

Stressmanagement:

een zoektocht naar bruggen tussen
wetenschap en praktijk

Eindrapport van het Project Stressmanagement

Opdrachtgever

Ministerie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid

dr. R.H. Bakker

dr. G.J. Dijkstra

Toegepast Gezondheids Onderzoek (TGO)

Universitair Medisch Centrum Groningen

prof dr. J.J.L. van der Klink

Disciplinegroep Gezondheidswetenschap

Afdeling Arbeid en Gezondheid

Universitair Medisch Centrum Groningen

Groningen, najaar 2010

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Inleiding en probleemstelling	5
1.2 Theoretisch kader	7
2. Onderzoeksmethode	13
3. Resultaten	16
3.1 Literatuurstudie	16
3.1.1 Effect van stressmanagement interventies	16
3.1.2 Stressmanagement interventies zinvol?	17
3.1.3 Stress vanuit de sociotechnische benadering	18
3.2 Onderzoek bedrijven	19
3.2.1 Respons	19
3.2.2 Soort interventies	20
3.2.3 Samenvatting onderzoek bedrijven	23
3.3 Onderzoek providers	24
3.3.1 Providers van deelnemende bedrijven	24
3.3.2 Voorbeeld van twee 'best practices'	30
3.3.3 Samenvatting best practices	37
3.4 Onderzoek bestand verzekeringsmaatschappij	38
4. Conclusies en discussie	42
Literatuur	47
Bijlage 1 Vragenlijst bedrijven	50
Bijlage 2 Interviewformat providers	54
Bijlage 3 Selectie bedrijven	55
Bijlage 4 Items vragenlijst verzekeringsmaatschappij	56
Bijlage 5 Leden van de begeleidingscommissie	57

Samenvatting

Van 1 maart 2009 tot 1 maart 2010 heeft de afdeling Toegepast Gezondheids Onderzoek (TGO) van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) in opdracht van het Ministerie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) een onderzoek uitgevoerd naar stressmanagement binnen bedrijven in Nederland. De centrale vraag van het onderzoek richtte zich op de mate waarin bedrijven bij hun aanbod van stressmanagement programma's aan hun medewerkers de afweging maken welk programma (of welke methode) effectief is voor welke situatie en op hun eventuele gebruik van theoretische modellen bij die afweging. Tevens werd een antwoord gezocht op de vraag welke interventie voor wie en in welke situatie effectief is. Daarbij richtte dit project zich met name op stressmanagementprogramma's die als primaire en secundaire preventie kunnen worden aangemerkt. Primair preventieve programma's proberen de stressbronnen in het werk aan te pakken en/of richten zich op mensen zonder stressklachten. Secundair preventieve programma's proberen stresssymptomen en klachten te verminderen, voordat deze schade kunnen aanrichten.

Gegevens voor het onderzoek zijn in april 2009 tot en met oktober 2009 verzameld, waarbij meerdere methoden van dataverzameling zijn gehanteerd. Er is een beknopte literatuurstudie verricht naar het effect van stressmanagementprogramma's in de internationale literatuur. Er zijn 24 bedrijven met een vragenlijst en telefonische interviews benaderd met de vraag wat voor soort stressmanagementprogramma's zij aan hun werknemers aanbieden en waarop zij hun keuze voor een programma baseren. Ook zijn 15 'providers' van stressmanagementprogramma's – bedrijven die stressmanagementprogramma's op de markt aanbieden – benaderd voor een uitgebreid vis-à-vis interview. Ten slotte zijn analyses verricht op een databestand van een verzekeringsmaatschappij om vast te stellen in hoeverre een aantal stressgerelateerde variabelen kan worden toegeschreven aan het functie- of afdelingsniveau, waarmee een indicatie kan worden gegeven voor niveaus van interventies.

Uit het literatuuronderzoek komt naar voren dat vooral kortdurende, op het individu gerichte programma's zijn onderzocht. Cognitief-gedragsmatige programma's blijken het meest effectief.

Uit de gegevens van het onderzoek onder bedrijven en providers komt het beeld naar voren dat de interventies die door bedrijven ter reductie van stress worden toegepast vooral op het individu aangrijpen en veel minder op factoren die met de organisatie verband houden, zoals de stijl van leidinggeven, de regelruimte en de ruimte voor ontplooiing. De literatuur bevestigt dit beeld. Ook blijkt dat de keuze van bedrijven voor een bepaald type interventie veelal niet is gebaseerd op een theoretisch model of wetenschappelijke effectstudies, en dat ingezette interventies in het algemeen alleen ten aanzien van de tevredenheid van cliënten worden geëvalueerd. Het beeld dat ontstaat is dan ook dat deze keuze vooral aanbodgericht is. Er zijn echter ook positieve uitzonderingen. Twee daarvan zijn als 'best practice'-beschrijvingen in dit rapport opgenomen.

De analyses op het bestand van de verzekeringsmaatschappij laten zien dat stressgerelateerde variabelen, zoals regelruimte, ervaren steun en werkdruk, waarvan in literatuur en praktijk naar voren komt dat ze een belangrijke rol spelen in het stressproces, sterk verband houden met enerzijds de functie die iemand heeft en anderzijds in welke afdeling / onder welke leidinggevende men ressorteert. De resultaten van dit deelonderzoek onderstrepen het belang om bij stressinterventies niet alleen op het

niveau van het individu aan te grijpen. De organisatie, en met name het functie- en afdelingsniveau, is een minstens zo belangrijk aangrijpingspunt voor interventies.

De belangrijkste conclusie van dit onderzoek is dat in de praktijk de keuze van stressmanagement interventies niet is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten of op een oriëntatie op best practices, noch op een vanuit een model of theoretisch kader uitgevoerde analyse van de situatie in een bedrijf. Dit betekent bijna per definitie dat men zich richt op het individu door wie de stress wordt ervaren. Interventies vinden dus doorgaans plaats op de gevolgen-kant en niet op de oorzaken. Hoewel deze praktijk dus niet is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten, kiest men daarmee wel voor interventies die een redelijke effectiviteit (kunnen) hebben.

Ook binnen het kader van op het individu gerichte programma's zou men uit kunnen gaan van wetenschappelijke inzichten of modellen. Ook hier komt uit de praktijkinventarisatie naar voren dat dit niet of nauwelijks gebeurt. Er ligt een accent op cognitief-gedragsmatige programma's, maar dit lijkt eerder samen te hangen met de aanbodzijde (het repertoire van de aanbieder) en het algehele gevoel dat cognitief-gedragsmatige interventies effectief zijn, dan met een analyse wat in deze specifieke situatie het meest effectief is. Het algemene gevoel is terecht wat betreft de reductie van klachten, maar het geldt niet voor alle gevallen en niet voor participatieuitkomsten.

Uit de inventarisatie blijkt tevens dat het effect van programma's niet wordt getoetst. Uit de literatuur van stressmodellen en uit aanvullend onderzoek blijkt het belang van een goede analyse en een repertoire dat ook interventies omvat die op de organisatie ingrijpen, ondanks de methodologische complexiteit van dergelijk onderzoek. Door eenzijdig de focus te richten op de individuele werknemer als de plek in de arbeidsketen waar de stress zich manifesteert, worden belangrijke potentiële mogelijkheden gemist om binnen bedrijven stress effectief te reduceren.

1. Inleiding en probleemstelling

In de laatste decennia hebben ingrijpende veranderingen plaatsgevonden in de economieën van de geïndustrialiseerde landen. Ten eerste is er een omslag zichtbaar van industriële economieën, gericht op de productie van goederen, naar diensteneconomieën, gericht op het leveren van diensten. Met de verandering van de aard van de economie is tevens de werkbelasting van karakter veranderd. Was eerst vooral sprake van fysieke belasting, met het toenemend beroep dat in het huidige tijdperk op psychische en emotionele inspanning wordt gedaan staat nu de psychomentele belasting meer op de voorgrond (van der Klink en Terluin, 2005). Stressfactoren die tegenwoordig een belangrijke rol spelen zijn bijvoorbeeld psychische werkdruk, contact met zieken of stervenden (gezondheidszorg), stress voorkomend uit de noodzaak om binnen het werk negatieve emoties te onderdrukken, organisatorische veranderingen, eentonig werk, het risico om juridisch te worden vervolgd, rolconflicten tussen professies en het blootstaan aan agressie (gezondheidszorg en psychische hulpverlening, maar ook middenstand) (Ruotsalainen et al. 2008). Ook de waardering van het werk is aan verandering onderhevig. In de op industrie gerichte economieën lag de nadruk op lichamelijk werk en werd werk vooral als een belasting en een gezondheidsrisico ervaren. In de huidige Westerse samenleving wordt werk eerder gezien als een mogelijkheid om jezelf te ontplooiën en verandert haar status geleidelijk van risicofactor naar beschermingsfactor voor gezondheid en welbevinden. De veranderende aard van het werk en de toegenomen nadruk op arbeidsparticipatie leiden ertoe dat aan mentale overbelasting gerelateerde klachten de laatste jaren een sterke stijging laten zien en tot de belangrijkste oorzaken voor ziekteverzuim worden gerekend (van der Klink en Terluin, 2005). Het American Institute voor Stress heeft berekend dat stress in de USA een doorslaggevende rol speelt in 80% van de werkgerelateerde klachten en in 40% van het arbeidsverzuim (www.stress.org). Volgens een in 2005 gepubliceerd rapport van TNO melden in Nederland zich jaarlijks 150.000 tot 300.000 werknemers ziek wegens stress. Dit betreft volgens Blatter 2 tot 4% van de werkende bevolking (Blatter et al., 2005). De onderzoekers van TNO schatten dat één op de zeven WAO'ers door stress op het werk arbeidsongeschikt is geworden. Dat kost jaarlijks 1,7 miljard aan uitkeringen. Daarbij moet in oorzakelijk verband niet alleen gedacht worden aan de stressklachten zelf, maar ook aan klachten en ziekten die door stress kunnen ontstaan, zoals hart- en vaatklachten en ongelukken wegens een verminderde concentratie. De totale kosten van stress, voor ondernemers en overheid, worden op vier miljard euro per jaar geschat.

