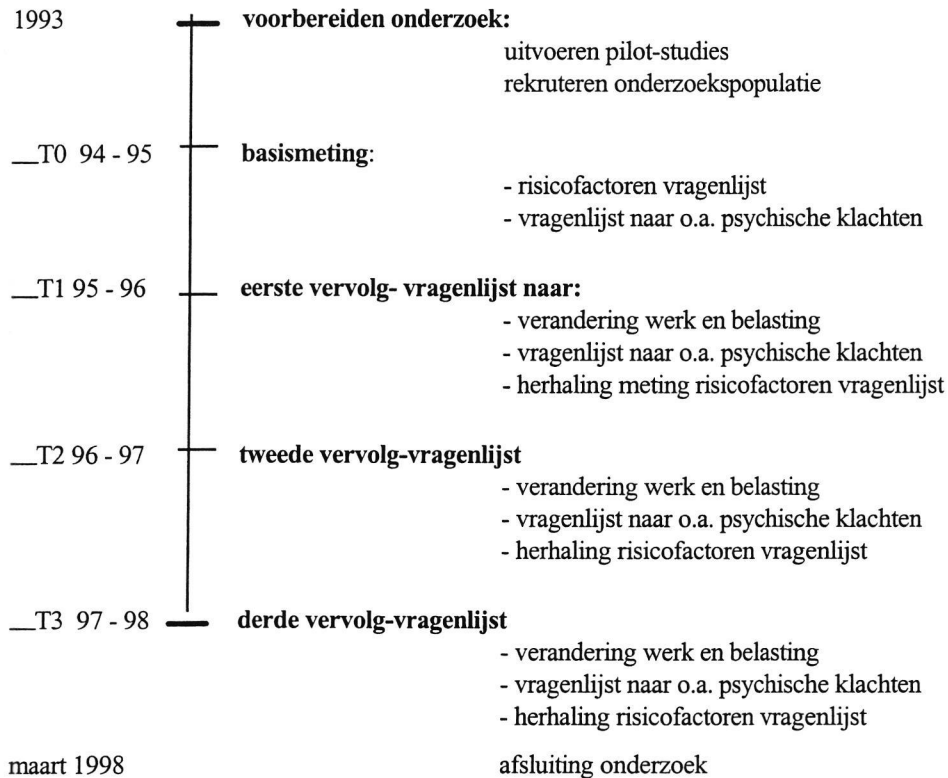
1.4 Indeling rapport

In dit rapport wordt in hoofdstuk 2 de methode van dit deelonderzoek beschreven. Voor een uitgebreide beschrijving van de opzet van het hele onderzoek wordt verwezen naar ‘SMASH deelrapport 1: opzet en uitvoering van het onderzoek’ (Bongers e.a., 1999).

In hoofdstuk 3 worden de resultaten gepresenteerd. Hoofdstuk 4 bestaat uit een beschouwing van de resultaten. Het rapport wordt afgesloten met een weergave van de conclusies en enkele aanbevelingen zowel voor het beleid als voor verder onderzoek.

2. METHODE

In figuur 1 wordt de opzet van het hele onderzoek schematisch weergegeven.



Figuur 1 Schematisch overzicht onderzoeksopzet

2.1 Onderzoekspopulatie en respons

Gedurende drie jaar (1994-1998) zijn gegevens verzameld over de werkbelasting, belastbaarheid en de gezondheid van werknemers uit 34 bedrijven. De bedrijven zijn in samenwerking met de arbo-diensten in heel Nederland gerekruteerd en afkomstig uit allerlei verschillende sectoren. De respons bij de basismeting bedroeg 87% (1789 respondenten). Van deze deelnemers heeft 90% (1655 respondenten) na een jaar wederom de vragenlijst ingevuld, na twee jaar bedroeg deze respons 83% (1527 respondenten) en 82% (1503 respondenten) heeft tevens de laatste vragenlijst ingevuld. Om zeker te zijn van valide en betrouwbare observaties van de werksituatie zijn werknemers die minder dan 1 jaar in dienst waren uitgesloten, evenals werknemers met een tijdelijk contract en diegenen die deels afgekeurd waren. Dit resulteerde in een totaal van 1771 werknemers tijdens de basismeting.

2.2 Operationalisatie uitkomstmaten en risicofactoren

Tijdens de basismeting en de vervolgmetingen zijn vijf indicatoren van psychisch welbevinden geme-ten, te weten psychosomatische klachten, emotionele uitputting, depressie, ervaren gezondheid en werk-ontevredenheid. De vragen komen uit gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijsten. Psycho-somatische gezondheidsklachten zijn gemeten door een goed gevalideerde Nederlandse vragenlijst, de VOEG (Dirken, 1969; Joosten en Drop, 1987). Emotionele uitputting is gemeten met behulp van de Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventroy (Maslach en Jackson 1986; Schaufeli & en Van Dierendonck 1993). De Burnout vragenlijst bestaat uit drie componenten, waarvan de emotionele uitputtingsschaal de beste homogeniteit heeft en het meest algemeen gebruikt wordt. De emotionele uitputtingsschaal die in dit onderzoek is gehanteerd is een iets aangepaste versie (andere antwoordca-

tegorieën) die eveneens in ander onderzoek reeds is toegepast en betrouwbaar en valide is gebleken. Depressie is gemeten met een Nederlandse vertaling van een verkorte versie van de Center for Epidemiological Depression (CESD) schaal (Kohout, Berkman, Evans en Cornoni-Huntley, 1993).

Bij psychosomatische klachten, emotionele uitputting en depressie zijn dichotome scores (1;0) geconstrueerd en opgeteld. Een hogere score betekent meer psychosomatische klachten, emotionele uitputting en depressie. Werktevredenheid en ervaren gezondheid komen uit de Vragenlijst Arbeid en Gezondheid (VAG; Gründemann, Smulders en De Winter 1993). Ook bij deze twee uitkomstmaten zijn dichotome scores aangemaakt, waarbij een hogere score meer werktevredenheid respectievelijk meer ervaren ongezondheid betekent. Verdere toelichting van de uitkomstmaten staat in de bijlage beschreven (bijlage I, tabel 1).

Er zijn vier psychosociale risicofactoren gemeten, te weten: taakeisen, vaardigheidsmogelijkheden en autonomie en sociale steun op het werk. Deze werkkenmerken zijn gemeten met de Nederlandse vertaling van Karaseks "Job Content Questionnaire (JCQ)" (Karasek, 1985). Vaardigheidsmogelijkheden en autonomie tezamen worden ook wel aangeduid als regelmogelijkheden. Vaardigheidsmogelijkheden hebben betrekking op de vaardigheid van de werknemer, hun mogelijkheden om nieuwe dingen te leren op het werk en op de variatie van taken. Autonomie heeft betrekking op de vrijheid om beslissingen op het werk te nemen die zowel gerelateerd zijn aan de arbeidsinhoud als aan de wijze van productie (wat wordt geproduceerd en hoe wordt het geproduceerd). Autonomie is gemeten door drie items. Sociale ondersteuning heeft zowel betrekking op de steun van de leidinggevende als op de steun van de collega's. Bij alle vier psychosociale werkkenmerken is de schaal geconstrueerd door het gemiddelde van het aantal items te nemen. De scores zijn zo toegekend dat bij het oplopen van de score het risico eveneens toeneemt. Een hogere score betekent dus meer taakeisen, minder vaardigheidsmogelijkheden, minder autonomie en minder sociale ondersteuning. In de bijlage is de operationalisatie van de psychosociale werkkenmerken overzichtelijk weergegeven (bijlage I, tabel 2).

Voor de beschrijving van de psychische klachten (vraagstelling 1 en 2) zijn de somscores van de variabelen emotionele uitputting, psychosomatische gezondheidsklachten en depressieve klachten gedichotomiseerd. Indien meer dan de helft van de items van een schaal bevestigend beantwoord zijn wordt ervan uitgegaan dat de klachten aanwezig zijn. Dit betekent dat van psychosomatische gezondheidsklachten gesproken wordt als meer dan 7 van de 13 items van de VOEG-schaal bevestigend zijn beantwoord. Daarnaast is er sprake van emotionele uitputting indien 4 van de 7 items positief gescoord zijn en zijn er depressieve klachten als meer dan 6 van de 11 items bevestigend beantwoord zijn.

2.3 Data-analyse

Voor de beschrijving van de psychische klachten (vraagstelling 1) is op alle vier meetmomenten (de basismeting en één, twee en drie jaar erna) de verdeling van de klachten beschreven. Tevens is nagegaan hoe het beloop van de klachten (ontstaan, herstel en persisteren) in het eerste vervolgjaar en in de gehele onderzoeksperiode is geweest.

Door middel van multiële lineaire regressie is nagegaan welke werkkenmerken gerelateerd zijn aan de verschillende psychische klachten. Deze analyse is uitgevoerd met de gegevens van de basismeting. Het gaat dus om de relatie de psychosociale werkkenmerken en de psychische klachten die door de werknemers tijdens de basismeting zijn gerapporteerd (cross-sectionele relatie). Aangezien geslacht, leeftijd en opleiding de relatie tussen werkkenmerken en psychische klachten kunnen beïnvloeden zijn deze variabelen als versturende variabelen opgenomen. Daarnaast is getoetst of de onderzochte werkkenmerken lineaire of niet-lineaire samenhangen met de psychische klachten. Om de problemen van multicollineariteit te beperken zijn de werkgerelateerde kenmerken gecentreerd. Hiervoor zijn afwijkingsscores van de werkkenmerken berekend door het gemiddelde af te trekken is een product-term van de gecentreerde scores berekend voor elke persoon. Als gevolg van het gebruik van gecentreerde scores, worden in de resultaten niet-gestandaardiseerde coëfficiënten gepresenteerd

3. RESULTATEN

3.1 Beschrijving van de klachten voor respons en non-respons

Voordat ingegaan wordt op de beschrijving van de psychische klachten voor de totale onderzoekspopulatie wordt nagegaan of er sprake is van een selectieve respons. Hiertoe zijn de werknemers die gedurende de onderzoeksperiode alle vier de vragenlijsten hebben ingevuld ("respons") vergeleken met de werknemers die de laatste vragenlijst niet hebben ingevuld ("non-respons"). De non-respons kan worden onderverdeeld in:

1. werknemers die na de basismeting niet meer aan het onderzoek deelnamen,
2. werknemers die na de eerste vervolgmeting niet meer deelnamen en
3. werknemers die na de tweede vervolgmeting niet meer deelnamen aan het onderzoek, en dus alleen de laatste vragenlijst niet hebben ingevuld.

Tabel 1. Psychische klachten tijdens de basismeting voor respons en non-respons

| <i>Psychische klachten tijdens de basismeting:</i> | respons (%) (n=1454) | alle non-respons (n=317) |
|----------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| • psychosomatische klachten | 6.0 | 8.8 |
| • emotionele uitputting | 5.1 | 7.3 |
| • depressie | 8.2 | 13.7* |
| • ervaren gezondheidsklachten | 18.9 | 26.2* |
| • werktevredenheid | 11.7 | 16.6* |

Uit tabel 1 en 2 blijkt dat er sprake is van een selectieve uitval (loss to follow-up). De respondenten hebben minder psychosomatische klachten, minder emotionele uitputting, minder depressie, een betere gezondheid en zijn vaker tevreden over het werk in vergelijking met de uitvallers. In het voorkomen van depressie, ervaren gezondheidsklachten en werktevredenheid zijn zelfs significante verschillen gevonden tussen de respons en alle non-respons tezamen, waarbij de respondenten duidelijk minder klachten hebben gerapporteerd.

Tabel 2. Psychische klachten in de meting voorafgaand aan de uitval voor respons en non-respons

| | respons (%) (n=1649) | uitval na basismeting (%) (n=122) |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------|
| <i>Psychische klachten tijdens de basismeting:</i> | | |
| • psychosomatische klachten | 6.1 | 10.7 |
| • emotionele uitputting | 5.2 | 9.2 |
| • depressie | 8.5 | 18.8* |
| • ervaren gezondheidsklachten | 19.6 | 27.2 |
| • werktevredenheid | 12.1 | 19.3* |
| <i>Psychische klachten tijdens de eerste vervolgmeting:</i> | respons (%) (n=1686) | uitval na 1e vervolgmeting (%) (n=85) |
| • psychosomatische klachten | - | - |
| • emotionele uitputting | 6.9 | 12.7* |
| • depressie | 11.5 | 14.1 |
| • ervaren gezondheidsklachten | 18.9 | 30.0* |
| • werktevredenheid | 13.2 | 25.3* |
| <i>Psychische klachten tijdens de tweede vervolgmeting:</i> | respons (%) (n=1661) | uitval na 2e vervolgmeting (%) (n=110) |
| • psychosomatische klachten | - | - |
| • emotionele uitputting | 6.5 | 11.1 |
| • depressie | 14.1 | 22.2* |
| • ervaren gezondheidsklachten | 19.4 | 26.6 |
| • werktevredenheid | 14.8 | 20.0 |

* p < .05

3.2 Beschrijving van de klachten voor vertrekkers en blijvers

Naast werknemers die verzuimd hebben de vervolgvragenlijsten in te vullen, is er een groep werknemers die de vragenlijst wel heeft ingevuld, maar ander werk heeft gekregen. Daar bij elke vervolgmeting is gevraagd naar eventueel vertrek naar een ander bedrijf, zijn er drie groepen "vertrekkers" aan te duiden, te weten:

1. werknemers die na de basismeting zijn vertrokken,
2. werknemers die na de eerste vervolgmeting zijn vertrokken en
3. werknemers die na de tweede vervolgmeting zijn vertrokken.

Hieronder zijn vergelijkingen van de prevalenties van klachten weergegeven tussen de groep die ander werk heeft gekregen ("vertrekkers") en de groep die bij dezelfde baas is gebleven ("blijvers"). In de onderstaande tabel worden telkens de vertrekkers en blijvers vergeleken in de meting voorafgaand aan het vertrek.

Tabel 3 laat zien dat op alle meetmomenten de groep werknemers die dat jaar naar aan andere baan is vertrokken meer psychosomatische klachten, meer emotionele uitputting, meer depressie, een slechtere gezondheid en minder tevredenheid over het werk rapporteert dan de groep die bij hetzelfde bedrijf is gebleven. Vaak zijn deze verschillen ook significant. Kortom, psychische klachten lijken een duidelijke rol te spelen bij verandering van baan of het anderszins beëindigen van een functie.

Tabel 3. Het voorkomen van klachten in percentages voor "blijvers" en "vertrekkers".

| <i>Psychische klachten tijdens de basismeting:</i> | blijvers (%) (n=1533) | vertrek na basismeting (%) (n=31) |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|
| • psychosomatische klachten | 5.7 | 10.0 |
| • emotionele uitputting | 5.0 | 9.7 |
| • depressie | 8.3 | 10.0 |
| • gezondheidsklachten | 18.7 | 33.3 * |
| • werktevredenheid | 11.6 | 12.9 |
| <i>Psychische klachten tijdens de 1e vervolgmeting:</i> | blijvers (%) (n=1357) | vertrek na 1e vervolgmeting (%) (n=75) |
| • psychosomatische klachten | X | X |
| • emotionele uitputting | 6.0 | 12.5 * |
| • depressie | 10.7 | 19.1* |
| • ervaren gezondheidsklachten | 18.3 | 24.6 |
| • werktevredenheid | 12.8 | 21.3* |
| <i>Psychische klachten tijdens de 2e vervolgmeting:</i> | blijvers (%) (n=1344) | vertrek na 2e vervolgmeting (%) (n=116) |
| • psychosomatische klachten | X | X |
| • emotionele uitputting | 6.1 | 13.6 * |
| • depressie | 13.9 | 20.6 |
| • gezondheidsklachten | 18.7 | 30.8* |
| • werktevredenheid | 13.9 | 25.4* |

*p < .05

3.3 Beschrijvingen van de verschillende psychische klachten

In deze paragraaf wordt een verdeling gegeven van de psychische klachten voor verschillende populaties. Allereerst wordt de verdeling weergegeven van het voorkomen van de verschillende psychische klachten en werktevredenheid voor de totale onderzoekspopulatie, en mannen en vrouwen apart, tijdens de basismeting en de drie vervolgmetingen (tabel 4 tot en met tabel 7). Vervolgens worden in tabel 8 tot en met 11 prevalenties gepresenteerd van psychische klachten per leeftijdscategorie. Tot slot worden de prevalenties weergegeven per beroepsgroep (tabel 12). Per meetmoment is getoetst op verschillen tussen mannen en vrouwen, leeftijdscategorieën en beroepsgroepen.