De Arbowet definieert stress als een toestand die als negatief wordt ervaren en lichamelijke, psychische of sociale gevolgen heeft (SZW, 2008), een definitie die in dit rapport wordt gevolgd. Nu is stress niet per definitie ziekmakend. De fysiologische reacties die bij spanning optreden maken het in eerste instantie juist vaak mogelijk om goede prestaties te leveren. Als deze spanning echter niet wordt gecompenseerd door voldoende rust en ontspanning, dan kan dit op termijn ongunstige gevolgen hebben voor de gezondheid. Stress heeft invloed op het lichaam (o.a. verhoogde hartslag en bloeddruk), op gedrag (o.a. irritaties en gehaastheid) en op emoties (o.a. angst en spanning). Met de stijging van het aantal stressklachten en de toegenomen aandacht voor arbeidsparticipatie als maatschappelijk doel is er tevens sprake van een steeds groter wordende vraag om met de belasting van het werk om te kunnen gaan, zowel vanuit werknemers zelf, als vanuit leidinggevenden ten behoeve van hun werknemers en vanuit de overheid. Een groot aantal bedrijven in Nederland, variërend van opleidingsinstituten en in- en externe

arbodiensten, bedrijven die zich richten op één bepaalde vorm van stressreductie, zoals trainingen om met agressie om te gaan, tot psychologen en counselors, biedt in dat kader stressmanagement interventies aan. De vraag om het werk minder stressbelastend te maken wordt minder vaak gehoord. Kennelijk wordt impliciet verondersteld dat in tijden van globalisering, toegenomen concurrentie en crisis, aanpassing van het werk geen optie is. Daaronder ligt de, eveneens impliciete veronderstelling dat werkaanpassingen om het werk minder stressbelastend te maken, per definitie ten koste van de productiviteit gaan. Soms echter kan stress bij een groot aantal medewerkers er voor bedrijven aanleiding toe zijn om een afdeling te reorganiseren opdat een verdere toename van stress voorkomen wordt. Een (beperkt) aantal organisatieadviesbureaus dat zich hierop toelegt kan dan ook als stressmanagement providers worden aangemerkt.

Interventies ter reductie van stress bij werknemers kunnen globaal het karakter hebben van primaire, secundaire of tertiaire preventie. Primair preventieve programma's proberen de stressbronnen in het werk aan te pakken en/of richten zich op mensen zonder stressklachten. Secundair preventieve programma's proberen stresssymptomen en klachten te verminderen, voordat deze schade kunnen aanrichten, terwijl tertiair preventieve programma's zich richten op mensen die al ziek zijn geworden - meestal in de zin van een overspanning of burnout – en meer een behandelingskarakter hebben.

Uit de literatuur blijkt dat primair en secundair preventieve stressmanagement programma's effectief (kunnen) zijn in het verminderen van klachten, het versterken van coping (het omgaan met klachten of beperkingen) en cognities en het verbeteren van fysiologische, aan stress gerelateerde uitkomstmaten, zoals bloeddruk. Uit de literatuur komt eveneens naar voren dat sommige soorten van stressmanagementprogramma's effectiever zijn dan anderen en dat programma's kunnen verschillen in effectiviteit afhankelijk van de doelgroep. Zo blijkt uit een meta-analyse van Van der Klink et al (2001) dat de cognitief-gedragsmatige interventies in hun algemeenheid het meest effectief zijn, maar dat zij vooral effectief zijn voor werknemers die een functie hebben met een hoge 'job-control' (het gevoel regelmogelijkheden te hebben binnen het werk). Voor de werknemers met lage 'job-control'-functies blijkt het overall effect lager, en zijn bovendien de effecten van cognitief-gedragsmatige interventies en relaxatie interventies even groot (van der Klink, 2001). Een andere bevinding uit de literatuur is dat hoe gericht een interventie is, des te effectiever hij is (Richardson, 2008).

Terwijl uit de literatuur dus – zij het vooralsnog spaarzaam – aanwijzingen naar voren komen, die het maken van een enigszins onderbouwde keuze bij het aanwenden van programma's c.q. interventies ter reductie van stress dichterbij brengen, lijkt uit de praktijk het beeld naar voren te komen dat bij het uitvoeren van interventies in dit opzicht nauwelijks onderbouwd maatwerk wordt geleverd en dat deze uitvoering doorgaans zeer aanbodgericht is. Dit beeld komt overeen met bevindingen in de reïntegratiebranche (Groothoff et al. 2007).

Het is daarom van belang om een helderder beeld te krijgen van waarop bedrijven hun keuze baseren indien zij een stressreducerend programma aan hun werknemers aanbieden. Immers, inzicht in de factoren die de keuze van bedrijven voor een stressmanagement programma bepalen kan een eerste stap zijn op weg naar het academiseren en professionaliseren van het werkveld waar het het toepassen van stressmanagement interventies betreft. Daarnaast hebben werkenden, die een stress

managementprogramma krijgen aangeboden, er belang bij dat dit programma goed op de arbeidssituatie en op hun persoon is toegesneden.

Tegen bovenstaande achtergrond heeft het Ministerie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid de afdeling Arbeid en Gezondheid van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) benaderd met de vraag om oriënterend onderzoek te verrichten naar de effectiviteit van stress management interventies en de vraag wat effectief is voor wie, met name bij op het individu gerichte programma's. In de loop van het onderzoek is de oorspronkelijk geformuleerde vraagstelling vanuit de begeleidingscommissie verbreed naar werkgerichte interventies en daarmee iets aangepast.

In dit onderzoek staan derhalve de volgende drie vragen centraal:

- 1 Maken bedrijven bij hun stressmanagementbeleid gebruik van theoretische modellen of kaders?
- 2 In welke mate betrekken bedrijven bij hun aanbod van stressmanagement programma's de afweging welk programma (of welke methode) effectief is voor welke situatie?
- 3 Hebben bedrijven een beeld van welke interventie in welk soort situatie het beste werkt?

Daarbij richt het onderzoek zich vooral op primair en secundair preventieve programma's. Tertiaire preventie, zoals begeleiding door bedrijfsartsen van psychische klachten volgens de richtlijnen of individuele verwijzingen naar externe providers van werknemers met overspanningsklachten of burnout, valt buiten het bestek van dit onderzoek. Binnen de kaders van dit onderzoek kan geen uitputtende inventarisatie worden verricht naar stressmanagementprogramma's, die worden toegepast binnen bedrijven. Dit onderzoek zal derhalve beperkt blijven tot een steekproef.

1.2 Theoretisch kader

Voor een goed verloop van het onderzoek was het van belang een theoretisch kader te hanteren. Immers, zonder theoretisch kader kan niet goed worden vastgesteld wat onder stress en stressmanagement wordt verstaan en welke stressmanagementinterventies onderwerp van studie zullen zijn.

Zoals hierboven aangegeven wordt in dit rapport onder stress een toestand verstaan die als negatief ervaren wordt en lichamelijke, psychische of sociale gevolgen heeft (Ministerie SZW 2008). Bij de analyse van oorzaken van stress en de aangrijpingspunten voor interventies kunnen verschillende modellen behulpzaam zijn. Eenvoudige modellen, die bijna rechtstreeks van de definitie kunnen worden afgeleid, zijn het weegschaalmodel, het model belasting – belastbaarheid, en het vitaminemodel. In het weegschaalmodel worden twee schalen met te wegen factoren onderscheiden, namelijk een schaal met factoren die de draagkracht bepalen en een schaal met factoren die van invloed zijn op de draaglast. Indien deze schalen in evenwicht zijn is de kans op stress het geringst. Indien echter de factoren die de draaglast bepalen zoals eisen (werkdruk, tekortschietend contact met leidinggevende, kwaliteitseisen aan het werk etc.), levensgebeurtenissen en problemen, zwaarder wegen dan de factoren die de draagkracht bepalen (zoals persoonlijkheidskenmerken, gezondheid, coping, regelruimte c.q. job control, sociale steun etc.) kan stress ontstaan.

Bij het model belasting – belastbaarheid (van Dijk et al. 1990), dat veel door arbodiensten wordt gehanteerd, is de belasting van een persoon afhankelijk van belastende factoren en regelmogelijkheden (of regelruimte), evenals van het verwerkingsvermogen van een persoon. Onder het

verwerkingsvermogen wordt het geheel van lichamelijke en geestelijke kwalificaties van de taakuitvoerder verstaan. Het omvat naast de lichamelijke belastbaarheid ook kennis, vaardigheden, motivatie en attitudes. De gevolgen van belasting (bijvoorbeeld in de vorm van stress) kunnen op dit verwerkingsvermogen van invloed zijn. Het verwerkingsvermogen zelf bepaalt de mate waarin van regelmogelijkheden gebruik wordt gemaakt en de mate waarin factoren als belastend worden ervaren.