De psychosomatische klachten zijn allen tijdens de basismeting en na drie jaar gemeten. Uit de bovenstaande tabellen blijkt dat vrouwen significant meer psychosomatische klachten rapporteren dan

mannen (8.7% tov 5.4% tijdens de basismeting en 13.7% tov 8.2% na drie jaar). Aan het eind van het onderzoek worden meer psychosomatische klachten gerapporteerd dan aan het begin (9,9 ten opzichte van 6,5).

Emotionele uitputting is in alle jaren van het onderzoek ongeveer gelijk. Tijdens de basismeting heeft 5.5% last van emotionele uitputting, na één en twee jaar is dat 7.2% en na drie jaar heeft 6.5% last van emotionele uitputting. Bovendien is het voorkomen van emotionele uitputting voor mannen en vrouwen nagenoeg gelijk.

Depressiviteit neemt geleidelijk toe in de loop der jaren. Tijdens de basismeting heeft 9.1% last van depressie, een jaar later is dit toegenomen naar 11.8%, na twee jaar is dit 14.9%, en in het laatste jaar is het percentage werknemers met depressie gestegen tot 16.1%. Bovendien blijken vrouwen op elk meetmoment significant meer last van depressie te hebben dan mannen en lijkt dit verschil vooral in de laatste twee meetmomenten toegenomen (zie figuur 2).

Verder is te zien dat ongeveer één vijfde van de onderzoekspopulatie een redelijke tot slechte gezondheid ervaart. De percentages voor mannen en vrouwen verschillen hier niet wezenlijk van elkaar ofwel ongeveer 20% van de mannen en 20% van de vrouwen ervaart een redelijke tot slechte gezondheid.

Tot slot blijkt dat op alle vier meetmomenten 13-15% van de totale onderzoekspopulatie ontevreden is over het werk. Mannen zijn op elk meetmoment significant minder tevreden over het werk dan vrouwen (zie figuur 3).

Tabel 3. Het voorkomen van psychische klachten in percentages tijdens de basismeting, voor mannen en vrouwen (n=1771)

| Klachten basismeting | Totaal | Totaal % (n) | Mannen % (n) | Vrouwen % (n) | |
|-----------------------------------------|--------|--------------|--------------|---------------|---|
| psychosomatische klachten (VOEGscore>7) | 1705 | 6.5 (111) | 5.4 (64) | 8.7 (45) | * |
| emotionele uitputting (score>4) | 1761 | 5.5 (97) | 6.1 (74) | 4.3 (23) | |
| depressie (CESDscore>6) | 1701 | 9.1 (155) | 8.0 (94) | 11.8 (61) | * |
| ervaren gezondheid (redelijk-slecht) | 1707 | 20.2 (344) | 19.4 (230) | 21.6 (111) | |
| ontevreden met werk (vaak/bijna altijd) | 1760 | 12.6 (221) | 15.1 (185) | 6.7 (36) | * |

Tabel 4. Het voorkomen van psychische klachten in percentages een jaar later voor mannen en vrouwen (n=1655)

| Klachten na 1 jaar | Totaal n | Totaal % (n) | Mannen % (n) | Vrouwen % (n) | |
|-----------------------------------------|----------|--------------|--------------|---------------|---|
| psychosomatische klachten (VOEGscore>7) | | X | X | X | |
| emotionele uitputting (score>4) | 1618 | 7.2 (116) | 7.8 (85) | 5.9 (28) | |
| depressie (CESDscore>6) | 1621 | 11.8 (191) | 10.6 (116) | 14.0 (67) | * |
| ervaren gezondheid (redelijk-slecht) | 1630 | 19.5 (318) | 18.5 (203) | 21.5 (104) | |
| ontevreden met werk (vaak/bijna altijd) | 1552 | 13.9 (216) | 15.6 (163) | 9.6 (44) | * |

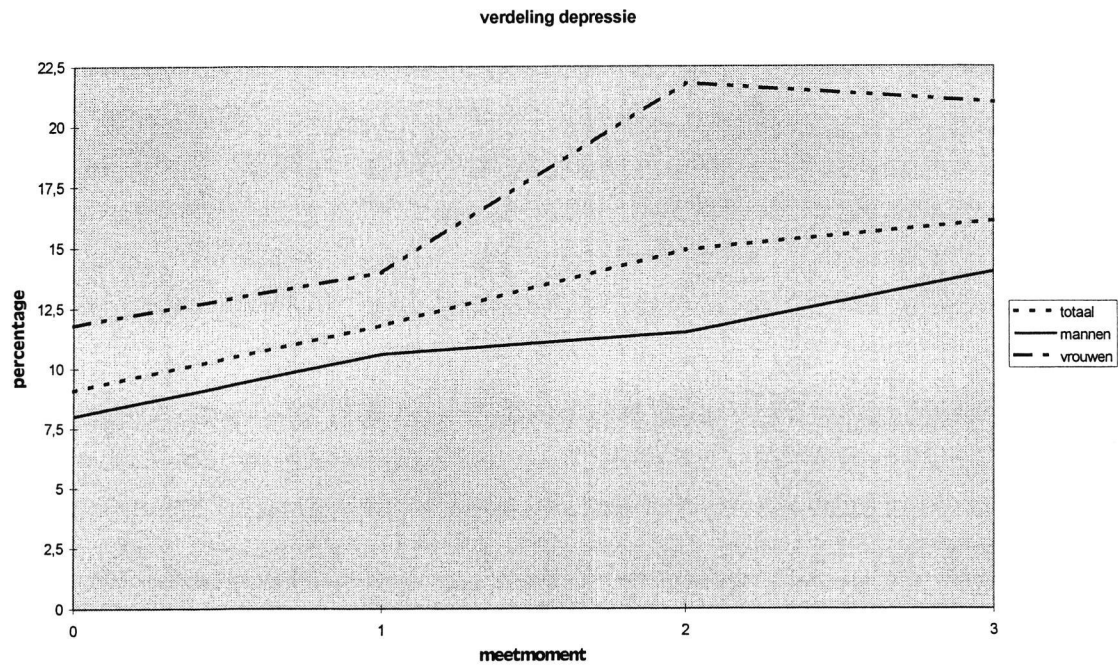
Tabel 5. Het voorkomen van psychische klachten in percentages twee jaar later voor mannen en vrouwen (n=1527)

| Klachten na 2 jaar | Totaal n | Totaal % (n) | Mannen % (n) | Vrouwen % (n) | |
|-----------------------------------------|----------|--------------|--------------|---------------|---|
| psychosomatische klachten (VOEGscore>7) | | X | X | X | |
| emotionele uitputting (score>4) | 1437 | 7.2 (103) | 6.9 (67) | 6.8 (29) | |
| depressie (CESDscore>6) | 1502 | 14.9 (224) | 11.5 (116) | 21.8 (99) | * |
| ervaren gezondheid (redelijk-slecht) | 1505 | 20.1 (303) | 19.1 (193) | 21.8 (99) | |
| ontevreden met werk (vaak/bijna altijd) | 1263 | 15.4 (194) | 16.7 (142) | 11.7 (44) | * |

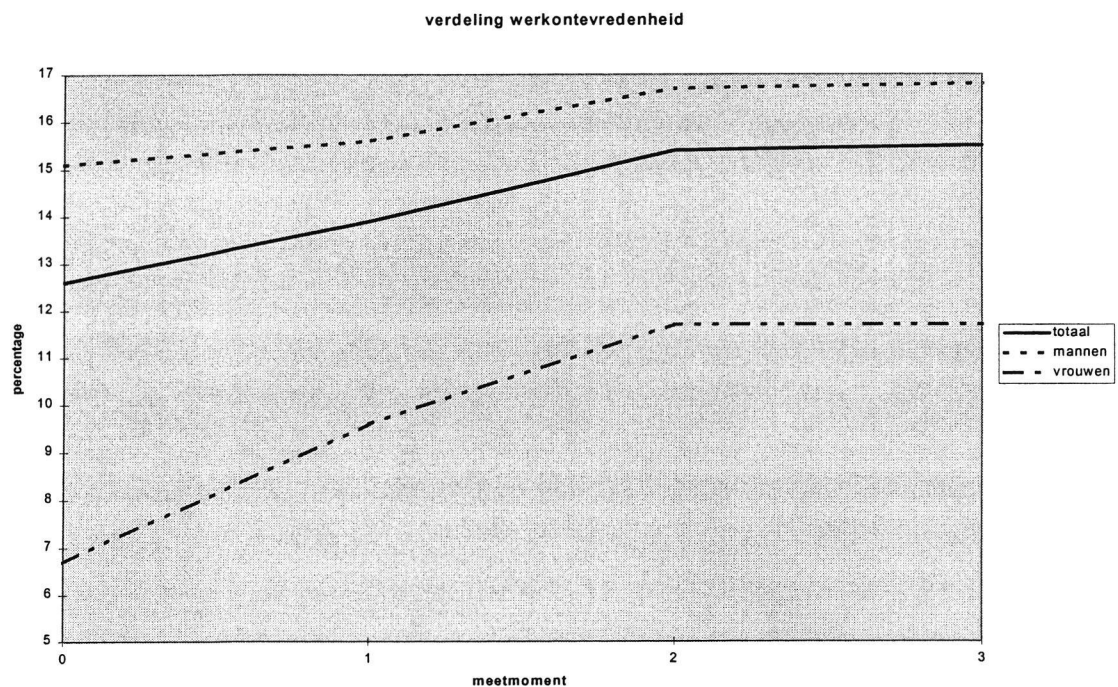
Tabel 6. Het voorkomen van psychische klachten in percentages drie jaar later voor mannen en vrouwen (n=1503)

| Klachten na 3 jaar | Totaal n | Totaal % (n) | Mannen % (n) | Vrouwen % (n) | |
|-----------------------------------------|----------|--------------|--------------|---------------|---|
| psychosomatische klachten (VOEGscore>7) | 1481 | 9.9 (147) | 8.2 (82) | 13.7 (60) | * |
| emotionele uitputting (score>4) | 1454 | 6.5 (94) | 6.6 (65) | 5.9 (25) | |
| depressie (CESDscore>6) | 1482 | 16.1 (239) | 14.0 (140) | 21.0 (92) | * |
| ervaren gezondheid (redelijk-slecht) | 1483 | 21.8 (323) | 20.2 (202) | 24.4 (107) | |
| ontevreden met werk (vaak/bijna altijd) | 1456 | 15.5 (226) | 16.8 (166) | 11.7 (50) | * |

* p < .05



Figuur 2: ontwikkeling van depressie voor mannen en vrouwen en voor de totale populatie (n=1771)



Figuur 3 ontwikkeling van ontevredenheid over het werk voor mannen en vrouwen en voor de totale populatie (n=1771)

Hieronder zijn de prevalenties van psychische klachten gepresenteerd voor verschillende leeftijdscategorieën per meetmoment.

Tabel 8 Het voorkomen van psychische klachten in percentages tijdens de basismeting, per leeftijdscategorie (n=1771)

| Klachten basismeting | Totaal n | <=30 jaar % (n) | 31-45 jaar % (n) | >45 jaar % (n) | |
|-----------------------------------------|----------|-----------------|------------------|----------------|---|
| psychosomatische klachten (VOEGscore>7) | 1705 | 4.9 (29) | 6.4 (53) | 9.8 (27) | * |
| emotionele uitputting (score>4) | 1761 | 6.0 (37) | 4.9 (42) | 6.4 (18) | |
| depressie (CESDscore>6) | 1701 | 10.3 (61) | 8.1 (67) | 9.9 (27) | |
| ervaren gezondheid (redelijk-slecht) | 1707 | 15.5 (92) | 21.7 (180) | 25.0 (69) | * |
| ontevreden met werk (vaak/bijna altijd) | 1760 | 13.2 (82) | 12.6 (108) | 11.0 (31) | |

Tabel 9. Het voorkomen van psychische klachten in percentages een jaar later, per leeftijdscategorie (n=1655)

| Klachten na 1 jaar | Totaal n | <=30 jaar % (n) | 31-45 jaar % (n) | >45 jaar % (n) | |
|-----------------------------------------|----------|-----------------|------------------|----------------|---|
| psychosomatische klachten (VOEGscore>7) | | X | X | X | |
| emotionele uitputting (score>4) | 1618 | 5.8 (32) | 7.6 (58) | 9.1 (23) | |
| depressie (CESDscore>6) | 1621 | 11.3 (62) | 11.9 (92) | 11.6 (29) | |
| ervaren gezondheid (redelijk-slecht) | 1630 | 15.0 (83) | 20.9 (161) | 24.5 (63) | * |
| ontevreden met werk (vaak/bijna altijd) | 1552 | 14.6 (7.7) | 12.7 (93) | 15.2 (37) | |

Tabel 10. Het voorkomen van psychische klachten in percentages twee jaar later, per leeftijdscategorie (n=1527)

| Klachten na 2 jaar | Totaal n | <=30 jaar % (n) | 31-45 jaar % (n) | >45 jaar % (n) | |
|-----------------------------------------|----------|-----------------|------------------|----------------|---|
| psychosomatische klachten (VOEGscore>7) | | X | X | X | |
| emotionele uitputting (score>4) | 1437 | 4.6 (22) | 7.8 (54) | 8.6 (20) | |
| depressie (CESDscore>6) | 1502 | 16.7 (83) | 13.8 (99) | 13.4 (33) | |
| ervaren gezondheid (redelijk-slecht) | 1505 | 15.5 (77) | 21.2 (152) | 25.3 (63) | * |
| ontevreden met werk (vaak/bijna altijd) | 1263 | 16.4 (71) | 13.6 (81) | 17.2 (34) | |

Tabel 11. Het voorkomen van psychische klachten in percentages drie jaar later, per leeftijdscategorie (n=1503)

| Klachten na 3 jaar | Totaal n | <=30 jaar % (n) | 31-45 jaar % (n) | >45 jaar % (n) | |
|-----------------------------------------|----------|-----------------|------------------|----------------|---|
| psychosomatische klachten (VOEGscore>7) | 1481 | 9.0 (44) | 10.3 (74) | 10.3 (24) | |
| emotionele uitputting (score>4) | 1454 | 5.6 (27) | 6.7 (48) | 6.8 (15) | |
| depressie (CESDscore>6) | 1482 | 15.2 (74) | 16.8 (121) | 15.9 (37) | |
| ervaren gezondheid (redelijk-slecht) | 1483 | 17.2 (84) | 22.4 (161) | 27.5 (64) | * |
| ontevreden met werk (vaak/bijna altijd) | 1456 | 17.0 (81) | 13.9 (99) | 16.1 (36) | |

*p < .05

Bij de basismeting nemen de psychosomatische klachten statistisch significant toe met de leeftijd. Van de werknemers die jonger zijn dan 30 jaar heeft 4.9% psychosomatische klachten gerapporteerd, terwijl van de werknemers ouder dan 45 jaar 9.8% psychosomatische klachten rapporteert. Bij de laatste meting is dit patroon echter niet meer zichtbaar.

Oudere werknemers rapporteren op elk meetmoment over het algemeen meer emotionele uitputting dan de jongere collega's. Deze trend is echter niet statistisch significant.

Depressieve klachten laten geen duidelijke verschillen zien tussen de leeftijdscategorieën. Op alle meetmomenten wordt door elke leeftijdscategorie nagenoeg evenveel depressieve klachten ervaren.

Oudere werknemers rapporteren wel op elk meetmoment significant vaker een redelijke tot slechte gezondheid dan jongere werknemers.

Werkontevredenheid laat een geheel ander patroon zien. Werknemers in de leeftijdscategorie tussen de 31 en 45 jaar zijn het minst vaak ontevreden over het werk. Zowel de werknemers jonger dan 31 jaar als ouder dan 45 jaar rapporteren vaker ontevredenheid over het werk.

In de onderstaande tabel wordt een beschrijving gegeven van de prevalenties van psychische klachten per beroepsgroep (tabel 12).

Tabel 12. Voorkomen van psychische klachten in percentages voor beroepsgroep

| | profes- sionals | technici/ semiprof | admini- stratief | dienstverl/ verkoop | ambach- ten | machine- chauffeur | onge- schoolde | sign. |
|--------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|---------------------|------------------------|----------------|-----------------------|-------------------|-------|
| <i>Klachten tijdens de basismeting:</i> | | | | | | | | |
| • psychosomatische klachten (VOEGscore>7) | 6.1 | 5.3 | 6.5 | 3.0 | 7.0 | 6.5 | 7.7 | |
| • emotionele uitputting (score>4) | 4.8 | 4.0 | 3.8 | 2.9 | 9.8 | 5.4 | 6.2 | |
| • depressie (CESDscore>6) | 6.2 | 5.8 | 5.0 | 14.9 | 9.4 | 9.6 | 12.6 | * |
| • ervaren gezondheid (redelijk-slecht) | 13.5 | 16.5 | 12.4 | 28.4 | 19.9 | 21.0 | 24.8 | * |
| • ontevreden werk (vaak/bijna al-tijd) | 8.7 | 8.0 | 6.2 | 2.9 | 12.6 | 15.9 | 17.6 | * |
| <i>Klachten tijdens de eerste vervolgmeting:</i> | | | | | | | | |
| • psychosomatische klachten (VOEGscore>7) | X | X | X | X | X | X | X | |
| • emotionele uitputting (score>4) | 5.1 | 5.6 | 6.2 | 3.4 | 10.2 | 6.6 | 9.8 | |
| • depressie (CESDscore>6) | 12.2 | 11.9 | 6.7 | 18.0 | 12.8 | 11.4 | 14.1 | |
| • ervaren gezondheid (redelijk-slecht) | 17.2 | 17. | 17.4 | 26.2 | 18.8 | 21.8 | 18.3 | |
| • ontevreden werk (vaak/bijna al-tijd) | 8.3 | 7.9 | 8.3 | 3.5 | 15.5 | 17.3 | 19.2 | * |
| <i>Klachten tijdens tweede vervolgmeting:</i> | | | | | | | | |
| • psychosomatische klachten (VOEGscore>7) | X | X | X | X | X | X | X | |
| • emotionele uitputting (score>4) | 9.1 | 8.0 | 5.1 | 3.5 | 8.6 | 7.3 | 6.5 | |
| • depressie (CESDscore>6) | 18.3 | 13.9 | 11.2 | 22.0 | 11.8 | 13.3 | 18.7 | |
| • ervaren gezondheid (redelijk-slecht) | 23.4 | 16.0 | 13.3 | 30.5 | 25.5 | 18.2 | 23.0 | * |
| • ontevreden werk (vaak/bijna al-tijd) | 11.5 | 9.5 | 7.8 | 2.1 | 17.6 | 18.4 | 21.4 | * |
| <i>Klachten tijdens de derde vervolgmeting:</i> | | | | | | | | |
| • psychosomatische klachten (VOEGscore>7) | 13.4 | 12.2 | 9.1 | 10.9 | 8.2 | 9.3 | 9.3 | |
| • emotionele uitputting (score>4) | 3.2 | 8.6 | 2.7 | 5.9 | 10.9 | 5.2 | 8.3 | * |
| • depressie (CESDscore>6) | 20.6 | 19.8 | 10.7 | 14.5 | 13.4 | 14.2 | 19.6 | * |
| • ervaren gezondheid (redelijk-slecht) | 20.6 | 22.0 | 18.7 | 25.5 | 19.3 | 22.4 | 21.4 | |
| • ontevreden werk (vaak/bijna al-tijd) | 6.3 | 10.0 | 8.1 | 2.0 | 16.9 | 19.1 | 23.2 | * |

* p < .05

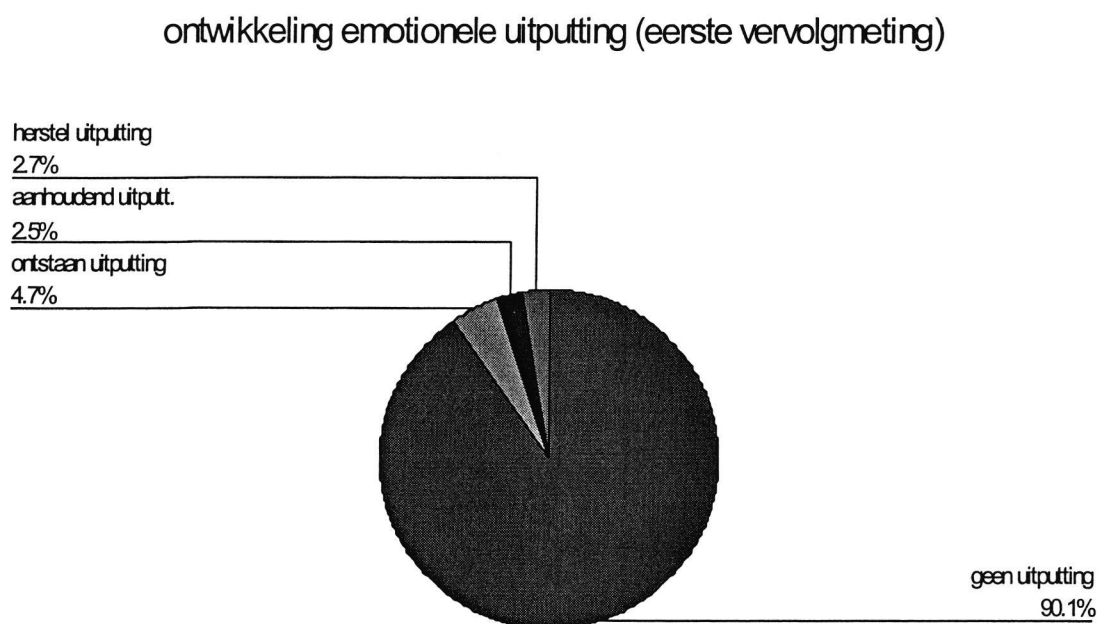
Uit tabel 12 blijkt dat het voorkomen van psychosomatische klachten niet statistisch significant verschilt per beroepsgroep. Emotionele uitputting daarentegen verschilt wel per beroepsgroep bij de laatste vervolgmeting. Werknemers die ambachten uitvoeren rapporteren de meeste emotionele uitputting. Depressieve klachten verschillen wel statistisch significant per beroepscategorie tijdens de basismeting en de laatste vervolgmeting. In de dienstverlening en verkoop functies worden de eerste twee jaren van het onderzoek de meeste depressieve klachten gerapporteerd, terwijl bij de laatste vervolgmeting de professionals het hoogst scoren op deze klachten. Met uitzondering van de eerste vervolgmeting zijn de verschillen in het voorkomen van een redelijke tot slechte gezondheid allen significant. Gebleken is dat de dienstverlening en de verkoop functies het meest een ongezondheid ervaren. Werknemers die ongeschoold werk verrichten zijn het meest ontevreden over het werk. De ambachtelijke functies en machinebedieners/chauffeurs vormen een goede tweede plaats.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat de dienstverlening en de verkoop functies over het algemeen hoog scoren op de psychische klachten, te weten depressie en ervaren ongezondheid, maar dat ze daarentegen het minst vaak ontevreden zijn over het werk en tevens weinig emotionele uitputtingsverschijnselen aangeven. De professionals en semi-professionals hebben in het laatste jaar de meeste depressieve klachten en psychosomatische klachten gerapporteerd.

3.4 Ontwikkeling van psychische klachten na één jaar

Hieronder is de verdeling van ontwikkeling van psychische klachten tijdens de eerste vervolgmeting weergegeven. In de bijlage staan overeenkomstige figuren, echter voor de ontwikkeling van de klachten tijdens de tweede en derde vervolgmeting (bijlage I). Aangezien psychosomatische klachten slechts tijdens de basismeting en de laatste vervolgmeting zijn gemeten, is hiervan 1 figuur in de bijlage opgenomen. Er wordt een onderverdeling gemaakt in de ontwikkeling van de klachten, te weten:

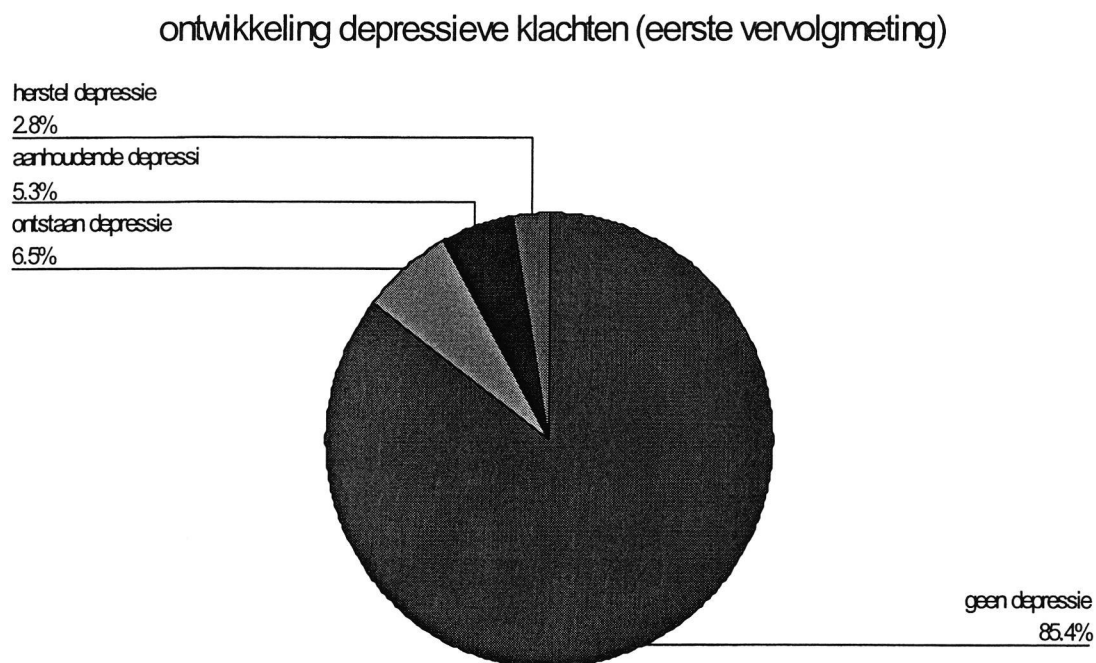
1. “geen klachten”, dat wil zeggen dat er noch tijdens de basismeting noch tijdens de vervolgmeting klachten gerapporteerd waren;
2. “klachten ontstaan”, dat wil zeggen geen psychische klachten tijdens de basismeting maar wel tijdens de vervolgmeting;
3. “aanhoudende klachten”, dat wil zeggen zowel tijdens de basismeting als bij de vervolgmeting zijn klachten gerapporteerd en
4. “herstel”, dat wil zeggen dat tijdens de basismeting klachten aanwezig waren maar dat deze verdwenen waren bij de vervolgmeting.



Figuur 4 ontwikkeling emotionele uitputting na een jaar. (n=1563)

Het overgrote deel van de werknemers heeft helemaal geen last van emotionele uitputting (90.1%) op beide meetmomenten. Daarnaast is te zien dat 2.7% herstelt bij de vervolgmeting van de klachten, 2.5% last van emotionele uitputting blijft houden (zowel tijdens de basismeting als bij de vervolgmeting) en dat bij 4.7% klachten van emotionele uitputting ontstaan (wel emotionele uitputting tijdens de vervolgmeting maar niet tijdens de basismeting).

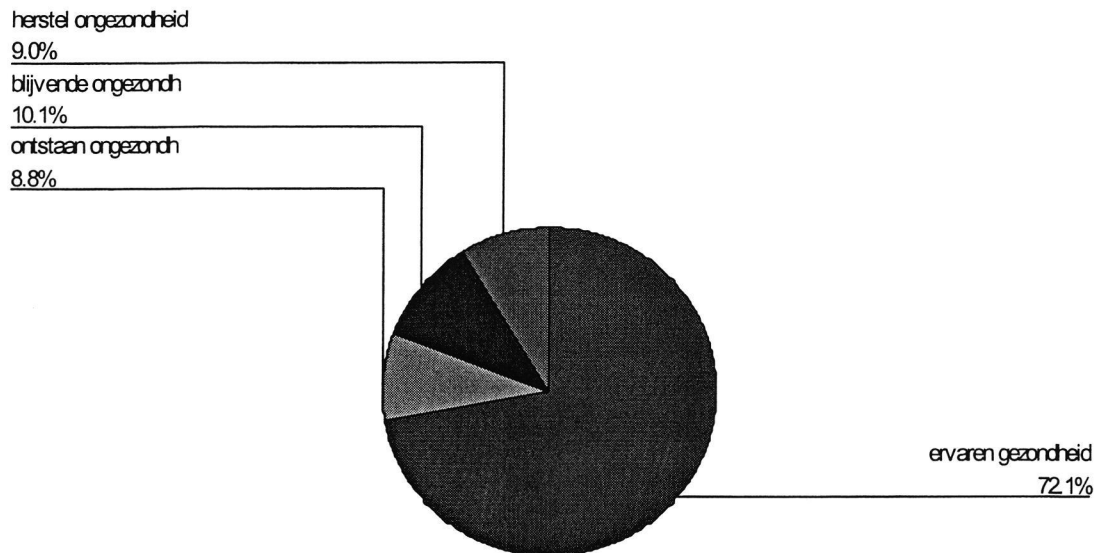
Dus van degenen die bij een van deze metingen emotionele uitputtingsverschijnselen had (circa 10%), heeft een kwart op beide meetmomenten last van emotionele uitputting, heeft ongeveer de helft emotionele uitputting ontwikkeld in het eerste jaar van het onderzoek, terwijl ongeveer een kwart is hersteld. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het percentage werknemers met emotionele uitputtingsverschijnselen enigszins stijgt, aangezien er meer werknemers met nieuwe emotionele uitputting bijkomen dan herstellen.