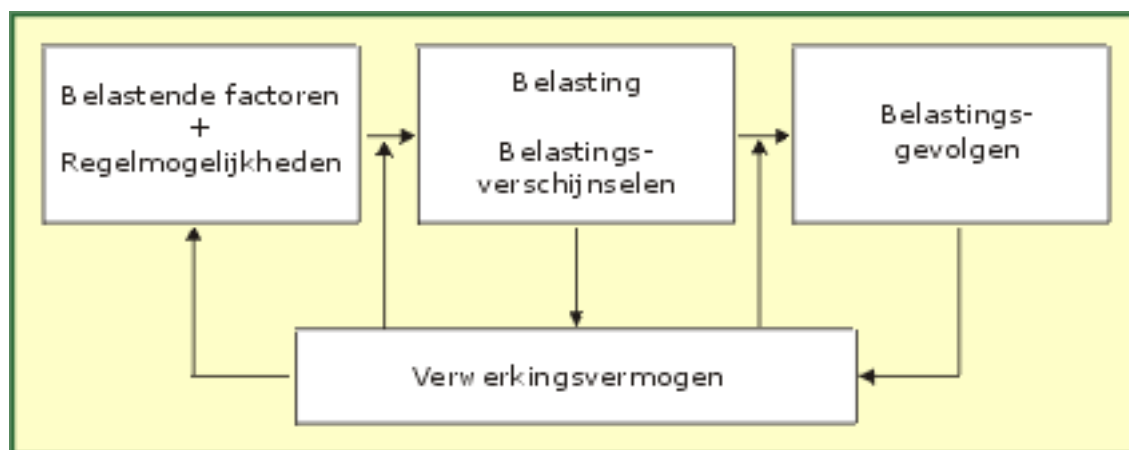


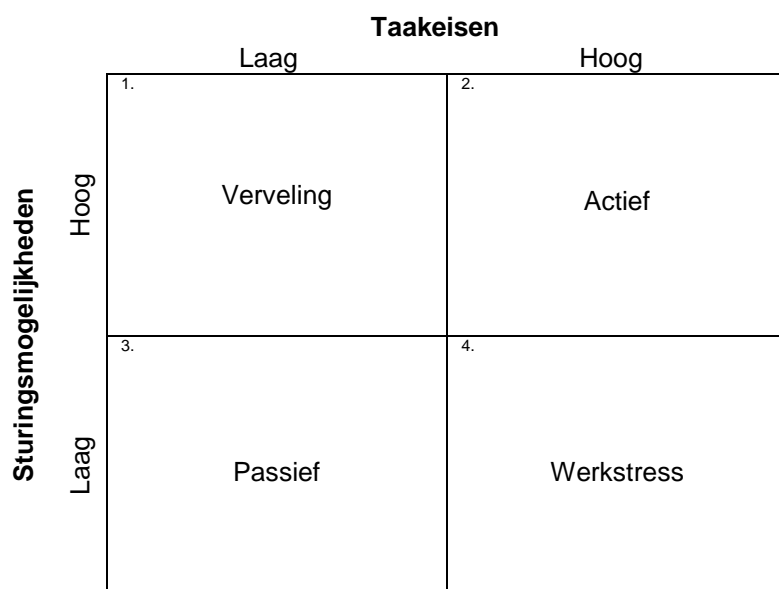
FIG. 2 MODEL BELASTING - BELASTBAARHEID

Het Vitaminemodel (Warr 1987) vergelijkt de invloed van aspecten van het werk met de werking van vitamines. Net als bij vitamines, zijn allerlei werkaspecten in eerste instantie gezond. Bij een overdosis kunnen echter ongunstige gevolgen optreden. In het vitaminemodel wordt gesteld dat werkdruk in eerste instantie een positieve invloed heeft op iemands gezondheid. Een beetje werkdruk zorgt voor een 'gezonde spanning'. Deze invloed neemt echter af naarmate de werkdruk blijft stijgen. Op een gegeven moment is de werkdruk zo hoog dat het zijn tol gaat eisen.

Zowel in het weegschaalmodel als in het model belasting – belastbaarheid wordt een aantal potentieel belastende factoren en iemands 'hulpbronnen' tegen elkaar afgewogen om aldus te bepalen of van stress sprake is en, indien daar al blijk van is gegeven, welke factoren daarvoor verantwoordelijk zijn. Het vitaminemodel gaat niet concreet in op stressmakende factoren, maar geeft alleen aan dat er een omslagpunt bestaat bij het toenemen van stress waarop stress overgaat van functioneel naar disfunctioneel voor de uit te voeren taken.

Een complexer model betreft het Job demand-control model van Karasek (Karasek 1990). Dit model vormt het uitgangspunt voor weer andere modellen, zoals het Effort-reward model van Siegrist (Siegrist 1996) en het Job demand-resources (JD-R) en WEB model van Schaufeli en Bakker (Bakker et al. 2003). Het 'Job demand-control-model' is genoemd naar de grondlegger ervan, de Amerikaan Robert Karasek, en betreft één van de meest geciteerde modellen met betrekking tot werkstress. Karasek heeft een model ontwikkeld dat de nadruk legt op de stressoren die zijn gelieerd aan de arbeidsorganisatie, en veel minder op de individuele eigenschappen van de werknemers. Dit model benadrukt twee aspecten van het werk, namelijk de hoogte van de taakeisen en de eigen ruimte voor sturingsmogelijkheden ofwel de controle over het werk (bron: www.arboportaal.nl, website ministerie SZW). De taakeisen omvatten de eisen die worden gesteld aan het werk, zoals het werktempo, kwaliteitseisen, enzovoorts. De sturingsmogelijkheden hebben betrekking op de vrijheid die iemand heeft om het eigen werk te sturen en te organiseren,

bijvoorbeeld door een pauze te nemen, door zelf te plannen of door inspraak te krijgen op besluiten die invloed hebben op het werk. Taakeisen en sturingsmogelijkheden kunnen laag of hoog zijn en Karasek verwacht dat werkstress alleen ontstaat bij bepaalde combinaties van taakeisen en sturingsmogelijkheden. Werkstress ontstaat volgens dit model vooral wanneer je hoge taakeisen ervaart en weinig ruimte hebt om je eigen werk te sturen (box 4). Andere uitkomsten zijn ook mogelijk. Wanneer je veel vrijheid hebt (hoge sturingsmogelijkheden) en daarnaast eenvoudig werk doet (lage taakeisen), dan ervaar je weliswaar weinig stress, maar raak je ook eerder verveeld (box 1). Doe je simpel werk en heb je weinig mogelijkheden tot sturing, dan wordt je meer afwachtend en passief (box 3). De laatste mogelijkheid (box 2) is het meest opvallend. Karasek benadrukt dat hoge taakeisen niet noodzakelijk slecht zijn, zoals vaak wordt aangenomen. Wanneer deze namelijk worden gecombineerd met veel sturingsmogelijkheden, dan leidt dit tot een situatie waarin je een uitdaging in je werk ervaart. Dit schept ruimte voor ontwikkeling, groei en uitdaging.



FIGUUR 3 MODEL 1 KARASEK

Het Effort-reward model benadrukt het belang van een evenwicht tussen de eisen van het werk zelf (extrinsieke effort) en beloning in de werksituatie. Dit evenwicht gaat verloren ('imbalance') als men de inspanning die moet worden geleverd als onevenredig veel groter ervaart dan de beloning (geld, waardering, carrière perspectief) die er tegenover staat. Er ontstaat dan een emotionele toestand die leidt tot een voortdurende activering van het autonome zenuwstelsel en reactiviteit van de door dat zenuwstelsel aangestuurde organen zoals het hart en de bloedvaten. Naast de 'imbalance' score als maat voor zelf-ervaren werkstress, onderscheidt het model ook een maat die meer gericht is op de persoonlijkheid. Deze maat wordt ook wel 'overcommitment' (te grote betrokkenheid) genoemd (bron: www.burnin.nl).

Het JD-R basismodel van Schaufeli en Bakker heeft vijf uitgangspunten, die allen wetenschappelijk zijn onderbouwd (bron: www.c4ob.nl).

1. In elke organisatie zijn potentiële stressoren en energiebronnen aanwezig.

2. Er zijn twee processen werkzaam:

- een **erosieproces (rood)**, dat welzijn en gezondheid ondermijnt en
- een **motivatieproces (groen)**, dat bevoegenheid bevordert.

Persoonlijke hulpbronnen spelen een rol bij beide processen. Zowel het erosie- als het motivatieproces zijn gerelateerd aan organisatiegedrag en bedrijfsresultaat.

3. Energiebronnen en persoonlijke hulpbronnen verminderen de negatieve effecten van werkstressoren. Zij beschermen medewerkers als het ware tegen stress.
4. Het motivatieproces werkt als een opwaartse spiraal. Hoe meer bevoegen de persoon, hoe meer steun en positieve feedback. Hierdoor wordt de bevoegenheid in stand gehouden.
5. Bevoegenheid en burnout zijn "besmettelijk". Het kan dus overgaan van collega op collega.

Het JD-R model is verwerkt in een op internet gebaseerd systeem, de WeB (WerkBeleving) monitor.