Figuur 5 ontwikkeling depressieve klachten na een jaar (n=1526)

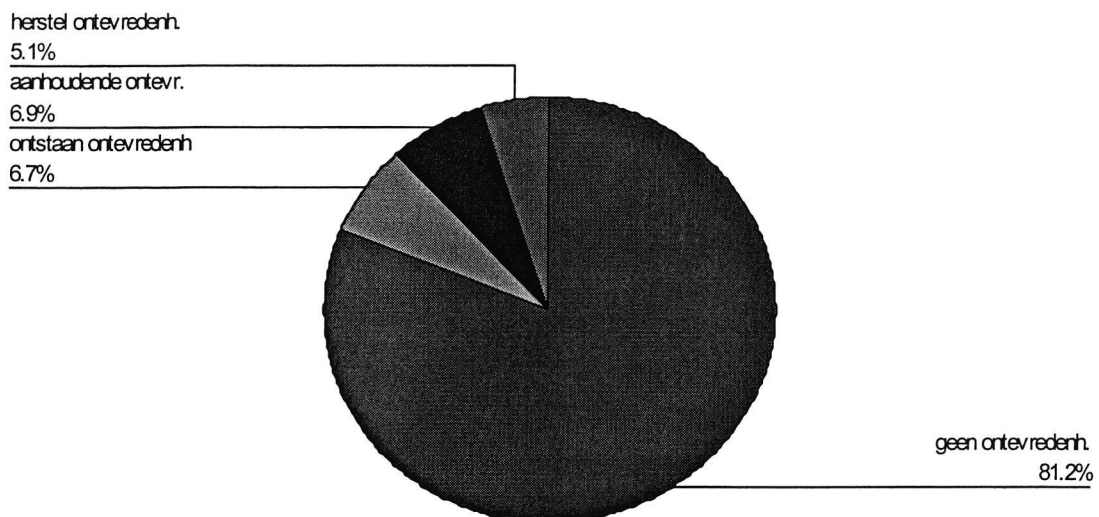
Circa 15% van de respondenten heeft op één van de meetmomenten depressie verschijnselen gerapporteerd. Van deze groep herstelt slechts een klein percentage (2.8%). Daarentegen ontwikkelt 6.5% depressie en blijft 5.3% last van depressie houden in het laatste jaar. Er is dus in het eerste jaar van het onderzoek een trend aanwezig: meer mensen ontwikkelen depressie dan herstellen van de depressie. Van de werknemers met depressieve klachten (circa 15%) herstelt nog geen 20% van de depressie, terwijl bijna de helft van deze groep de depressieve klachten in het eerste jaar heeft ontwikkeld. In vergelijking met emotionele uitputting zijn depressieve klachten iets meer aanhoudend van aard, circa 35% van de werknemers met depressieve klachten heeft ook na een jaar nog last van depressie. 72.1% van de populatie ervaart een (zeer) goede gezondheid op één van de meetmomenten. Van degenen die bij één van de metingen een redelijke tot slechte gezondheid heeft gerapporteerd (circa 28%), heeft ongeveer een derde bij de eerste vervolgmeting een goede gezondheid gerapporteerd en is dus “hersteld”, een derde heeft bij de eerste vervolgmeting juist een redelijke tot slechte gezondheid ontwikkeld en een derde heeft een blijvende ervaren redelijke tot slechte gezondheid. Hieruit kan de conclusie getrokken worden dat het percentage werknemers met een redelijke tot slechte ervaren gezondheid nagenoeg hetzelfde blijft in het eerste jaar van het onderzoek, daar ongeveer evenveel werknemers een slechtere gezondheid als een betere gezondheid ontwikkelen.

ontwikkeling ervaren gezondheid (eerste vervolgmeting)



Figuur 6. ontwikkeling gezondheidstoestand na een jaar. (n=1536)

ontwikkeling werkontevredenheid (eerste vervolgmeting)



Figuur 7. ontwikkeling werkontevredenheid na een jaar. (n=1498)

Uit de bovenstaande figuur blijkt dat 81.2% van de populatie op beide meetmomenten tevreden is over het werk. Het percentage dat tijdens de basismeting tevreden is over het werk maar dit niet is tijdens de vervolgmeting bedraagt 6.7%. Van alle werknemers is 6,9% ontevreden tijdens de basismeting en het jaar erna. Terwijl 5.1% van alle werknemers tijdens de vervolgmeting wel tevreden over het werk is terwijl ze dat niet waren tijdens de basismeting.

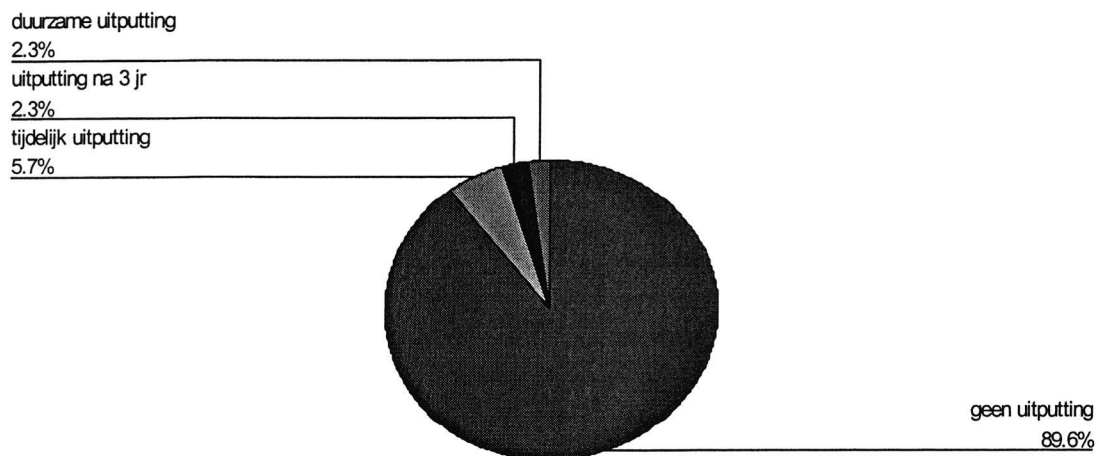
Ruim één derde van degenen die ontevreden zijn is aanhoudend ontevreden over het werk gedurende het eerste jaar van het onderzoek.

3.5 Het beloop van psychische klachten in drie jaar

In bovenstaande figuren is de ontwikkeling van de uitkomstmaten in de hele onderzoekspopulatie gepresenteerd gedurende 1 jaar (natuurlijk beloop). In onderstaande figuren is het beloop van de klachten in 3 jaar weergegeven bij de werknemers die tijdens de basismeting géén klachten rapporteerden. Het accent ligt hierbij dus op het ontstaan van klachten in een klachten vrije populatie. Onderscheiden worden:

1. tijdelijke klachten: klachten die tijdens de 1e of 2e vervolgmeting ontstaan maar die weer verdwijnen
2. duurzame klachten: klachten die tijdens de eerste of tweede vervolgmeting ontstaan en die aanhouden gedurende de rest van de metingen;
3. klachten na 3 jaar: dit zijn klachten die pas na drie jaar optreden en
4. geen klachten: op geen van de vier meetmomenten zijn klachten gerapporteerd.

emotionele uitputtingspatroon na 3 jaar



Figuur 7.: beloop emotionele uitputtings klachten in drie jaar (n=1289)



Figuur 8. beloop depressieve klachten in drie jaar (n=1289)



Figuur 9. beloop gezondheidstoestand in drie jaar (n=1063)



Figuur 10. beloop werkontevredenheid in drie jaar (n=967)

Bij de verschillende psychische klachten is ongeveer een zelfde trend waarneembaar. Van de werknemers die bij de start van het onderzoek geen psychische klachten hadden, ontwikkelt circa 10% (bij emotionele uitputting) tot ruim 20% (bij ervaren gezondheid en depressie) psychische klachten in drie jaar. Van deze groep is het overgrote deel van de klachten tijdelijk van aard. Met name bij emotionele uitputting is ruim de helft van de emotionele uitputtingsklachten tijdelijk van aard, terwijl een kwart duurzaam van aard is of pas na drie jaar ontstaat. Bij depressie, ervaren gezondheid en werkontevredenheid dat van de ontwikkelde klachten, bijna de helft tijdelijke klachten zijn, circa één derde duurzame klachten, terwijl circa een kwart van de klachten pas na drie jaar ontstaat.

3.6 Onderlinge samenhang psychosociale werkkenmerken

In tabel 12 is de onderlinge samenhang tussen de psychosociale werkkenmerken gepresenteerd.

Tabel 12. Onderlinge samenhang (Pearson correlaties) tussen de werkkenmerken (n=1571).

| | 1 | 2 | 3 |
|------------------------------|-------|------|------|
| 1. Taakeisen | | | |
| 2. Autonomie | -.09* | | |
| 3. Vaardigheidsmogelijkheden | .06* | .60* | |
| 4. Sociale steun | -.12* | .25* | .25* |

* alpha < .05

Uit tabel 12 blijkt dat de werkkenmerken onderling niet sterk samenhangen behalve autonomie en vaardigheidsmogelijkheden ($r=.60$). Hetgeen in overeenstemming is met de theorie en voorgaand onderzoek (Karasek en Theorell 1990). Deze twee factoren zullen daarom in de regressie-vergelijking in een somscore als "regelmogelijkheden" worden gecombineerd. Meer autonomie is daarnaast enigszins geassocieerd met meer sociale steun en meer sociale steun met meer vaardigheidsmogelijkheden.

3.7 Onderlinge samenhang psychische klachten

Uit tabel 13 blijkt dat, zoals verwacht, de verschillende uitkomstmaten onderling samenhangen. Alle verbanden zijn significant. Een relatief sterk verband is gevonden tussen emotionele uitputting en psychosomatische klachten ($r=.45$) en tussen depressie en psychosomatische klachten ($r=.41$). Dit betekent dat meer emotionele uitputting of depressie geassocieerd is met meer psychosomatische klachten. De laagste correlatie, hoewel significant, is te zien bij de onderlinge samenhang tussen werktevredenheid en psychosomatische klachten ($r=.14$) en werktevredenheid en depressie. Emotionele uitputting is echter vrij sterk met arbeidsontevredenheid geassocieerd. Dit is overeenkomstig de veronderstelling dat werk ontevredenheid en burnout klachten beiden meer aan werk gerelateerd zijn dan de andere psychische klachten.

Tabel 13. Onderlinge samenhang (Pearson correlaties) tussen de psychische klachten (n=1571)

| | 1 | 2 | 3 |
|-----------------------------------------|------|------|------|
| 1. Werktevredenheid | | | |
| 2. Emotionele uitputting | .30* | | |
| 3. Depressie | .19* | .33* | |
| 4. Psychosomatische gezondheidsklachten | .14* | .45* | .41* |

* $p < .05$

3.8 Relatie psychosociale werkkenmerken en psychische klachten

Ter bepaling van het verband tussen psychosociale werkkenmerken en psychische klachten is een multiële lineaire regressie-analyse uitgevoerd. Hierbij is de relatie onderzocht met vier uitkomstmaten, te weten werktevredenheid, emotionele uitputting, depressie en psychosomatische klachten. De algemene ervaren gezondheid is niet betrokken in deze analyse. De onderstaande resultaten geven de relaties weer tussen risicofactoren en psychische klachten, beide tijdens de basismeting gemeten.

Tabel 14. Verband tussen psychosociale werkkenmerken en werkontevredenheid, emotionele uitputting, depressie en psychosomatische klachten, gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd en opleiding.

| | Werkontevredenheid | Emotionele uitputting | Depressie | Psychosomatische klachten |
|------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|-----------|---------------------------|
| R ² | .16 | .20 | .07 | .06 |
| Taakeisen (<i>veel tov weinig</i>) | .11** | 1.20*** | .06*** | .48*** |
| Autonomie (<i>weinig tov veel</i>) | .17*** | .10 | .07*** | .30* |
| Vaardigheidsmogelijkheden (<i>weinig tov veel</i>) | .21*** | .22* | .00 | -.16 |
| Sociale steun (<i>weinig tov veel</i>) | .37*** | .56*** | .06*** | .64*** |
| Geslacht (<i>vrouwen tov mannen</i>) | -.29*** (a) | -.08 (a) | .05** (a) | .98*** (a) |
| Leeftijd (<i>oud tov jong</i>) | .00 | .00 | .00 | .02*** |
| Opleiding (<i>laag tov hoog</i>) | .07*** | .02 | .00 | .08 |

*p<.05; **p<.01; ***p<.001;

a: niet-gestandaardiseerde coëfficiënten, dwz de regressie-coëfficiënt geeft de verhoging weer van het risico van een eenheid van de schaal, waarbij die schalen zo zijn gevormd dat het a-priori veronderstelde risico toeneemt.

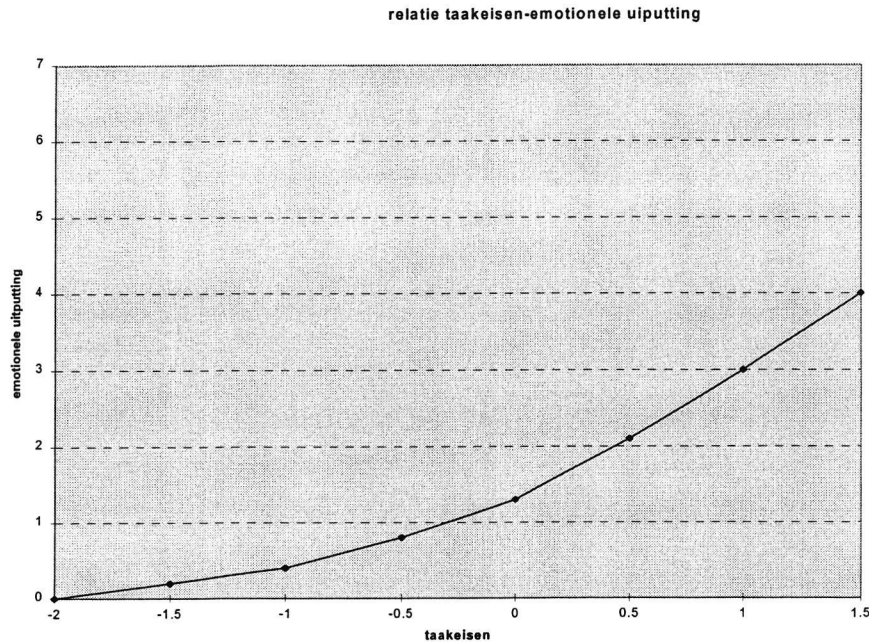
Tabel 14 laat zien dat er voor depressie en psychosomatische klachten lage verklaarde variaties zijn gevonden, te weten 7% respectievelijk 6%. Ofwel depressie en psychosomatische klachten zijn slechts voor een klein deel te verklaren door werkkenmerken zoals taakeisen, autonomie, vaardigheidsmogelijkheden en sociale steun. De verklaarde variaties voor werkontevredenheid en emotionele uitputting zijn hoger, namelijk 16% en 20%. Dit betekent dat deze klachten die een duidelijke relatie hebben met het werk, wat betreft de vragen waaruit de schaal is opgebouwd, ook inderdaad voor een groter deel te verklaren zijn uit de werkkenmerken. Vrijwel alle relaties zijn overeenkomstig de verwachte richting.