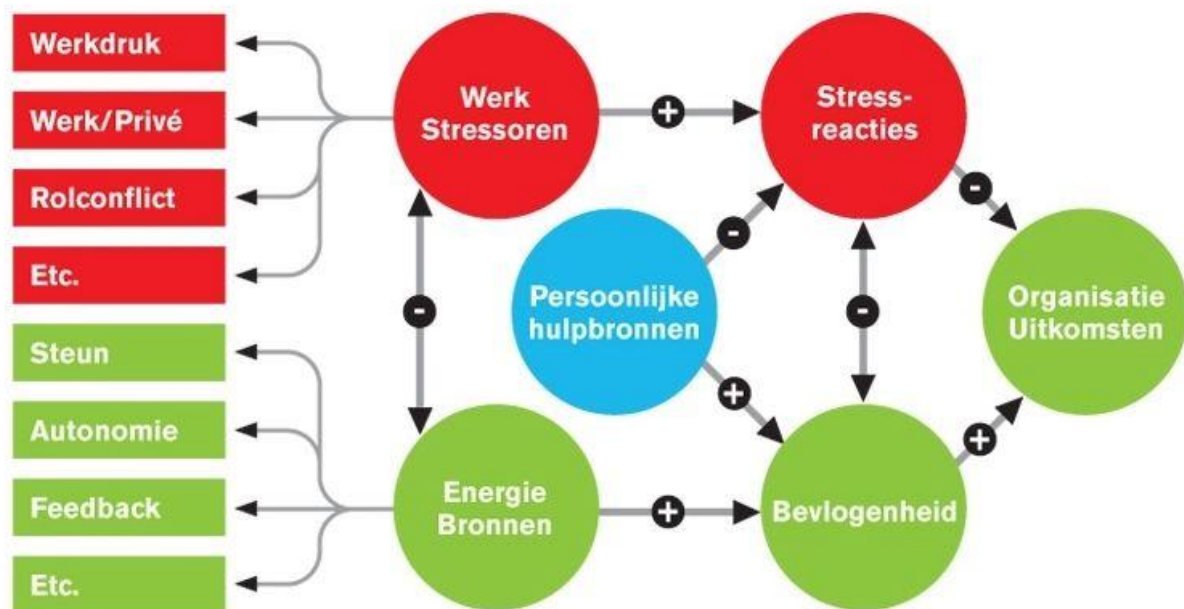


FIG. 4 HET JOB DEMAND-RESOURCES MODEL

De besproken modellen hebben allen een element van een stresserende situatie en van hulpbronnen. Job control (regelruimte) wordt in vrijwel alle modellen en het meest expliciet in het model van Karasek, beschouwd als een belangrijke hulpbron in de organisatie die werknemers in staat stelt een hoge werkdruk aan te kunnen. Gezonde Nederlandse werknemers met hoge niveaus van job control in combinatie met sociale steun van de leidinggevende en collega's, hebben lage verzuimcijfers, ongeacht hun werkdruk (Mol & de Vries, 2009).

Oudere werknemers en werknemers met een chronische ziekte geven aan behoefte te hebben aan veel regelruimte / job control (Koolhaas et al. submitted; Johnson & Hall, 1988) en steun (Geuskens et al., 2008) om duurzaam te blijven participeren. Hoewel job control c.q. regelruimte dus een belangrijke factor blijkt te zijn voor gezondheid en productiviteit, is weinig bekend over niveaus in de organisatie waar de hoeveelheid regelruimte wordt bepaald. Toch lijkt het evident dat het soort werk en de functie waarin men werkt een belangrijk niveau is: een werknemer die aan de lopende band staat heeft bijvoorbeeld vanuit

zijn taakstructuur slechts weinig regelruimte. Een ander belangrijk en herkenbaar niveau in verband met stress en hulpbronnen is de leidinggevende. Zo zijn er leidinggevendenden die wel werkdruk, maar geen beslissingsbevoegdheid kunnen delegeren. En er zijn leidinggevendenden die pro-actief hulpbronnen voor hun werknemers organiseren. Ondanks de ‘face validity’ van deze niveau’s en hun invloed op de mate van controle die iemand heeft, zijn stressmanagement interventies vrijwel altijd gericht op de individuele medewerker. En hoewel het natuurlijk van belang is dat men regelruimte ook percipieert en benut, is het evident dat die er wel moet zijn om gepercipieerd en benut te kunnen worden. Met het eenzijdige focus van programma’s op het individu kunnen aangrijpingspunten om een belangrijke hulpbron van stress als job control te beïnvloeden niet worden benut. Wat voor job control geldt, geldt overigens ook voor andere factoren die een rol spelen in het stressproces.

Karasek heeft een (ander dan het hierboven besproken) model ontwikkeld dat tegemoet komt aan deze gesignaleerde problematiek en zich goed leent om alle niveaus van preventie van stress en psychische problematiek binnen de organisatiecontext te beschrijven (bron: van der Klink & Terluin, 2005).

Interventies ter preventie van stress kunnen hierin goed worden ondergebracht.

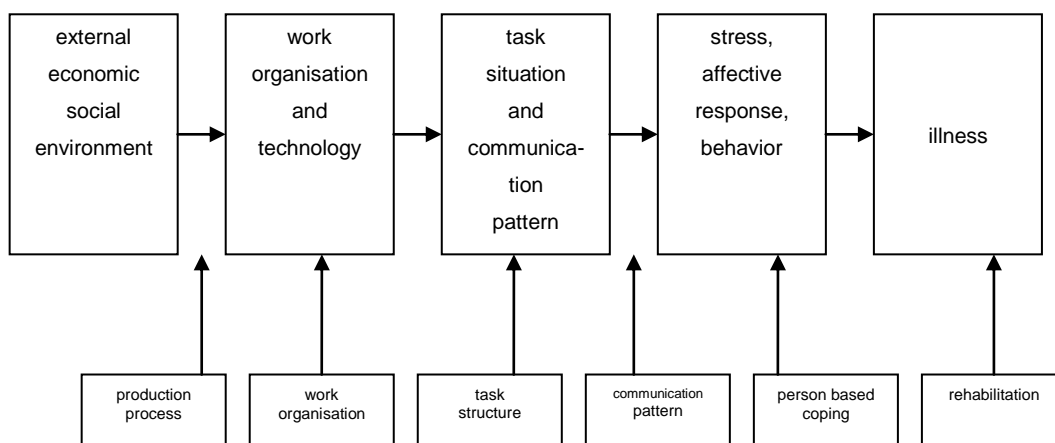


FIG. 5 EEN MODEL VOOR HET WERKSTRESSONTWIKKELINGSPROCES (KARASEK, 1992)

De drie linker blokken in bovenstaande figuur geven de niveaus in organisaties weer waar stressoren, maar ook hulpbronnen, kunnen worden gegenereerd, de twee rechter blokken zijn stressreacties en -gevolgen. De kleine blokken onderin geven interventies weer die kunnen zijn gericht op:

1. het productieproces;
2. de werkorganisatie;
3. de taakstructuur;
4. de communicatiepatronen;
5. het persoonlijk omgaan met stress;
6. re-integratie.

De eerste vier van deze interventies kunnen als primaire preventie worden aangemerkt, de vijfde als secundaire preventie, terwijl de zesde een vorm van tertiaire preventie (curatie) betreft. Vanuit dit werkstressontwikkelingsproces model van Karasek wordt ook duidelijk dat er meerdere soorten van

primair en secundair preventieve interventies tot de categorie stressmanagement kunnen worden gerekend. Dat kunnen interventies zijn die gericht zijn op de organisatie van het werk (2), op het aanpassen van de taakeisen (3), op het anders organiseren van primaire werkprocessen (1) en op het vergroten van de sturingsmogelijkheden c.q de regelruimte. Het kunnen interventies zijn die gericht zijn op leren omgaan met het feit dat het werk niet anders georganiseerd kan worden en dat meer regelruimte niet mogelijk is, die dus hun aangrijpingspunt hebben op het copinggedrag van de werknemer (voorbeeld: relaxatietherapie, timemanagement: zie 5). Maar het kunnen ook interventies zijn die gericht zijn op het percipiëren van de beschikbare regelruimte en eventueel het vergroten van de regelruimte (voorbeelden: training persoonlijke effectiviteit en assertiviteitstraining, eveneens 5). Binnen dit rapport zal dit model van Karasek worden gebruikt om stressmanagementinterventies in te delen. Zoals eerder aangegeven vallen stressmanagementinterventies die als tertiaire preventie kunnen worden aangemerkt buiten de scope van dit onderzoek.

Opbouw rapport

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt de methode van onderzoek besproken, die uit vier onderdelen bestaat; een literatuuronderzoek, een vragenlijstonderzoek, interviews en analyses op een bestand van een vragenlijstonderzoek bij een verzekeringsmaatschappij. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van deze onderdelen van het onderzoek besproken en wordt aangegeven wat deze vier onderdelen bijdragen aan het beantwoorden van de centrale vraagstelling van het onderzoek. In hoofdstuk 4 ten slotte, volgen de belangrijkste conclusies van het onderzoek en worden deze conclusies in perspectief geplaatst door de methode van onderzoek en de geldigheid van de resultaten tegen het licht te houden. Het hoofdstuk besluit met enkele aanbevelingen voor zowel vervolgonderzoek als voor de praktijk. Achter in het rapport zijn vier bijlagen opgenomen, te weten de vragenlijst die is gebruikt bij het deelonderzoek onder bedrijven (bijlage 1), het interviewformat voor de interviews die met stressmanagement-providers zijn gehouden (bijlage 2), de selectie van bedrijven (bijlage 3) en de items van de vragenlijst die is gebruikt bij het deelonderzoek bij een verzekeringsmaatschappij (bijlage 4, zie ook methode).

2. Onderzoeksmethode

Om de centrale vraagstellingen van het onderzoek zo goed mogelijk te kunnen beantwoorden is binnen het onderzoek gekozen voor vier bronnen van dataverzameling:

1. Een literatuuronderzoek naar relevante literatuur op het gebied van stressmanagement. Hierbij is niet alleen in een aantal digitale zoekmachines gezocht, maar zijn tevens enkele literatuuradviezen meegenomen die voortkwamen uit een in september georganiseerde bijeenkomst van de begeleidingscommissie van het project. De literatuurstudie was voornamelijk gericht op gepubliceerde (onderzoeks)resultaten van het effect van verschillende soorten stressmanagement interventies, die zowel op het individu als op de organisatie zijn gericht.
2. Benadering van 65 Nederlandse bedrijven in diverse sectoren (zie selectie 1) met het verzoek een vragenlijst over stressmanagement in te vullen. Hierbij wilde de onderzoekers uitkomen op een respons van minimaal 25 bedrijven (38.5%). Het vragenlijstonderzoek onder bedrijven richtte zich vooral op het soort interventies dat werd aangeboden, op de manier waarop tot deze interventies was besloten en op de vraag wie de interventies heeft uitgevoerd (interne dienst van het bedrijf of externe provider). De vragenlijst is als bijlage (bijlage 1) aan dit rapport toegevoegd. Wegens de beperkte respons op het vragenlijstonderzoek zijn twee aanvullende selecties van bedrijven gedaan, welke voor een telefonisch interview zijn benaderd (zie selecties 2 en 3 onder *Ad. 2. Benaderen bedrijven*).
3. Benadering van 15 providers van stressmanagement programma's voor een vis-à-vis interview. Onder providers worden bedrijven verstaan die interventies op het terrein van stressmanagement op de markt aanbieden, welke door bedrijven (kunnen) worden ingekocht. Er is uitgegaan van minimaal 15 deelnemende bedrijven. Het onderzoek onder providers richtte zich met name op de vragen welke interventies zij op het terrein van stressmanagement aanboden, hoe de keuze van een bedrijf voor één of meer interventies van dat aanbod werd bepaald en waarop providers zich baseren bij hun keuze voor (onderdelen van) een interventie. Ook werd getracht inzicht te krijgen op de vraag welke interventie bij welk soort problematiek en in welk soort arbeidssituatie het meest geëigend is. Het interviewformat is als bijlage aan dit rapport toegevoegd (bijlage 2).
4. Analyses op een bestand van een landelijke bank/verzekeraar. De analyses richtten zich erop om vast te stellen in welke mate de variantie van een aantal stressgerelateerde variabelen kan worden toegeschreven aan het functie- op afdelingsniveau en of dit gegeven aanknopingspunten biedt om op verschillende niveaus te interveniëren. De hypothese daarbij is dat een deel van de variantie op stressrelevante variabelen verklaard wordt door organisatie gebonden factoren, met name het functieniveau en het niveau van de leidinggevende, en dat daar dus ook aangrijpingspunten liggen voor interventies (zie ook bijlage 4).

Het project is begeleid door een begeleidingscommissie die drie keer bij elkaar is geweest om de tussentijdse resultaten van het project te bespreken en aandachtspunten te formuleren voor het vervolg en de afronding van het onderzoek. De begeleidingscommissie bestond uit vertegenwoordigers van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ZonMw (programma Participatie en Gezondheid) en het Ministerie voor Buitenlandse Zaken (zie bijlage 5).

Ad. 1 Literatuurstudie

De literatuurstudie startte met de bestudering van twee recente en vaak geciteerde meta-analyses, namelijk die van Van der Klink et al. (2001) en Richardson et al. (2008). De laatste meta-analyse heeft de meta-analyse van Van der Klink et al. als uitgangspunt genomen. De aanvullende literatuursearch was erop gericht vooral die literatuur in het onderzoek te betrekken die als aanvulling kan worden beschouwd op de primaire studies die zijn geïnccludeerd in de meta-analyses van Van der Klink en Richardson. De literatuurstudie kende daarnaast nog een bescheiden uitbreiding. Op aangeven van de begeleidingscommissie (bijeenkomst 11 september 2009) is namelijk contact gelegd met een vertegenwoordiger van de Arbeidsinspectie en deskundige op het terrein van stressmanagement-onderzoek. Tijdens het interview met deze persoon werd onderstreept dat het in het kader van de onderzoeksfocus op primaire interventies ook van belang zou zijn om met organisatieadviesbureaus in contact te treden. De organisatie van het werk en het primaire proces kunnen namelijk zo vormgegeven worden dat het risico op een te hoge werkdruk en stress in positieve zin wordt beïnvloed. Ook hierbij staat het door Karasek geïntroduceerde begrip regelruimte c.q. job control centraal. Aan de te bestuderen literatuur is daarom een publicatie toegevoegd over sociotechniek, een techniek die zich in bovengenoemde zin op (re)organisatie van het werk richt (Amelsvoort 1999). Een tweede gevolg van het contact met de Arbeidsinspectie is geweest dat het belang werd onderstreept om werkgerichte interventies uitdrukkelijk in het project te betrekken, naast de focus op individuele interventies, ondanks het feit dat de spaarzame literatuur over het inzetten van werkgerichte interventies aangeeft dat deze minder effect sorteren. Deze verbreding/aanpassing van de vraagstelling is door de begeleidingscommissie overgenomen.

Bij het literatuuronderzoek zijn de volgende zoektermen gebruikt:

- stress;
- burnout;
- prevention;
- stress management;
- stress intervention,
- allen in combinatie met de termen 'work' en 'workplace'.

Met behulp van de zoektermen zijn door twee onderzoekers onafhankelijk alle artikelen gescreend, en is tot consensus gekomen over de in de studie op te nemen literatuur. Redenen om artikelen uit te sluiten waren dat deze:

- wel over stress gaan maar niet over methoden c.q. interventies om stress te reduceren;
- wel over stress gaan, maar een te kleine steekproef hebben of methodologisch zo zwak zijn dat generalistische uitspraken niet mogelijk zijn.

Ad. 2 Benaderen bedrijven

Bij de benadering van bedrijven zijn uiteindelijk drie selecties gemaakt. In de eerste selectie zijn 31 grote bedrijven in acht verschillende sectoren telefonisch benaderd, waarna een vragenlijst is toegestuurd. De sectoren waar deze bedrijven onder vielen zijn samengevat in bijlage 3.

Wegens een beperkte respons zijn hier nog twee selecties aan toegevoegd. In de tweede selectie zijn 25 bedrijven, die volgens onderzoek van VKbanen en onderzoeksbureau Effectory tot de 'top 25 beste werkgevers 2009' behoren (publicatie Volkskrant 27 juni 2009), voor een telefonisch interview benaderd. Voor deze onderzoeksmethode is gekozen omdat de verwachting bestond dat bij telefonische interview meer invloed uit te oefenen was op de hoogte van de respons. De sectoren van bedrijven uit de tweede selectie staan eveneens in bijlage 3.

De derde selectie bestond uit de bovenste 11 bedrijven van door Intermediair geselecteerde 'top 25 beste werkgevers van 2008'. Ook deze zijn gevraagd voor een telefonisch interview (zie bijlage 3).

Ad. 3 Benaderen providers

Bij de keuze van providers was een belangrijke voorwaarde dat deze meerdere soorten van stressmanagement interventies in hun aanbod moesten hebben en niet specifiek op één doelgroep gericht moesten zijn. Er bestaat in Nederland namelijk een groot aantal providers dat zich specialiseert in het aanbieden van één enkele of een klein aantal stressmanagement interventies, zoals relaxatietherapie of symptoomherkenning bij stress. Ook zijn er providers die zich richten op één specifieke doelgroep, zoals hoogopgeleiden. Voor de centrale vraagstelling van dit onderzoek is het echter van belang om providers in het onderzoek te betrekken, die overzicht hebben over meerdere interventies en goed zicht hebben op het keuzeprocess dat daaraan ten grondslag ligt.

Ad. 4 Analyses bestand verzekeringsmaatschappij

In Nederland zijn organisaties verplicht iedere vier jaar een Periodiek Medisch Onderzoek (PMO) uit te voeren. In 2006 werd een PMO uitgevoerd binnen een verzekeringsmaatschappij. Het onderzoek bestond uit een vragenlijst en een preventie-gesprek met de bedrijfsarts en werd aangeboden aan 1160 werknemers werkzaam in 14 afdelingen. De PMO vragenlijst bevatte onder andere onderdelen over (psychische) gezondheid, werkkenmerken, herstelbehoefte en coping gedrag. Alle werknemers gaven toestemming voor het gebruik van hun gegevens voor wetenschappelijk onderzoek en rapportage op groepsniveau. Een deel van het bestand (die data die konden worden gekoppeld aan functieniveau en leidinggevende niveau) was geschikt om de vraag te onderzoeken welk deel van de variantie van job control (regelruimte) en andere stressgerelateerde variabelen wordt verklaard door de genoemde niveaus in de organisatie (functie en leidinggevende). Voor een overzicht van items van de vragenlijsten die binnen dit deelonderzoek zijn gebruikt wordt verwezen naar bijlage 4.

STATISTISCHE ANALYSES

De verklaarde variantie van de scores op controle/regelruimte en andere werkgerelateerde factoren, op klachten en op herstelbehoefte en coping werd bepaald op het afdelings- (leidinggevende) en het functieniveau met behulp van Anova's in SPSS voor Windows versie 16.0.

3. Resultaten

3.1 Literatuurstudie

Meta-analyses

Van der Klink et al (2001) onderzochten in een meta-analyse het effect van cognitieve gedragstherapie bij werknemers met stressklachten die **niet** verzuimen. Uit deze analyse en latere effect-evaluatie studies (Van Rhenen et al. 2005, Grime, 2004) blijkt dat cognitieve gedragsmatige interventies effectiever zijn dan ontspanningsoefeningen, bewegingstraining of werkgerichte interventies. Weliswaar blijkt uit deze analyse dat ook ontspanningsoefeningen stressgerelateerde klachten verminderen, maar deze zijn minder effectief dan cognitieve gedragstherapie. Bovendien is de combinatie van ontspanningsoefeningen en cognitieve gedragstherapie minder effectief dan cognitieve gedragstherapie alleen.