Risicofactoren voor werkontevredenheid

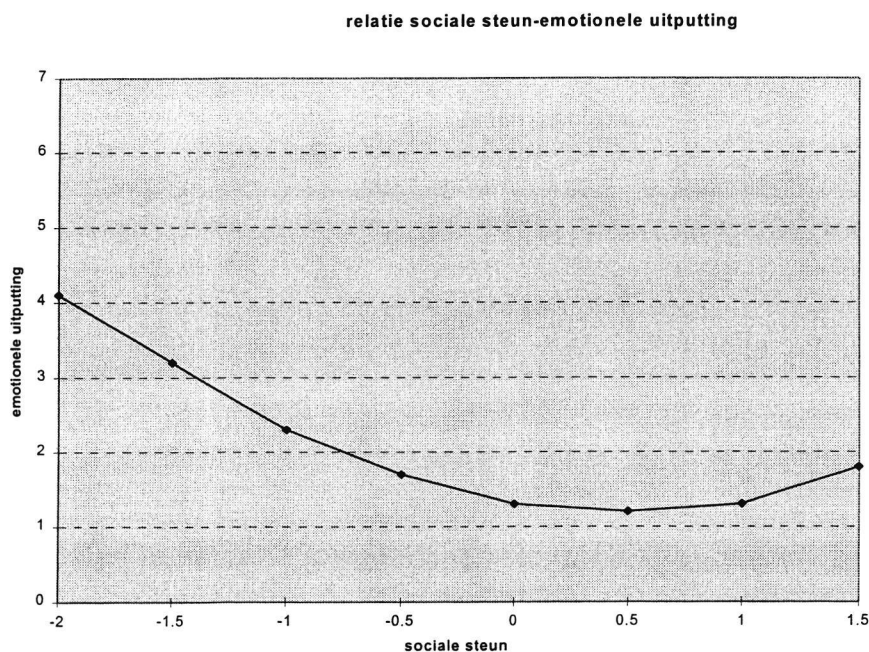
Alle associaties tussen werkgerelateerde kenmerken en werkontevredenheid zijn significant en in overeenstemming met de verwachte richting (tabel 14). Dat betekent dat weinig regelmogelijkheden en weinig sociale steun geassocieerd zijn met meer werkontevredenheid, terwijl juist veel taakeisen gerelateerd zijn aan meer werkontevredenheid. Met name gebrekkige ondersteuning door leidinggevende en collega's gaat samen met minder werkplezier. Ook na correctie voor de in de tabel genoemde werkkenmerken blijken mannen meer onvrede met het werk te rapporteren dan vrouwen in dit onderzoek en werknemers met een lage opleiding meer dan met een hoge.

Risicofactoren voor emotionele uitputting

Er is een significante relatie gevonden tussen taakeisen en emotionele uitputting en tussen sociale steun en emotionele uitputting. Daar deze relaties niet lineair van aard bleken te zijn, zijn deze relaties nader onderzocht (zie figuur 11). Uit figuur 11 blijkt dat bij weinig taakeisen er nauwelijks een relatie bestaat met emotionele uitputting. Echter naarmate de taakeisen toenemen, neemt de associatie met emotionele uitputting ook toe. Ook de associatie tussen emotionele uitputting en sociale steun bleek niet rechtlijnig te zijn (figuur 12). Zoals verwacht gaat heel weinig sociale ondersteuning van de chef of collega's samen met meer emotionele uitputting en meer sociale steun gaat gepaard met minder emotionele uitputting (figuur 12). Maar bij heel veel sociale ondersteuning neemt de emotionele uitputting niet verder af maar weer iets toe. Heel veel sociale steun gaat dus samen met iets meer emotionele uitputting dan een gemiddelde hoeveelheid sociale steun (figuur 12). Tot slot kan geconcludeerd worden dat weinig vaardigheidsmogelijkheden zwak geassocieerd zijn met meer emotionele uitputting. Autonomie heeft geen statistisch significant verband met emotionele uitputting. Van de verschillende onderzochte werkkenmerken zijn vooral hoge taakeisen sterk geassocieerd met emotionele uitputting. Na correctie voor psychosociale werkkenmerken is er is geen relatie tussen leeftijd, geslacht en opleidingsniveau enerzijds en emotionele uitputting anderzijds.



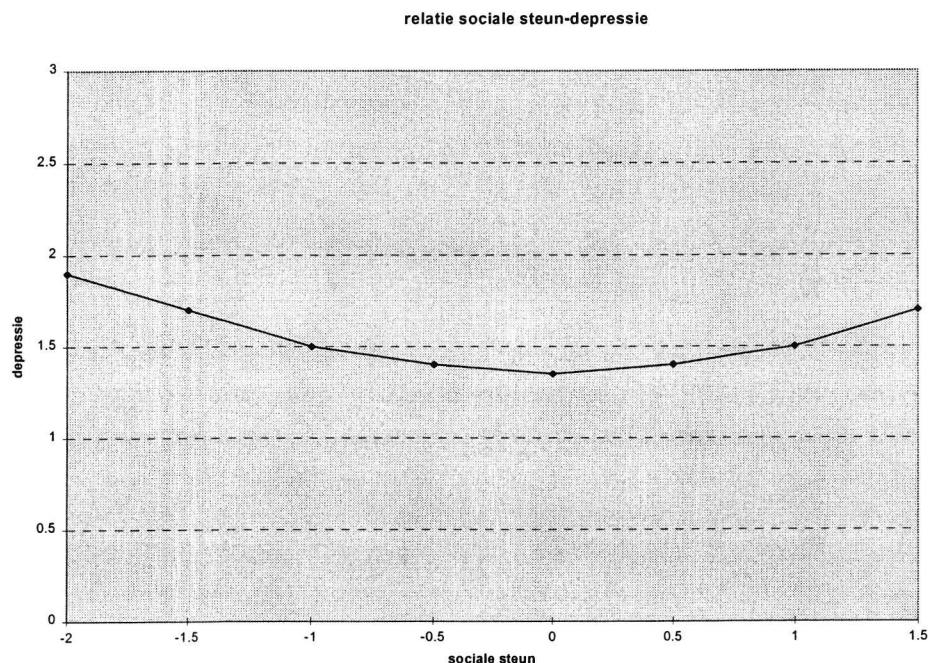
Figuur 11. Grafische weergave van de relatie tussen taakeisen en emotionele uitputting (n=1651).



Figuur 12. Grafische weergave van de relatie tussen sociale steun op het werk en emotionele uitputting (n=1651).

Risicofactoren voor depressie

Ook voor het beschrijven van de relatie tussen sociale steun en depressie paste geen rechtlijnig verband en is de aard van de relatie nader bekeken. In figuur 13 is deze relatie schematisch weergegeven. Hierin is te zien dat weinig sociale steun en tot een bepaalde mate veel sociale steun geassocieerd zijn met meer depressie. Verder blijkt uit tabel 14 dat weinig autonomie en veel taakeisen gerelateerd zijn aan meer depressiviteit. Vaardigheidsmogelijkheden zijn helemaal niet geassocieerd met depressie. Vrouwen rapporteren meer depressieve klachten in dit onderzoek dan mannen ook na correctie voor de psychosociale werkkenmerken uit de tabel.



Figuur 13. Grafische weergave van de niet-rechthoekige relatie tussen sociale steun op het werk en depressie (n=1587).

Risicofactoren voor psychosomatische gezondheidsklachten:

Bij de relatie tussen psychosociale werkkenmerken en psychosomatische klachten bleek een lineair model het beste te passen. De meeste werkkenmerken zijn significant geassocieerd met psychosomatische klachten. Veel taakeisen, weinig autonomie en weinig sociale ondersteuning zijn geassocieerd met meer psychosomatische klachten. Vaardigheidsmogelijkheden hebben geen verband met deze uitkomstmaat. Vrouwen en oudere werkkenmerken rapporteren meer psychosomatische klachten onafhankelijk van de andere factoren..

In tabel 15 wordt een overzicht gegeven van de gevonden associaties. Samenvattend kan worden gesteld dat gebrekkige mogelijkheden om vaardigheden te ontwikkelen en toe te passen alleen geassocieerd is met de werkgerelateerde uitkomstmaten (werkonvrede en emotionele uitputting). Dat weinig autonomie niet gerelateerd is aan emotionele uitputting (ofwel burnout) maar wel aan de andere psychische klachten en dat veel taakeisen en weinig ondersteuning door leidinggevende en collega's geassocieerd zijn met alle onderzochte klachten. Hierbij zijn veel taakeisen, ofwel een hoge werkdruk, vooral sterk geassocieerd met emotionele uitputting en psychosomatische klachten en weinig ondersteuning vooral met werkontevredenheid en emotionele uitputting. Emotionele uitputtingsklachten en depressieklachten nemen niet rechtlijnig af met toenemende ondersteuning. Zowel bij heel weinig en heel veel ondersteuning zijn deze klachten hoog terwijl voor de midden groep de klachten het laagst zijn.

tabel 15: overzicht cross-sectionele relaties tussen psychosociale werkkenmerken en werkontevredenheid en psychische klachten, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleiding

| psychosociale werkkenmerken | werk- ontevredenheid | emotionele uitputting | depressie | psychosomatische klachten |
|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------|------------------------------|
| veel taakeisen | + | ++ | + | ++ |
| weinig autonomie | + | - | + | + |
| weinig vaardigheidsmogelijkheden | + | + | - | - |
| weinig sociale steun op het werk | ++ | ++ | + | + |

- geen associatie, + associatie, ++ sterke associatie

De relaties tussen de individuele factoren en psychische klachten na correctie voor werkkenmerken worden samengevat in tabel 16.

tabel 16 overzicht cross-sectionele relaties tussen psychosociale werkkenmerken en werkontevredenheid en psychische klachten, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleiding

| psychosociale werkkenmerken | werk- ontevredenheid | emotionele uitputting | depressie | psychosomatische klachten |
|----------------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------|------------------------------|
| Geslacht (<i>vrouwen tov mannen</i>) | + ¹ | | + | + |
| Leeftijd (<i>oud tov jong</i>) | - | - | - | + |
| Opleiding (<i>laag tov hoog</i>) | + | - | - | - |

- geen associatie, + associatie

¹ wel een associatie met geslacht, maar mannen hebben eer werkontevredenheid dan vrouwen

4. DISCUSSIE EN CONCLUSIES

4.1 Onderzoekspopulatie

Om een beeld te krijgen van de verdelingen en ontwikkeling van psychische klachten is een representatieve steekproef van de Nederlandse werkende bevolking vereist. De populatie werknemers in dit onderzoek is breed samengesteld, maar is ondermeer doordat dat het werk enigszins plaatsgebonden moest zijn, niet geheel representatief voor de Nederlandse werkende populatie. Dit betekent dat over omvang van de klachten niet zonder meer van toepassing zijn op de hele beroepsbevolking. Voor uitspraken over ontwikkeling van de klachten in de tijd, groepen waar veel klachten voorkomen en risicofactoren van psychische klachten is het minder van belang of de populatie geheel representatief is. Deze resultaten zullen dan ook een goede indicatie zijn voor de Nederlandse beroepsbevolking.

4.2 selectieve respons

De respons in dit onderzoek is hoog (82%). De uitval ofwel non-repons die tijdens het onderzoek is opgetreden is echter wel selectief voor zover het psychische klachten betreft. Met andere woorden, de werknemers die op een gegeven moment niet meer aan het onderzoek deelnamen rapporteerden meer psychische klachten bij aanvang van het onderzoek en tijdens de laatste meting waaraan nog is meegewerkt, dan degenen die ook de laatste vragenlijst hadden ingevuld. Vanwege de hoge respons zal de invloed van deze selectieve uitval niet zo heel groot zijn maar een eventuele toename van klachten in loop van het onderzoek zal hierdoor enigszins worden onderschat.

4.3 healthy worker effect

De werknemers die naar aan andere baan zijn vertrokken of om een andere reden zijn gestopt met werken rapporteren meer psychosomatische klachten, meer emotionele uitputting, meer depressie, een slechtere gezondheid en minder tevredenheid over het werk als de groep die bij hetzelfde bedrijf is gebleven. Psychische klachten lijken dus een duidelijke rol te spelen bij verandering van baan of het anderszins beëindigen van een functie. Indien, zoals te verwachten is, dit selectieproces zich vooral afspeelt bij werknemers die ook werk hebben met een hoge psychosociale belasting, zullen de resultaten over de associaties tussen die psychosociale belasting en psychische klachten worden onderschat.

4.4 operationalisatie psychische klachten

Alle klachten zijn bepaald met (inter)nationaal erkende meetinstrumenten. Het betreft hier echter schaalvariabelen samengesteld uit een aantal items. Het is niet duidelijk wanneer (bij welke somscore) nu gesproken kan worden van 'depressie', 'burnout' etc. De keuze van een bepaald 'afkappunt' is echter wel zeer bepalend voor de prevalentie en kan ook de resultaten over de relatie met de risicofactoren beïnvloeden. In dit onderzoek is sprake van psychische klachten wanneer de meerderheid van de items van een schaal positief zijn gescoord. Bij de analyses van de relatie tussen risico factoren en effect is echter uitgegaan van een continue schaal.

4.5 voorkomen psychische klachten en trends in de tijd

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de gerapporteerde klachten, uitgaande van de gekozen operationalisatie van deze effecten.

Tabel Het voorkomen van psychische klachten in percentages tijdens de basismeting en vervolgmetingen

| Psychische klachten | basis meting | vervolg meting 1 | vervolg meting 2 | vervolg meting 3 |
|-----------------------------------------|--------------|------------------|------------------|------------------|
| Ontevredenheid met het werk | | | | |
| psychosomatische klachten (VOEGscore>7) | 6,5 | - | - | 9,9 |
| emotionele uitputting (score>4) | 5,5 | 7,2 | 7,2 | 6,5 |
| depressie (CESDscore>6) | 9,5 | 11,8 | 11,5 | 16,1 |
| ontevreden met werk (vaak/bijna altijd) | 12,6 | 13,9 | 16,7 | 15,5 |

Bij aanvang van het onderzoek rapporteert 6,5% psychosomatische klachten, 5,5% emotionele uitputtingsklachten (burnout), 9,5% depressieve klachten en is 12,6% niet tevreden met het werk. Aan het

eind van het onderzoek is dat respectievelijk 10%, 6,5%, 16% en 15,5%. Dit betekent dat met name psychosomatische klachten, depressie en ontevredenheid over het werk in de loop der jaren zijn toegenomen in deze onderzoekspopulatie. Gezien de duidelijke selectieve respons voor depressie en werkontevredenheid wordt verwacht dat in werkelijkheid deze toename nog iets groter is geweest. Enigszins onverwacht, gezien de publicaties over toename in werkgerelateerde psychische problematiek, is dat het percentage werknemers met emotionele uitputting ofwel burnout verschijnselen min of meer stabiel gebleven is in deze drie jaar. Daar ook de selectiviteit van de respons voor deze klachten niet zo groot was wordt niet verwacht dat de trend in de tijd hierdoor is onderschat. De gepresenteerde trend in de tijd weerspiegelt de toename van het aantal werknemers dat meer dan de helft van de items op een bepaalde schaal positief heeft gescoord. Het toenemen van de ernst van de klachten (gemiddelde score) komt hierin niet naar voren. In een andere deelstudie van dit onderzoek is gebleken dat het percentage werknemers met rugklachten licht afneemt in deze periode bij dezelfde onderzoeksgroep. Deze toename in psychische klachten is dus geen weerspiegeling van een algemene trend in de tijd van toenemende gezondheidsklachten.

Sommige van de uitkomstmaten hangen onderling samen. De sterkste samenhang is tussen emotionele uitputting en psychosomatische klachten en tussen depressie en psychosomatische klachten. Het gaat hier dus deels om dezelfde mensen.