Ook Richardson et al (2008) kwamen op grond van hun meta-analyse tot de conclusie dat cognitief-gedragsmatige interventies meer effect sorteren dan andere typen interventies. Zij toonden aan dat wanneer daar een aanvullende behandeling aan wordt toegevoegd het effect gereduceerd wordt, analoog aan de resultaten van de meta-analyse van Van der Klink. Ook bleek dat hoe gericht een interventie is, des te meer effect deze sorteert. De meest gebruikte interventies zijn volgens Richardson ontspanningsoefeningen, terwijl interventies op organisatieniveau (nog steeds) schaars zijn. Ook de effecten van stressmanagement interventies worden meestal op psychologisch uitkomstniveau gemeten en niet op fysiologisch en/of organisatieniveau.

Aanvullend literatuuronderzoek

Met behulp van de zoektermen zijn uiteindelijk 44 artikelen opgespoord. Hiervan bleken 6 artikelen geen verdere aanknopingspunten te bieden voor het onderhavige onderzoek omdat deze:

- wel over stress gaan maar niet over methoden c.q. interventies om stress te reduceren (5);
- wel over stress gaan, maar een dusdanig kleine 'n' hadden of methodologisch zo zwak zijn dat generalistische uitspraken niet mogelijk zijn.

De overgebleven artikelen zijn op één na allemaal reviews, door de auteurs zelf ook regelmatig 'overviews' genoemd. Globaal kunnen de volgende conclusies getrokken worden.

3.1.1 Effect van stressmanagement interventies

De meeste studies laten een bescheiden effect zien van interventies ter preventie of reductie van stress. Knelpunt is dat de studies vaak methodologische tekortkomingen vertonen en verschillend van opzet zijn. Al twintig jaar geleden gaven Ivancevich et al. (1990) aan dat het aantal methodologisch verantwoord geëvalueerde interventies weliswaar groeiende is, maar dat het aantal kwalitatief hoogwaardige interventiestudies vooralsnog te beperkt is om conclusies te kunnen trekken. Ook Israel et al (1996) benadrukken dat de samenhang tussen bestaande interventiestudies ontbreekt en dat toe gewerkt dient te worden naar een framework van waaruit verder onderzoek geïnitieerd kan worden. Ondanks een verdere toename van methodologisch verantwoorde studies blijft ook nu het trekken van conclusies over welke stress interventies het meest effectief zijn, moeilijk; de mogelijkheden om artikelen c.q. studies onderling te vergelijken blijven beperkt (Mimura en Griffith, 2003). Wel geven Van der Klink en

Richardson op grond van de door hen verrichte meta-analyses aan dat individugerichte programma's, en met name cognitief-gedragsmatige programma's, redelijk effectief lijken te zijn.

Een kanttekening die kan worden gemaakt is dat stressmanagement programma's vaak te fragmentarisch en te individueel gericht zijn. In dat kader geeft Lamontagne (2007) aan dat het zinvol is om stress interventies uit te voeren op organisatieniveau en ook onderzoek daarop te richten. Over het effect van dit laatste type interventies bestaat echter veel minder literatuur en het bewijs voor zo'n effect blijkt vooralsnog niet overtuigend, zoals hieronder duidelijk wordt.

3.1.2 Stressmanagementprogramma's zinvol?

In twaalf van de achtendertig bestudeerde reviews wordt aangegeven dat het aanbieden van stressmanagementprogramma's zinvol is. De bestudeerde artikelen hebben echter verschillende beperkingen.

Op grond van hun reviews trekken Murphy (1996), Semmer (2006) en Hek & Plomp (1997) de conclusie dat de combinatie van verschillende technieken het beste werkt (spierontspanningstechnieken, een cognitief gedragsmatige benadering en biofeedback), echter welke techniek precies welk effect heeft wordt niet duidelijk. Met een meta-analytische benadering vinden Van der Klink en later Richardson echter dat een cognitief gedragsmatige benadering alléén meer effect sorteert dan een combinatie van interventies. De effectiviteit van interventies verschilt naar de uitkomstvariabele die wordt gehanteerd. Cognitieve programma's zijn met name effectief in het reduceren van stressklachten en het versterken van coping.

Een aantal andere reviews geeft aan dat stressmanagementprogramma's wel werken, maar dan op individueel niveau en op het moment dat zich al problemen hebben voor gedaan (tertiaire preventie). Individuele programma's blijken daarbij meer effectief dan werkplek gerelateerde interventies, blijkt onder andere ook uit de studies van Jones en Johnston (2000) en van Mimura en Griffith (2003). De review van Pelletier en Lutz (1988) gericht op de werkzaamheid van psychotherapie en die van Ruotsalainen (2008) beschrijven eveneens dat een persoonsgerichte benadering effectief is. De bevindingen binnen deze laatste groep reviews lijken aan te geven dat er een groter stressreducerend effect uitgaat van het trainen en coachen van individuele werknemers dan van het doorvoeren van veranderingen in de organisatie van het werk of het primair proces. Dit laatste type interventies wordt ook door Murphy en Sauter (2004) onderzocht en deze studie bevestigt dit beeld. Zij vatten studies naar het effect van werkgerichte interventies op stressklachten samen. Uit hun review blijkt dat er geen eenduidig bewijs bestaat voor de effectiviteit van werkgerichte interventies en dat de wijze waarop werkgerichte interventies worden doorgevoerd het gebrek aan bewijs mogelijk kan verklaren.

Uit de review van Kompier et al, (2000) komt naar voren dat preventieve op stress gerichte programma's helpen om ziekteverzuim te voorkomen, maar ook zij benadrukken dat het geven van een overzicht van deze programma's moeilijk is. Zij verwoorden dat als volgt: "The variety in intervention programs, outcome measures, case evaluations and methodological flaws makes it difficult to present a general picture of program effectiveness". In de review van Semmer (2006) wordt aangegeven dat een combinatie van een werk en persoonsgerichte benadering het meest veelbelovend is, maar ook hij, evenals Kompier et al. (2003) geeft aan dat de resultaten te divers zijn om duidelijk de conclusie te kunnen trekken wat voor wie

werkt. In de review van Jones et al. (2003) wordt aangegeven dat stress management programma's gericht op zieke werknemers de impact van ziekte beperken en ziekteverzuim en daarmee de kosten reduceren. Reynolds (2000) komt op grond van zijn review, waarin drie typen interventies (psychotherapie en counseling, stress management training en interventies op organisatieniveau) zijn onderzocht, tot de conclusie dat deze wel werken, maar in het beste geval leiden tot een gemiddeld effect op individueel niveau en slechts voor een korte termijn. Uit de review van Sims (1997) blijkt dat het aanleren van relaxatie en gedragsmatige interventies bij huisartsen effectief is en dat hierbij een groepsgerichte aanpak de voorkeur verdient.

Twaalf van de achtendertig reviews behandelen stressmanagement programma's die zijn gericht op specifieke werkzaamheden binnen een bedrijf, op specifieke beroepsgroepen of op hulpverleningssituaties, soms in combinatie met burnout, op een psychische gesteldheid, een psychologisch kenmerk of op een bepaalde methode. Deze artikelen kunnen niet worden gebruikt om in algemene zin een antwoord te geven op de vraag welke stressmanagement interventies het meest effectief zijn en worden hier niet gepresenteerd.

3.1.3 Stress vanuit de sociotechnische benadering (bron: van Amelsvoort)

De sociotechnische theorie is vlak na de tweede wereldoorlog ontstaan. De theorie wordt hier kort behandeld omdat zij een verklaring biedt voor het feit dat stress niet alleen voortkomt uit factoren die op het individu zijn terug te voeren (zoals inadequate coping) maar dat daar ook factoren aan ten grondslag liggen die met de werkorganisatie verband houden (zoals regelruimte). Zij vloeit voort uit het inzicht dat tussen de technisch economische aspecten van een organisatie en diens sociale context een wederkerige relatie bestaat. Belangrijke concepten binnen de sociotechniek zijn: het teamconcept, het decentraliseren van verantwoordelijkheden en bevoegdheden en het stroomlijnen van processen. De sociotechniek probeert door het veranderen van de taakhoud van medewerkers, door middel van taakroulatie, taakverruiming en taakverrijking en door het versterken van de samenwerking door middel van werkoverleg en autonome groepen zinvoller werk voor mensen te creëren en de productiviteit te verbeteren. Het job-demand control model van Karasek sluit goed op aan op het gedachtegoed van de sociotechniek; immers binnen de sociotechnische benadering neemt evenals bij Karasek het begrip regelruimte een centrale plaats in. Niet taakvereisten c.q. werkdruk alléén kunnen stress veroorzaken, maar de combinatie van een hoge werkdruk en een gebrek aan regelcapaciteit. Binnen de sociotechniek wordt daarom getracht om de betrokkenheid van werknemers bij het werk dat ze uitvoeren te optimaliseren, zodat zij het werk als zinvol ervaren. Invloed op het eigen werk en participatie, het creëren van een compleet verantwoordelijkheidsgebied voor individuele werknemers, participatie in de organisatie-ontwikkeling, interactiemogelijkheden en groei- en leermogelijkheden zijn daarvoor belangrijke voorwaarden.

Samenvattend

Er bestaat een grote hoeveelheid literatuur over het effect van stressmanagement interventies. Helaas zijn de onderzoeken waarover de artikelen rapporteren veelal niet eenduidig opgezet, waardoor deze moeilijk onderling vergelijkbaar zijn. Daarnaast is een groot aantal artikelen gericht op een te specifiek

onderzoeksgebied om generalistische uitspraken te doen. Niet alleen de opzet en het terrein van het onderzoek lopen echter uiteen, maar ook de resultaten ervan.

Waarover het meest consensus lijkt te bestaan is het feit dat op de persoon of groepen personen gerichte stressmanagement interventies effect kunnen hebben, vooral als deze een cognitief gedragsmatige aanpak hebben. Over de toegevoegde waarde van aanvullende interventies indien daarbij ook voor een cognitieve benadering is gekozen blijkt de literatuur niet eenduidig. Sommige auteurs signaleren die toegevoegde waarde niet en spreken zelfs van een afgenomen waarde, andere auteurs geven aan dat een combinatie van technieken, waaronder cognitief gedragsmatige technieken, juist meer effectief is bij het reduceren van stress. Door de grote diversiteit van het onderliggend onderzoek moeten deze conclusies echter met enige voorzichtigheid worden gehanteerd.

Een tweede bevinding is dat op het werk gerichte interventies minder effect lijken te hebben dan op de persoon gerichte interventies. Hier is echter een kanttekening op zijn plaats, omdat het onderzoek naar werkgerichte interventies complex is en veelal methodologische tekortkomingen laat zien die (mede) een verklaring kunnen vormen voor het niet kunnen aantonen van effect. Ook zijn er vormen van werkgerichte interventies die nog nooit onderwerp van studie zijn geweest, zoals interventies gericht op het vergroten van de regelruimte in combinatie met een cognitieve benadering. De conclusie dat op de persoon gerichte interventies effectiever zijn dan op het werk gerichte interventies valt daarom in dit stadium van wetenschappelijk onderzoek als voorbarig te betitelen.

Niet alleen worden door bedrijven op de persoon en – in mindere mate – op het werk gerichte stressmanagement interventies ter reductie van stress ingezet, maar ook bij het ontwerp van functies en bij het vormgeven van het primair proces kan het werk zo worden georganiseerd dat stress wordt geminimaliseerd. Binnen de sociotechnische benadering worden verschillende ontwerptechnieken gehanteerd om de betrokkenheid van werknemers bij het werk te optimaliseren, met het verkleinen van de kans op stress als gevolg. In Nederland is een aantal arbeidsadviesbureaus in dergelijke technieken gespecialiseerd. Hoewel men bij het creëren van een functie, een werkproces of een functionele werkeenheid binnen een bedrijf volgens de sociotechnische benadering niet zo snel aan de term stressmanagement interventie zal denken, kan het inrichten van een zinvolle werksituatie zeker als een primair preventieve activiteit met betrekking tot stress gelden. Daarnaast worden arbeidsadviesbureaus ook door bedrijven benaderd om het werk te *her*structureren, indien bijvoorbeeld blijkt dat in sommige takken van een bedrijf veel stress voorkomt en daardoor een hoog ziekteverzuim bestaat. In die context krijgen de activiteiten van een arbeidsadviesbureau veel duidelijker het karakter van stressmanagement *interventies*, hoewel ze in de praktijk veelal niet als zodanig worden bestempeld. In het laatste geval betreft het een vorm van secundaire preventie.

3.2 Resultaten onderzoek bedrijven

3.2.1 Respons

De deelname van bedrijven aan het vragenlijstonderzoek verliep moeizaam. Er waren veel bedrijven die niet aan onderzoek wilden deelnemen en er was eveneens een aanzienlijk aantal bedrijven dat deelname wel toezegde, maar ondanks herhaalde verzoeken de vragenlijst niet terugstuurde. Zoals reeds in hoofdstuk 2 beschreven is de selectie van bedrijven daarom uitgebreid om alsnog het streefaantal van 25

bedrijven te realiseren. Ook is besloten om bij de tweede en derde selectie van bedrijven geen gegevens meer via een vragenlijst te verzamelen, maar aan de hand van semi-gestructureerde telefonische interviews, omdat werd verwacht aldus een hogere respons te verwezenlijken. Uiteindelijk hebben 24 bedrijven aan het onderzoek deelgenomen. Zij vielen onder de volgende sectoren:

- verzekeringsbranche (1)
- bankwezen (3)
- onderwijssector (3)
- sector gezondheidszorg (5)
- industriële sector (8)
- overheidssector (2)
- universiteiten (1)
- omroepsector (1)

De personen die de vragenlijsten hebben ingevuld en met wie gesprekken zijn gevoerd zijn:

- hoofden van (interne) Arbo-dienst (41%)
- hoofden personeelszaken (21%)
- hoofden opleidingen (17%)
- HRM-managers (17%)
- medisch adviseurs (4%)

Bij de telefonische interviews hing de keuze voor de te spreken persoon af van zowel de beschikbaarheid van personen als het advies (over wie het beste zicht had op het bestaan en het effect van stressmanagement programma's) van de eerste persoon waarmee werd doorverbonden.

In een enkel geval beschikte de universiteit over een naam van een persoon die binnen het te benaderen bedrijf een geschikt aanspreekpunt was.

Non-respons

De non-respons is als volgt opgebouwd: twaalf van de benaderde bedrijven hebben aangegeven geen stressmanagement programma's uit te voeren. Twee daarvan gaven aan dat die programma's er aanvankelijk wel waren maar dat ze dit jaar waren wegbezuinigd ten gevolge van de economische crisis. Vijf bedrijven hebben aangegeven niet aan onderzoek deel te willen nemen. In sommige gevallen betekende dat dat de telefoniste die boodschap reeds meedeelde en er geen gelegenheid werd geboden om een ander persoon te spreken. Vijfentwintig bedrijven waren of herhaaldelijk onbereikbaar (mede wegens de vakantieperiode) of kwamen hun beloften niet na (vragenlijst ondanks herhaalde reminders niet teruggestuurd of belden ondanks herhaalde toezeggingen niet terug). Hoewel het goed mogelijk is dat het niet nakomen van gedane beloften verband houdt met de mate waarin bedrijven een onderbouwd stressmanagementbeleid voeren – des te minder onderbouwd, des te groter de neiging om beloften niet na te komen – kon dat in de context van dit onderzoek niet worden onderzocht.

3.2.2 Soort interventies

Er worden door de deelnemende bedrijven verschillende stressmanagement programma's c.q. interventies ingezet. In volgorde van frequentie van voorkomen gaat het om de volgende interventies:

- time-management (betere planning van het werk in relatie tot beschikbare tijd);
- trainingen op het terrein van stressherkenning en het herkennen van de eigen lichaamstaal en die van anderen. Deze interventies worden veelal aangeboden aan leidinggevenden en in mindere mate aan werknemers die uitvoerend werk verrichten;
- Rationeel Emotieve Therapie (RET)-trainingen. Binnen de RET-theorie wordt gesteld dat het niet de gebeurtenissen in je leven zijn, die bepalen hoe je je voelt, maar de manier waarop je tegen die gebeurtenissen aankijkt (of: de manier waarop *je jezelf* van het belang van die gebeurtenissen *overtuigt*). Door oefening kunnen de overtuigingen worden veranderd, zodat je leert 'een andere bril op te zetten'.
- leren omgaan met de *gevolgen* van stress, veelal aangeboden aan werknemers;
- trainingen die liggen op het terrein van het vergroten van iemands assertiviteit, met elementen als feedback leren geven en ontvangen, leren 'nee' te zeggen, leren om minder over je eigen grenzen heen te gaan, leren aan te geven wat je wel en niet aan kunt. Deze trainingen liggen op het terrein van het beter percipiëren en 'innemen' van de beschikbare regelruimte.
- trainingen persoonlijke effectiviteit, die op hetzelfde terrein liggen;
- ziekteverzuimtrainingen, gericht op effectief handelen van leidinggevenden bij ziekteverzuim;
- cognitief gedragsmatige methodieken (al of niet aan de hand van RET);
- ontspanningsoefeningen (zoals relaxatietherapie en mindfulness);
- fysieke training, veelal als onderdeel van een uitgebreidere interventie gericht op werknemers;
- training omgaan met geweld / geweldloze communicatie / agressiehantering, met name aangeboden aan werknemers die in het werk dat zij uitoefenen het risico lopen met agressie te maken te krijgen, zoals werknemers binnen het openbaar vervoer, stewardessen en winkelpersoneel;
- training posttraumatisch stress management, met name aangeboden aan werknemers die in hun werk geconfronteerd kunnen worden met emotioneel zware gebeurtenissen (denk bijvoorbeeld aan ambulance- en brandweerspersoneel);
- slaaptrainingen, vooral aangeboden aan beroepsbeoefenaren met sterk onregelmatige werktijden (zoals stewardessen);
- training hoe te handelen bij een beginnend arbeidsconflict (gericht op leidinggevenden) al of niet aan de hand van kernkwadranten;
- training loopbaanbegeleiding. Binnen deze trainingen wordt een analyse gemaakt van de vraag of een persoon op de goede werkplek zit. Een verkeerde beroeps- of werkplekkeuze geldt namelijk als een belangrijke stressbron.

Bovengenoemde interventies betreffen nagenoeg allemaal 'unidimensionele' interventies, die niet discrimineren naar 'soort' werknemer, in termen van bijvoorbeeld opleidingsniveau, taak c.q. functie, werkomgeving en regelruimte.