4.6 Groepen met veel klachten

Vrouwen rapporteren op alle meetmomenten meer psychosomatische klachten en depressie dan mannen. Terwijl mannen systematisch meer onvrede met het werk rapporteren. Emotionele uitputting verschilt niet sterk tussen mannen en vrouwen maar over het algemeen hebben mannen meer dergelijke klachten dan vrouwen. Ook na correctie voor verschillen in psychosociale werkkenmerken tussen mannen en vrouwen, blijkt dat mannen meer onvrede met het werk hebben en vrouwen meer depressie en psychosomatische klachten rapporteren tijdens de basismeting. Terwijl er geen duidelijk verschil is tussen mannen en vrouwen in emotionele uitputtingsklachten, na correctie voor andere factoren, tijdens de basismeting.

De resultaten van dit onderzoek komen deels overeen met de bestaande literatuur. Daarin is regelmatig gevonden dat vrouwen vaker psychische klachten rapporteren dan mannen (Baun en Hollander, 1987; Karasek en Theorell, 1990). Uit onderzoek van Van der Zouwe en de Klerk (1993) blijkt dat in de periode 1981-1990, veel meer vrouwen dan mannen de WAO zijn ingestroomd met de diagnose psychische stoornissen. Hierdoor is zowel in absolute als relatieve zin het aantal vrouwen met psychische stoornissen in de WAO gestegen (Van der Zouwe en de Klerk 1993). In het voorliggende onderzoek rapporteren vrouwen dus wel meer depressie en psychosomatische klachten maar niet meer emotionele uitputtingsverschijnselen. Behalve dat vrouwen meer depressieklachten rapporteren is het verschil tussen mannen en vrouwen wat depressieklachten betreft in de laatste twee jaar toegenomen. Dit zou kunnen betekenen dat bij preventie van psychische klachten bij werknemers preventie van depressieklachten extra aandacht zou moeten krijgen.

Psychosomatische klachten en ervaren gezondheid nemen toe met de leeftijd tijdens de basismeting. Wat betreft psychosomatische klachten is dit ook het geval nadat is gecorrigeerd voor andere risicofactoren. De andere psychische klachten verschillen niet voor de gehanteerde leeftijdscategorieën. Dit resultaat is in overeenstemming met de literatuur. Uit onderzoek van Kasl (1989) is bijvoorbeeld gebleken dat oudere personen over het algemeen vaker ongunstige gezondheidssymptomen rapporteren dan jongere personen. Otten (CBS 1998) heeft eveneens gevonden dat het voorkomen van emotionele uitputting niet zozeer varieert tussen de verschillende leeftijdscategorieën.

Voor wat betreft werkontevredenheid geldt in dit onderzoek dat zowel de werknemers jonger dan 31 jaar als ouder dan 45 jaar vaker ontevredenheid over het werk rapporteren.

Het voorkomen van de verschillende psychische klachten en werkontevredenheid is verschillend per beroepsgroep. Het gaat hier echter om een indruk waar welke klachten voorkomen, daar voor een dergelijk overzicht de onderzoekspopulatie te klein en onvoldoende representatief is.

De werknemers in de dienstverlening en de verkoop functies in dit onderzoek scoren over het algemeen hoog op de psychische klachten, te weten depressie en ervaren ongezondheid, maar zijn daarentegen het minst vaak ontevreden over het werk en geven tevens weinig emotionele uitputtingverschijn-

selen aangeven. De professionals en semi-professionals hebben in het laatste jaar de meeste depressieve en psychosomatische klachten gerapporteerd.

'Natuurlijk beloop' psychische klachten

De groep met psychische klachten in de onderzoekspopulatie op de verschillende meetmomenten bestaat telkens uit andere personen. Een deel van de populatie ontstaan klachten, bij een deel gaat het om een herhaling van bestaande klachten en bij een deel blijken de klachten te verdwijnen (herstel). In de tabel hieronder wordt een overzicht gegeven van de verschuivingen in één jaar. Met name van de werknemers met depressieve klachten blijkt na een jaar slechts een beperkt deel van de werknemers geen klachten meer te melden. Depressieve klachten nemen in deze populatie sterker toe dan klachten over emotionele uitputting omdat minder werknemers bij de tweede meting zijn hersteld, terwijl ongeveer een even groot gedeelte van de werknemers nieuwe klachten ontwikkelt. Dus bij depressieve klachten zou het mogelijk lonen om bij de mensen die reeds klachten hebben te proberen deze te verminderen.

overzicht verloop psychische klachten gedurende een jaar

| | emotionele uitputting | depressie | ervaren gezondheid | arbeids-ontevredenheid |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|-----------|--------------------|------------------------|
| voorkomen klachten basismeting of eerste vervolgmeting | 10% | 15% | 28% | 19% |
| aandeel ontstaan ¹ | 47% | 45% | 32% | 36% |
| aandeel aanhoudend ¹ | 26% | 36% | 36% | 37% |
| aandeel hersteld ¹ | 27% | 19% | 32% | 27% |

¹ Percentages van degenen met klachten

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van het ontstaan van psychische klachten gedurende drie jaar. Van de werknemers die tijdens de basismeting geen klachten hadden gerapporteerd, blijkt in drie jaar tijd circa 10% tot 20% psychische klachten te ontwikkelen (zie onderstaande tabel).

overzicht verloop psychische klachten gedurende drie jaar in een klachten vrije populatie

| | emotionele uitputting | depressie | ervaren gezondheid | arbeids-ontevredenheid |
|-----------------------------------------|-----------------------|-----------|--------------------|------------------------|
| % klachten ontstaan in 3 jaar | 10 | 22 | 24 | 20 |
| aandeel tijdelijk klachten ¹ | 55 | 44 | 41 | 46 |
| aandeel duurzame klachten ¹ | 22 | 30 | 33 | 26 |
| aandeel ontstaan na 3 jaar ¹ | 22 | 25 | 26 | 29 |

¹ Percentages van degenen met klachten

Van de groep werknemers die in de onderzoeksperiode klachten ontwikkelt, blijkt bijna de helft tijdelijk te zijn en ontwikkelt circa een kwart pas klachten na drie jaar. Daarentegen blijkt globaal ongeveer één derde duurzaam van aard te zijn, dat wil zeggen dat ze gedurende de gehele onderzoeksperiode klachten hebben gerapporteerd. Minder werknemers in deze populatie ontwikkelen emotionele uitputting dan de andere klachten. Bovendien is het aandeel duurzame klachten duidelijk minder en gaat het hier vooral om tijdelijke klachten die weer verdwenen zijn aan het eind van het onderzoek. Toch is ook hier een aanzienlijk deel (bijna een kwart) duurzaam van aard.

Bij de interpretatie van deze resultaten dient rekening gehouden te worden met de selectieve uitval die heeft plaatsgevonden. Hierdoor zijn de groepen op de verschillende meetmomenten niet gelijk aan elkaar, maar bestaat de populatie uit steeds meer gezonde werknemers ten opzichte van het jaar daarvoor. De feitelijke ontwikkeling van de klachten is dus mogelijk ernstiger dan in dit rapport gepresenteerd. De gepresenteerde ontwikkelingen zijn ook sterk afhankelijk van de gekozen operationalisatie van de klachten.

Relatie tussen de psychosociale werkkenmerken en psychische klachten

Er is een vrij sterke onderlinge samenhang gevonden tussen autonomie en vaardigheidsmogelijkheden. Dit is in overeenstemming met voorgaand onderzoek (Karasek en Theorell 1990) en ondersteunt de gedachtegang deze twee componenten samen te vatten zijn onder de noemer regelmogelijkheden. De overige factoren hangen niet zo sterk samen

Depressie en psychosomatische klachten worden voor slechts 6% respectievelijk 7% verklaard uit leeftijd, geslacht, opleiding en werkkenmerken, te weten taakeisen, autonomie, vaardigheidsmogelijkheden en sociale steun. Dit benadrukt het feit dat deze klachten sterk multicausaal zijn bepaald en niet slechts door werkkenmerken kunnen worden verklaard. Emotionele uitputting en werktevredenheid worden veel beter verklaard door werkkenmerken (16% respectievelijk 20%). Hoewel dat deel van de depressie en psychosomatische gezondheid dat door het werk verklaard wordt klein is, blijkt er wel een duidelijke relatie met ongunstige psychosociale belasting op het werk. Volgens de theorie van het DCS model, leiden hoge taakeisen en geringe regelmogelijkheden tot meer psychische klachten. Deze veronderstelling wordt in dit onderzoek bevestigd voor alle uitkomstmaten (zie onderstaande tabel).

overzicht cross-sectionele relaties tussen psychosociale werkkenmerken en werktevredenheid en psychische klachten, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleiding

| psychosociale werkkenmerken | werk- ontevredenheid | emotionele uitputting | depressie | psychosomatische klachten |
|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------|------------------------------|
| veel taakeisen | + | ++ | + | ++ |
| weinig autonomie | + | - | + | + |
| weinig vaardigheidsmogelijkheden | + | + | - | - |
| weinig sociale steun op het werk | ++ | ++ | + | + |

- geen associatie, + associatie, ++ sterke associatie

In dit onderzoek zijn hoge taakeisen en geringe regelmogelijkheden (autonomie, vaardigheidsmogelijkheden) geassocieerd met meer emotionele uitputting, depressie, psychosomatische klachten en werktevredenheid. Gebrekkige mogelijkheden om vaardigheden te ontwikkelen en toe te passen zijn alleen geassocieerd met de werkgerelateerde uitkomstmaten (werktevrede en emotionele uitputting). Weinig autonomie is niet gerelateerd aan emotionele uitputting (ofwel burnout) maar wel aan de andere psychische klachten. Veel taakeisen zijn geassocieerd met alle onderzochte klachten. Hierbij zijn veel taakeisen, ofwel een hoge werkdruk, vooral sterk geassocieerd met emotionele uitputting en psychosomatische klachten. Bovendien geldt dat er geen geleidelijke toename is van de klachten bij toenemende werkdruk maar dat alleen bij de hoogst blootgestelde groep de emotionele uitputting sterk toeneemt..

De tweede veronderstelling binnen het DCS model is dat weinig sociale ondersteuning tot meer psychische klachten leidt. Ook dit blijkt voor elk van de gemeten uitkomstmaten op te gaan. Niet alle relaties met sociale ondersteuning zijn echter lineair van aard. Heel weinig sociale ondersteuning is geassocieerd met meer emotionele uitputting en meer depressie en de klachten nemen af naarmate de hoeveelheid ondersteuning door leidinggevende en collega's toeneemt. Maar heel veel sociale steun blijkt niet samen te gaan met een verdere afname van de psychische klachten maar met een lichte toename.

Bij de interpretatie van de associatie tussen werkkenmerken en psychische klachten dient opgemerkt te worden dat het een cross-sectionele analyse betreft, dat wil zeggen dat beide aspecten (werkkenmerken en klachten) op een zelfde moment gemeten zijn, namelijk tijdens de basismeting. De resultaten geven de associatie weer en er kan op basis van deze resultaten geen uitspraak gedaan worden over wat de kip is en wat het ei. Zo kan een hoge werkdruk leiden tot meer emotionele uitputting maar kan het ook zijn dat meer emotionele uitputting leidt tot hogere ervaren werkdruk en kan veel ondersteuning samen gaan met weer een iets hoger niveau van depressieklachten, omdat die steun is gezocht nadat de klachten zijn ontstaan.

Om een beter inzicht te krijgen tussen de werkelijke werkgebonden oorzaken van psychische klachten is een nadere analyse van de vervolgmetingen van het onderzoek in relatie tot de risicofactoren bij aanvang van het onderzoek noodzakelijk. Een dergelijke analyse is niet in dit deelrapport opgenomen.

5. Conclusies en aanbevelingen

Op grond van de gepresenteerde resultaten en discussie kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

1. Gemiddeld over de meetmomenten heeft 20% een redelijke tot slechte gezondheid gerapporteerd, 14% blijkt ontevreden te zijn over het werk, 13% heeft last van depressieverschijnselen, 8% heeft psychosomatische klachten en circa 7% heeft emotionele uitputtingsverschijnselen gerapporteerd.
2. Het percentage werknemers met psychosomatische klachten, depressieklachten en ontevredenheid over het werk is in deze onderzoekspopulatie tussen 1994 en 1998 toegenomen. Het is waarschijnlijk dat deze toename in de tijd geldt voor de hele Nederlandse beroepspopulatie. Het percentage werknemers met emotionele uitputtings- ofwel burnoutklachten is min of meer stabiel gebleven in deze drie jaar. Daar in deze zelfde populatie het percentage werknemers met rugklachten licht afneemt in deze periode, is deze toename in psychische klachten geen weerspiegeling van een algemene toename van gezondheidsklachten in deze periode.
3. Depressieve klachten nemen in deze populatie sterker toe dan klachten over emotionele uitputting omdat minder werknemers herstellen van deze klachten, terwijl ongeveer een even groot gedeelte van de werknemers nieuwe klachten ontwikkelt. Van de groep werknemers die in de onderzoeksperiode klachten ontwikkelt, blijkt bijna de helft tijdelijk klachten te hebben, terwijl globaal één derde van werknemers met psychische klachten duurzame klachten heeft, dat wil zeggen dat zij gedurende drie jaar klachten hebben gerapporteerd.
4. Vrouwen rapporteren op alle meetmomenten meer psychosomatische klachten en depressie dan mannen. Terwijl mannen systematisch meer onvrede met het werk rapporteren. Emotionele uitputting verschilt niet sterk tussen mannen en vrouwen maar over het algemeen hebben mannen meer dergelijke klachten dan vrouwen. Ook na correctie voor verschillen in psychosociale werkkenmerken tussen mannen en vrouwen, blijkt dat mannen meer onvrede met het werk en vrouwen meer depressie en psychosomatische klachten rapporteren. Terwijl er geen duidelijk verschil is tussen mannen en vrouwen in emotionele uitputtingsklachten, na correctie voor andere factoren. Behalve dat vrouwen meer depressieklachten rapporteren is dit verschil tussen mannen en in de laatste twee jaar toegenomen.
5. Psychosomatische klachten en ervaren gezondheid nemen toe met de leeftijd. Wat betreft psychosomatische klachten is dit ook het geval nadat is gecorrigeerd voor andere risicofactoren. De andere psychische klachten nemen niet toe met de leeftijd. Werkontevredenheid wordt het meest gerapporteerd door de werknemers jonger dan 31 jaar én ouder dan 45 jaar.
6. Het voorkomen van psychische klachten en werkontevredenheid verschilt per beroepsgroep. Gezien de beperkte steekproef gaat het hier slechts om indicatieve cijfers. Depressieklachten komen in dit onderzoek veel voor bij de werknemers in de dienstverlening en in verkoop functies. Zij zijn daarentegen niet vaak ontevreden over het werk en rapporteren weinig klachten over emotionele uitputting. De professionals en semi-professionals hebben in het laatste jaar de meeste depressieve en psychosomatische klachten gerapporteerd.
7. Depressie en psychosomatische klachten worden voor slechts 6% respectievelijk 7% verklaard uit leeftijd, geslacht, opleiding en werkkenmerken, te weten taakeisen, autonomie, vaardigheidsmogelijkheden en sociale steun op het werk. Dit benadrukt het feit dat deze klachten sterk multicauusaal zijn bepaald en niet slechts door werkkenmerken kunnen worden verklaard.

Emotionele uitputting en werktevredenheid worden veel beter verklaard door werkkenmerken (16% respectievelijk 20%). Hoewel het deel van de depressie en psychosomatische gezondheid dat door het werk verklaard wordt klein is, blijkt er wel een duidelijke relatie met ongunstige psychosociale belasting op het werk

8. In dit onderzoek zijn hoge taakeisen en geringe regelmogelijkheden (autonomie, vaardigheidsmogelijkheden) geassocieerd met meer emotionele uitputting, depressie, psychosomatische klachten en werktevredenheid. De relaties zoals gepostuleerd in het veel gehanteerde werkstress verklaringsmodel, worden dus grotendeels ondersteunt door de resultaten van dit onderzoek. Gebrekkige mogelijkheden om vaardigheden te ontwikkelen en toe te passen zijn alleen geassocieerd met de werkgerelateerde uitkomstmaten (werkonvrede en emotionele uitputting). Weinig autonomie is niet gerelateerd aan emotionele uitputting (ofwel burnout) maar wel aan de andere psychische klachten. Veel taakeisen zijn geassocieerd met alle onderzochte klachten. Hierbij zijn veel taakeisen, ofwel een hoge werkdruk, vooral sterk geassocieerd met emotionele uitputting en psychosomatische klachten
9. Weinig sociale ondersteuning door leidinggevende of collega's op het werk is geassocieerd met alle onderzochte psychische klachten te weten emotionele uitputting, depressie, psychosomatische klachten en werktevredenheid. Weinig sociale ondersteuning is geassocieerd met meer emotionele uitputting en depressie en bij toenemende ondersteuning nemen de klachten af. Maar heel veel sociale steun blijkt niet samen te gaan met een verdere afname van deze klachten maar met een lichte toename.
10. De gevonden associaties tussen werkkenmerken en psychische klachten zijn gebaseerd op zogenaamde cross-sectionele gegevens, dat wil zeggen dat beide aspecten (werkkenmerken en klachten) op een zelfde moment gemeten zijn. Op basis van deze resultaten kunnen dus geen uitspraken gedaan worden over oorzaak en gevolg.

Aanbeveling voor verder onderzoek

1. Om een beter inzicht te krijgen tussen de werkelijke werkgebonden oorzaken van psychische klachten is een nadere analyse van de vervolgmetingen van het onderzoek in relatie tot de risicofactoren bij aanvang van het onderzoek noodzakelijk. Een dergelijke analyse is niet in dit deelrapport opgenomen.
2. In vervolgonderzoek zou tevens de relatie tussen psychische klachten en verzuim door deze klachten kunnen worden onderzocht binnen deze onderzoekspopulatie. Gezien het hoge percentage verzuim dat veroorzaakt wordt door psychische klachten is het een relevante vraagstelling welke psychische klachten op den duur tot de meeste uitval leiden en of dit verzuim in de drie jaar van het onderzoek is toegenomen..

Literatuur

Aronsson G. Dimensions of control as related to work organization, stress and health. *International journal of health psychology* 3(2):122-129, 1989.

Barnett RC. Gender, job stress and illness. In: J.M. Stellman (Ed.), *Encyclopedia of occupational health and safety*:34.49-34.51. geneva: International labour Office, 1998.

Bijl RV, Zessen van G, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het Nemesis-onderzoek. II. prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Ned Tijdschrift geneeskunde* 1997; 13 december;141(50):2453-2458.

Bongers PM. Opzet en uitvoering van longitudinaal onderzoek naar risicofactoren van klachten aan het bewegingsapparaat. 1999.

Ontwikkeling ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid: 4e kwartaal 1995. Zoetermeer: Ctsv, mei 1996.

Dirken JM. *Arbeid en stress*. Groningen: Wolters Noordhoff 1969.

Dwyer DJ, Ganster DC. The effects of job demands and control on employee attendance and satisfaction. *Journal of organizational behaviour* 1991, 12:595-608.

Gründemann RWM, Smulders PGW, Winter CR de. *Vragenlijst Arbeid en Gezondheid*. Lisse: Swets&Zeitlinger 1993.

Gründemann RWM, Nijboer ID en Schellaert AJM. *Arbeidsgebondenheid van WAO-intrede. Deel-rapport 1: Resultaten van de enquête onder WAO'ers*. SZW 1991.

Hall EM, Johnson JV en Tsou T-S. Women, occupation, and risk of cardiovasculair morbidity and mortality. *Occupational medicine: State of the art reviews* 1993;8:709-719.

Jaccard J, Turrisi R, Wan CK. *Interaction effects in multiple regression*. Newbury Park, California: Sage Publications, 1990.

Joosten J, Drop MJ. De betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van drie versies van de VOEG. *Gezondheid en Samenleving* 1987;8:251-65.

Kaaij HJJ. *AGGZ-preventie en arbeid. Een praktijk in ontwikkeling*, Landelijk Centrum GVO/LOP, Utrecht, februari 1992.

Kaaij H, Kruif F de. *Werkdruk en werkstress*. Samson, Alphen aan de Rijn, 1998.

Klerk JM de, Diependaal GC, Petersen CJ. Psychische stoornissen en arbeidsongeschiktheid. *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde* 1986;24;11:136-142.

Klerk JM de, Zouwe N van der. Psychische stoornissen en de WAO tien jaar later (deel 1). *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde* 1992; 30;2:46-49.

Klerk JM de, Zouwe N van der. Diagnosecategorie-V: psychische stoornissen en de WAO, tien jaar later (deel 3). *Vrouwen, mannen en leeftijd. Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde* 1993;1:162-167.

Kohout FJ, Berkman LF, Evans DA, et al. Two shorter forms of the CES-D Depression Symptoms Index. *J.Aging Health* 1993;5:179-93.

Koningsveld EAP en Mossink JCM. Kerncijfers maatschappelijke kosten van arbeidsomstandigheden in Nederland. Ministerie van Sociale Zaken en werkgelegenheid 1997.

Maslach C, Jackson SE. Manual Maslach Burnout Inventory. 1986, Palo Alto, California: Consulting Psychological press.

Nijboer ID, Grundemann RWM, Andries F. Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid. Den Haag: VUGA 1993.

Otten F en Houtman ILD. Hoofdstuk 7: kwaliteit van de arbeid in Kerncijferrapportage CBS POLS 1997.

Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychol. measur* 1977;1:385-401.

Schaufeli W, Dierendonck D van. Burnout, een begrip gemeten: de nederlandse versie van de Maslach Burnout inventory (MBI-NL) . Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Vakgroep Sociale en Organisatiepsychologie 1993. (Rapport 93 AO 01)

Schaufeli WB. Opgebrand: over de achtergronden van werkstress: het burnout syndroom. NIA TNO nr: 50-202, 1992.

Schroër CAP. Verzuim wegens overspanning; een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening en het verzuimbeloop, Universitaire pers Maastricht 1993.

De Nederlandse verzorgingsstaat in internationaal en economisch perspectief. Den Haag, Sdu, Ministerie van Sociale zaken en werkgelegenheid 1996.

Tabachnik BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. New York: Harper Collins Publishers, 1989.

Veerman TJ en Jehoel-Gijsbers G. Psychische klachten en de WAO. een overzicht van cijfers en literatuur. Lisv, november 1998.

Wanous JP, Reichers AE, Hudy MJ. Overall job satisfaction: How good are single-item measures? *Journal of applied psychology* 1997, 2:247-252.

Zouwe van der N, Klerk de JM. Diagnosecategorie-V: psychische stoornissen en de WAO, tien jaar later (deel 2). Een vergelijking tyussen mannen en vrouwen. *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde* 1993;1;1:11-15.

Bijlage I.

Tabel 1. Operationalisatie psychische klachten. Tussen haakjes bij de antwoordcategorieën staat de wijze van dichotomisering vermeld.

| Variabele | Vraag / Cluster van vragen | Antwoordcategorieën | Alpha |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------|
| psychosomatische klachten | 1. hebt u nogal eens een opgezet of drukkend gevoel in de maagstreek? 2. bent u gauw kortademig 3. hebt u nogal eens pijn in de borst of hartstreek 4. hebt u nogal eens klachten over pijn in botten en spieren 5. hebt u vaak een gevoel van moeheid 6. hebt u nogal eens last van hoofdpijn 7. hebt u nogal eens last van rugpijn 8. is uw maag nogal eens van streek 9. hebt u wel eens een verdoofd gevoel of tintelingen in uw ledematen 10. heeft u regelmatig last van jeukende, brandende of pijnlijke ogen 11. voelt u zich gauwer moe dan u normaal acht 12. bent u nogal eens duizelig 13. voelt u zich nogal eens lusteloos | ja (1) nee (0) | .75 |
| emotionele uitputting | 1. voelt u zich mentaal uitgeput door uw werk 2. voelt u zich aan het einde van een werkdag leeg 3. voelt u zich 's morgens bij het opstaan, als er weer een werkdag voor u ligt, vermoeid 4. voelt u zich opgebrand door uw werk 5. voelt u zich gefrustreerd door uw baan 6. denkt u dat u zich teveel inzet voor uw werk 7. voelt u zich aan het eind van uw latijn | ja (1) nee (0) | .72 |
| depressie | (in afgelopen 2 weken): 1. ik voelde me depressief 2. ik vond dat alles wat ik deed moeite kostte 3. ik sliep onrustig 4. ik was gelukkig (-) 5. ik voelde me eenzaam 6. men was onvriendelijk 7. ik genoot van het leven (-) 8. ik had het gevoel dat mensen me niet aardig vonden 9. mijn eetlust was slecht | zelden (0) soms (1) meestal (1) | .74 ¹ |
| ervaren gezondheid | hoe is het in het algemeen met uw gezondheid gesteld | goed (0) redelijk (1) matig (1) slecht (1) | |
| werkontevredenheid | heeft u meestal plezier in uw werk? | (vrijwel) nooit (1) soms (1) vaak (0) (bijna) altijd (0) | .67 ² |

(-) score is gespiegeld

¹ Er was 1 missing value toegestaan

² Wanous et al (1997) hebben een gemiddelde gecorrigeerde correlatie van .67 laten zien bij 1-item schalen

Tabel 2. Operationalisatie psychosociale werkkenmerken

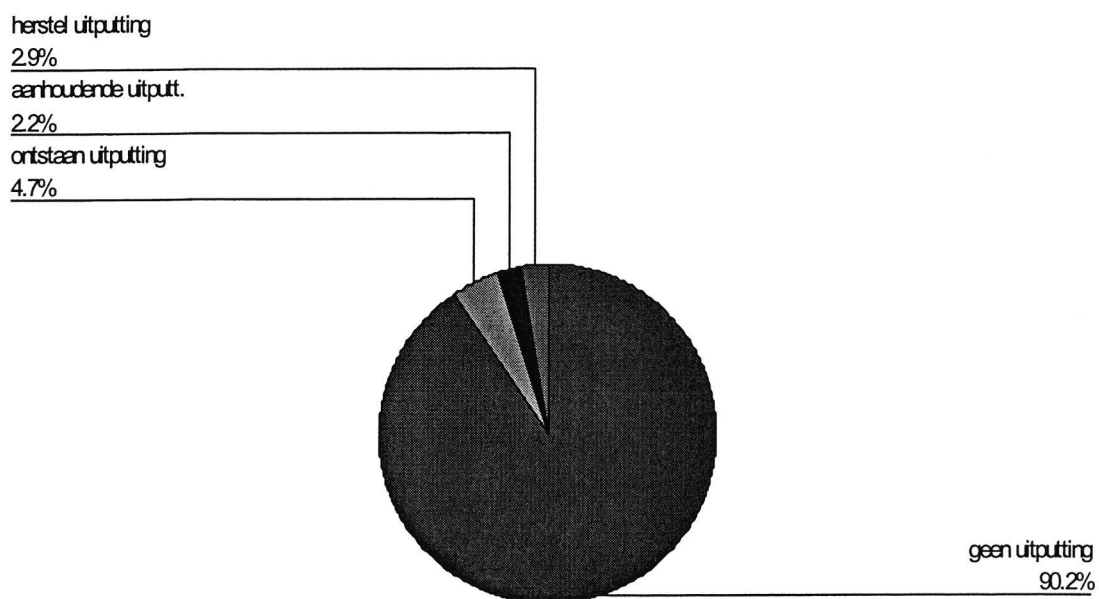
| Variabele | Vraag / Cluster van vragen | Antwoordcategorieën | Alpha ³ |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| taakeisen | 1. mijn baan vereist dat ik erg snel werk 2. mijn baan vereist dat ik erg hard werk 3. er wordt van mij niet te veel werk gevraagd (-) 4. ik heb genoeg tijd om het werk af te maken (-) 5. het is op mijn werk een gekkenhuis | helemaal mee on- eens oneens eens helemaal mee eens | .65 |
| vaardigheidsmogelijkheden | 1. mijn baan vereist dat ik nieuwe dingen leer 2. mijn baan vereist dat ik creatief ben 3. mijn baan vereist een hoge mate van vakbekwaamheid 4. ik krijg op mijn werk veel verschillende dingen te doen 5. ik heb de gelegenheid eigen vakbekwaamheid te ontwikkelen | helemaal mee on- eens oneens eens helemaal mee eens | .74 |
| autonomie | 1. mijn baan biedt me de ruimte veel beslissingen zelf te nemen 2. ik heb in mijn baan erg weinig vrijheid om te beslissen hoe ik mijn werk doe (-) 3. ik heb veel mogelijkheden om mee te beslissen over wat er in mijn werk gebeurt | helemaal mee on- eens oneens eens helemaal mee eens | .65 |
| sociale steun op het werk | 1. mijn chef heeft oog voor het welzijn van zijn medewerkers 2. mijn chef besteedt aandacht aan wat ik zeg 3. mijn chef helpt het werk gedaan te krijgen 4. mijn chef slaagt erin mensen te laten samenwerken 5. mijn collega's zijn goed in hun werk 6. mijn collega's zijn in mij geïnteresseerd 7. mijn collega's zijn vriendelijk 8. mijn collega's helpen het werk gedaan te krijgen | helemaal mee on- eens oneens eens helemaal mee eens helemaal mee eens helemaal mee eens helemaal mee eens | .81 |

(-) betekent dat score is gespiegeld.

³ Bij de constructie van de schalen zijn er scores berekend wanneer 1 of 2 items ontbraken. Hierbij was nooit meer dan 25% missing values toegestaan.

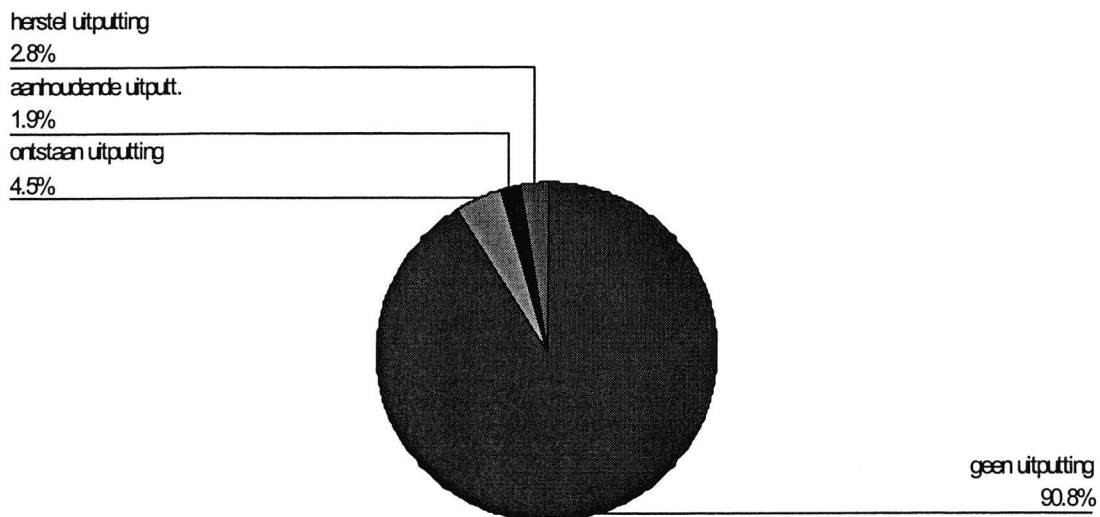
Bijlage II. Ontwikkeling van psychische klachten na twee jaar en drie jaar.

ontwikkeling emotionele uitputting (tweede vervolgmeting)



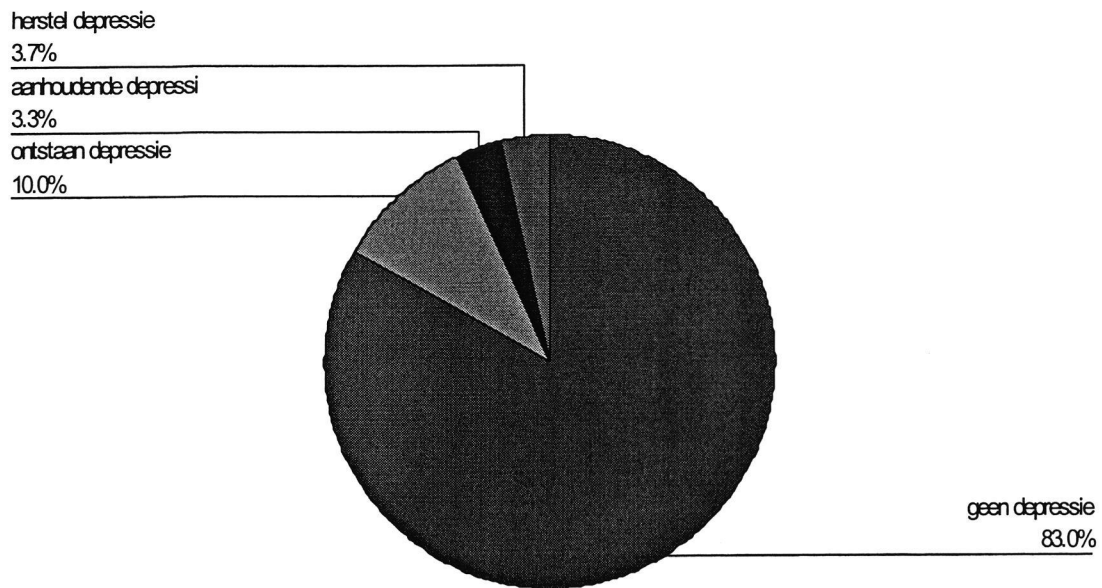
Figuur 1. ontwikkeling emotionele uitputting na twee jaar. (n=1392)

ontwikkeling emotionele uitputting (derde vervolgmeting)



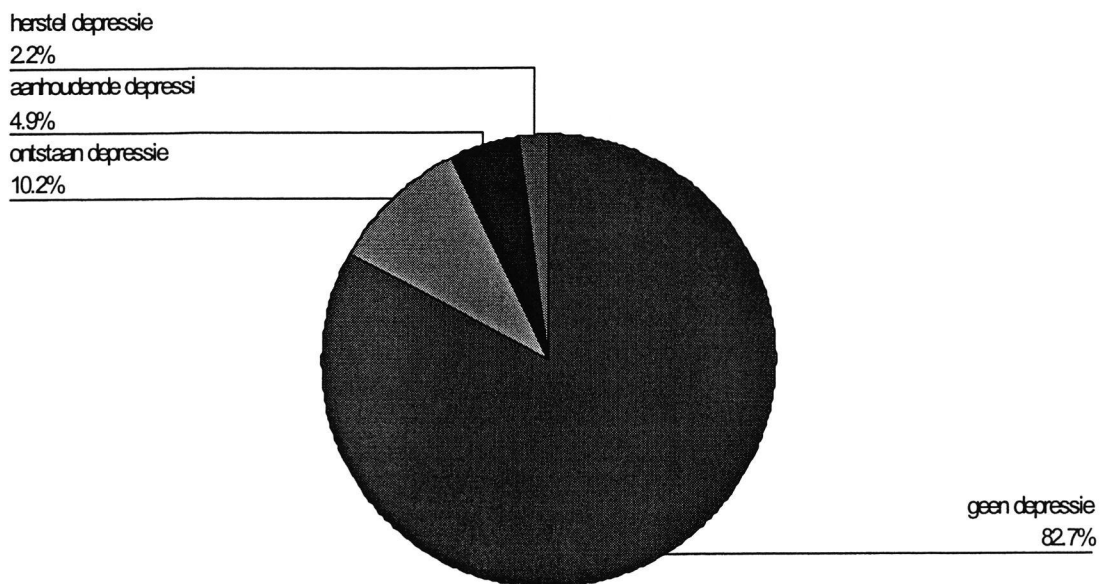
Figuur 2. ontwikkeling emotionele uitputting na drie jaar (n=1406)

ontwikkeling depressieve klachten (tweede vervolgmeting)



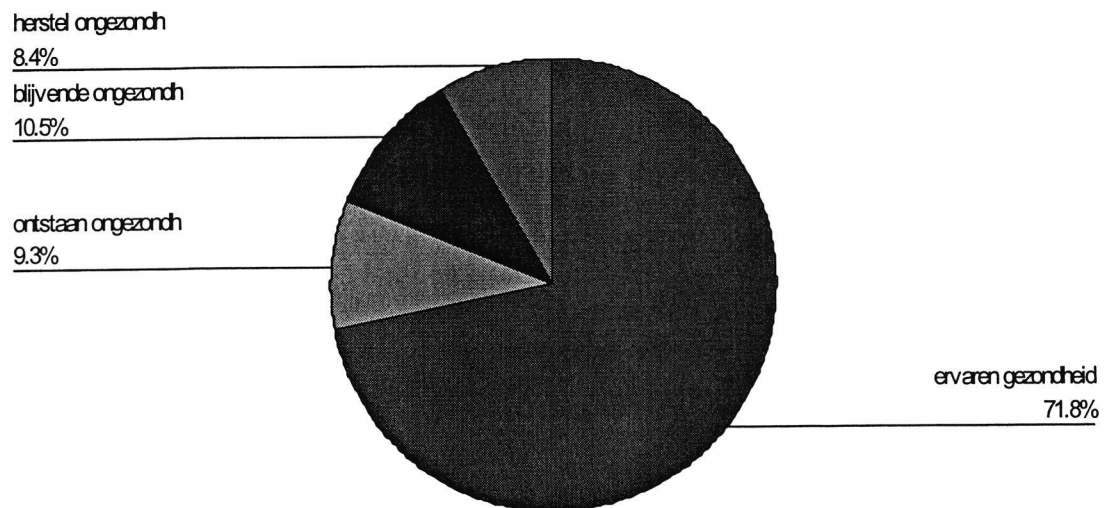
Figuur 3. ontwikkeling depressieve klachten na twee jaar (n=1425)

ontwikkeling depressieve klachten (derde vervolgmeting)



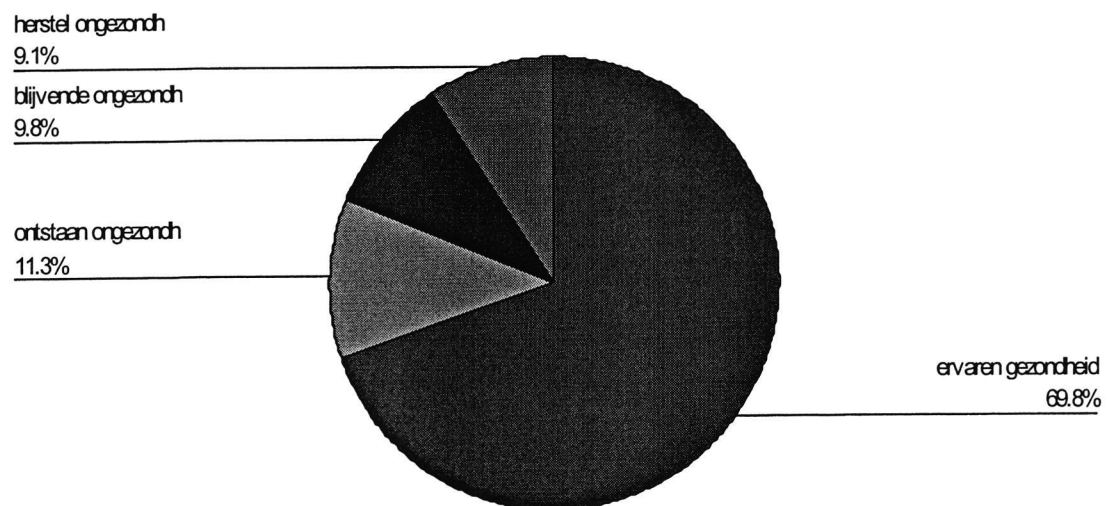
Figuur 4. ontwikkeling depressieve klachten na drie jaar (n=1393)

ontwikkeling ervaren gezondheid (tweede vervolgmeting)



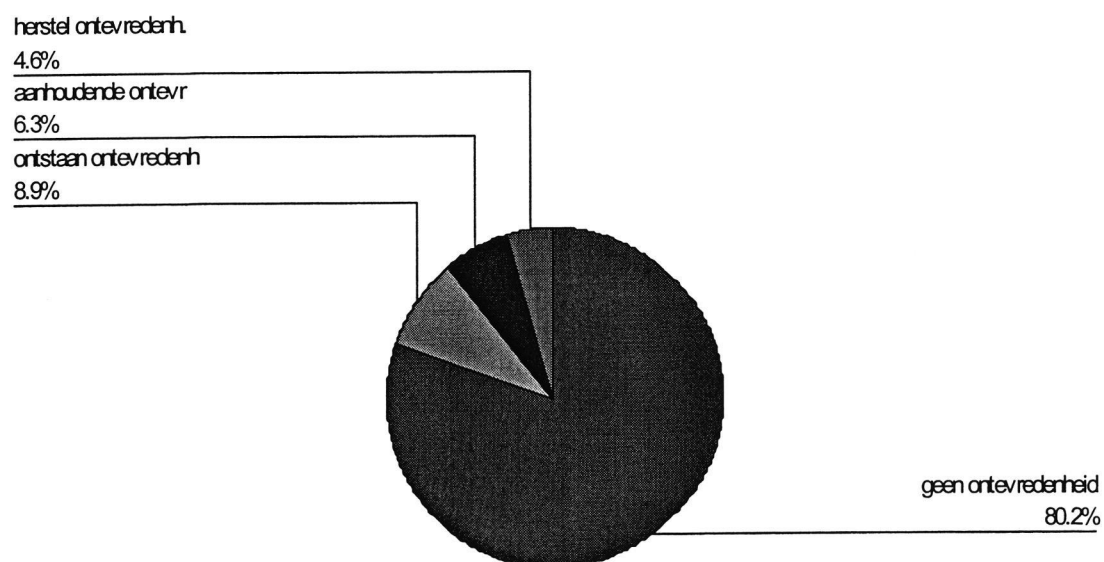
Figuur 5. ontwikkeling gezondheidstoestand na twee jaar. (n=1433)

ontwikkeling ervaren gezondheid (derde vervolgmeting)



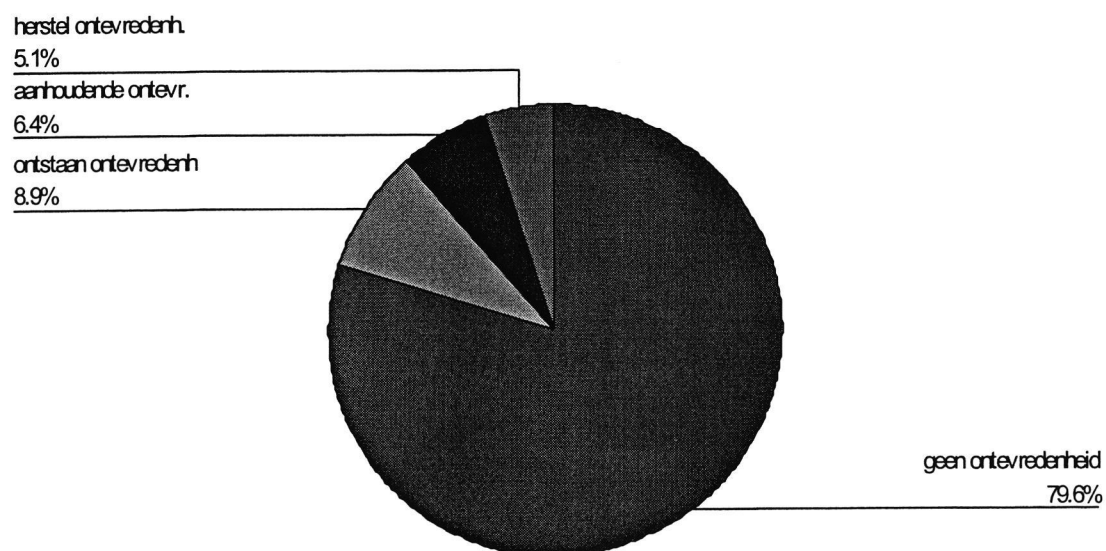
Figuur 6. ontwikkeling gezondheidstoestand na drie jaar. (n=1399)

ontwikkeling werktevredenheid (tweede vervolgmeting)



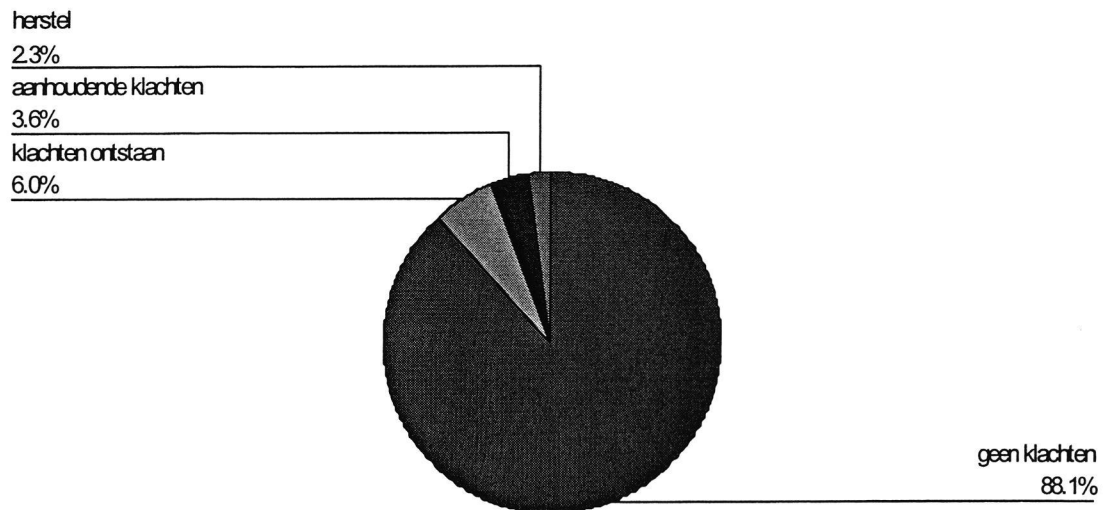
Figuur 7. ontwikkeling werktevredenheid na twee jaar. (n=1225)

ontwikkeling werktevredenheid (derde vervolgmeting)



Figuur 8. ontwikkeling werktevredenheid na drie jaar. (n=1406)

ontwikkeling psychosomatische klachten (derde vervolgmeting)



Figuur 9. ontwikkeling psychosomatische klachten na drie jaar. (n=1394)