De binnen bedrijven aangeboden interventies kunnen op verschillende doelgroepen zijn gericht, namelijk op:

- leidinggevenden (vooral stressherkenning, ziekteverzuimtrainingen, arbeidsconflictraining);
- het gehele bedrijf;
- bedrijfsonderdelen / afdelingen;
- werknemers met beginnende stressklachten;
- werknemers die een burnout hebben gehad (ter preventie van recidief);
- werknemers met verhoogd risico op stressklachten;
- frequent verzuimers (al of niet met 'vage' klachten).

Indien het programma is gericht op werknemers met verhoogd risico, zoals werknemers met beginnende stressklachten (verhoogd risico op burnout of overspannenheid) of werknemers met een verhoogd risico op stressklachten dan is er een aantal kanalen via welke deze personen worden 'gescreend', namelijk:

- aan de hand van signalen van het management. Dit veronderstelt dus dat de leidinggevende(n) een goed zicht moet(en) hebben op stresssymptomen van werknemers, reden waarom daar ook cursussen voor worden aangeboden;
- aan de hand van signalen Arbo-dienst c.q. de bedrijfsarts. Meestal betreft dit een situatie waarin er reeds sprake is van enig verzuim;
- uit werkbelevingsonderzoeken en of de Risico Inventarisatie en Evaluatie (RIE);
- door zelf-aanmelding van werknemers.

De vorm waarin de interventies worden aangeboden loopt uiteen. Programma's kunnen worden aangeboden:

- in de vorm van een coachingstraject (al of niet individueel);
- in de vorm van een workshop (met name stressherkenning leidinggevenden);
- in de vorm van een groepstraining (al of niet met vrije inschrijving).

Nagenoeg alle bedrijven rapporteren dat zij werknemers bij ernstige stressklachten of burnout individueel verwijzen naar bijvoorbeeld een psychologencollectief, maar omdat dat als tertiaire preventie wordt aangemerkt vallen dergelijke verwijzingen buiten het bestek van dit rapport.

Het vastleggen van gegevens over het effect van stressmanagement interventies

Het vastleggen van gegevens over het effect van stressmanagement interventies gebeurt doorgaans niet op wetenschappelijke wijze, zo wordt door de deelnemende bedrijven aangegeven. Voor trainingen en workshops worden soms evaluatieformulieren gebruikt. De meeste daarvan zijn zelf ontwikkeld, een enkele lijst kan als gevalideerd meetinstrument (zoals de 4-dimensionale klachtenlijst; Terluin 2004) worden beschouwd. Vaak vindt evaluatie plaats aan de hand van een eindgesprek met de kandidaat (met name bij coachingstrajecten). Ook wordt genoemd dat een recidief verzuim (of het uitblijven daarvan) als evaluatiemethode kan worden beschouwd of wordt op geaggregeerd niveau het verzuimpercentage van een afdeling of bedrijf hiervoor gebruikt. De meeste bedrijven spreken desalniettemin van een 'positief effect' van de aangeboden interventies. Soms geven bedrijven echter ook openlijk aan dat over dit effect geen gegevens bekend zijn.

Het gebruik van theoretische modellen

Er blijkt door de ondervraagde bedrijven slechts beperkt van modellen gebruik te worden gemaakt bij de overweging om stressmanagement interventies aan te bieden. Modellen die worden genoemd zijn:

- *het model belasting – belastbaarheid c.q. draagkracht – draaglast* (2 bedrijven; zie voor een beschrijving van het model paragraaf 1.2);
- *het Werkstressoren, Energiebronnen, Burnout (WEB)-model* (2 bedrijven; zie voor een beschrijving van het model paragraaf 1.2);
- *het model van Kleber* (2 bedrijven). In dit model staat centraal waarom sommige mensen kunnen omgaan met emotioneel zeer belastende ervaringen, terwijl diezelfde ervaringen voor anderen een levenslang trauma tot gevolg hebben. De bedrijven die dit model hebben aangegeven betreffen derhalve bedrijven waarbinnen het werk als potentieel traumatisch kan worden aangemerkt.
- *het model van Karasek* (1 bedrijf; zie voor een beschrijving van het model paragraaf 1.2).
- *meerdere modellen tegelijkertijd* (1 bedrijf, verder niet gespecificeerd).

Uit de vragenlijsten en interviews kunnen met enige voorzichtigheid wel enkele inhoudelijke argumenten worden afgeleid die de keuze voor een bepaald soort stressmanagementinterventie rechtvaardigen, namelijk:

- naarmate de stressklachten ernstiger zijn en neigen naar een burnout lijkt een groepsaanpak niet geïndiceerd en kan beter gekozen worden voor een individueel traject;
- als stress voortkomt uit het feit dat een werknemer problemen op het werk moeilijk bespreekbaar kan maken (hetzij met de leidinggevende, hetzij met collega's) dan kan een assertiviteitstraining effect hebben;
- bij stress die zich vertaalt in fysieke spanningsklachten zijn ontspanningsoefeningen en fysieke inspanning een mogelijke therapie, die ook effect kan hebben op de slaapkwaliteit;
- time-management is vooral geïndiceerd bij (beginnende) stress door een te grote werkdruk, zich bijvoorbeeld uitend in het feit dat deadlines steeds niet worden gehaald.

Wel dient aangetekend te worden dat dit bevindingen zijn van slechts enkele bedrijven, dus bij de generaliseerbaarheid van deze gegevens kunnen vraagtekens worden geplaatst.

3.2.3 Samenvatting onderzoek bedrijven

Hoewel er een breed scala van interventies aan werknemers en leidinggevenden wordt aangeboden blijken weinig vertegenwoordigers van (Arbo-diensten van) bedrijven een goed beeld te hebben van het antwoord op de vraag welke stressmanagement interventies bij welk soort problematiek in welk soort arbeidsomstandigheden en bij welk soort werknemers het meeste effect hebben. Een belangrijke oorzaak daarvoor is dat er binnen bedrijven nauwelijks wetenschappelijke gegevens voorhanden zijn van het effect van de ingezette stressmanagement programma's, omdat wetenschappelijke toetsing slechts zeer sporadisch plaats vindt. Daarmee lijkt vooralsnog een voorzichtig negatief antwoord geformuleerd te kunnen worden op de vraag of bedrijven hun keuze voor een stressmanagement interventie baseren op

het *effect* daarvan. Ondanks het feit dat nauwelijks of geen wetenschappelijke toetsing op effect plaats vindt geeft het merendeel van de bedrijven aan dat de interventies toch effect hebben gehad. Deze bevinding is dan veelal gebaseerd op het gebruik van zelfontwikkelde evaluatieformulieren, op gesprekken met betrokken werknemers na afloop van een interventieprogramma of op verzuimgegevens. Er is door een tweetal bedrijven wel een aantal inhoudelijke argumenten gegeven op basis waarvan de keuze voor een stressmanagement programma mede kan zijn gebaseerd. Deze argumenten zijn echter zeer globaal en geven slechts een beperkt aantal overwegingen voor de keuze van een stressmanagementprogramma aan.

3.3 Onderzoek providers

Behalve op de bedrijven zelf richtte het onderzoek zich eveneens op stressmanagement providers. Onder providers worden instituten, bedrijven of afdelingen binnen een bedrijf verstaan die stressmanagement interventies c.q. –programma's aan bedrijven aanbieden. Dat kunnen grotere of kleinere commerciële opleidingsinstituten zijn, die één of meerdere trainingen of coachingstrajecten aanbieden op met stress en burnout in verband te brengen terreinen (zie inleiding), maar het kunnen ook interne of externe arbodiensten zijn. Daarnaast kunnen ook organisatieadviesbureaus interventies aanbieden die een stressreducerend effect hebben, hetzij als onderdeel van primaire preventie, hetzij als een vorm van secundaire preventie (zie ook 3.1.3).

3.3.1 Providers van deelnemende bedrijven

Aan deelnemende bedrijven is gevraagd door wie de interventies in hun bedrijf worden aangeboden. Een aantal bedrijven geeft aan dat zelf te doen. Zo gaf een instelling voor geestelijke gezondheidszorg aan dat alle trainingen en coachingsprogramma's worden aangeboden door hun eigen psychologen en psychiaters. Bedrijfsmaatschappelijk werk en/of de arbodienst verzorgen bij enkele bedrijven workshops. Daarnaast worden veel trainingen extern ingekocht. Providers die in dat verband zijn genoemd zijn:

- Insieme (organisatie-adviesbureau en gezondheidsmanagementsbureau);
- Wirdesheim (kennis- en expertisecentrum, opleidingsinstituut);
- Intend (Centrum voor Geestelijke Gezondheid en Werk);
- GIMD (Centrum voor begeleiding, training en advies bij arbeidsverhoudingen);
- Instituut voor Werk en Stress;
- Schouten en Nelissen;
- Crime Control;
- Fred Stuy (criminaliteitspreventie);
- Winnock (re-integratiebedrijf);
- Achmea Vitale;
- Labora.

Van deze lijst participeerden uiteindelijk een vijftal providers in het onderzoek. De overige door bedrijven genoemde providers zijn niet benaderd omdat zij teveel op één specifiek soort stressmanagement interventies waren gericht, zoals criminaliteitspreventie, en te weinig uiteenlopende interventies in hun

aanbod hadden. Zoals aangegeven in hoofdstuk 2 zijn, behalve met de vijf providers die door de bedrijven opgegeven zijn, nog een tiental andere interviews gehouden. Deze interviews zijn gehouden met:

- een beleids- en onderzoeksmedewerker van de Arbeidsinspectie met een uitgebreide ervaring op het terrein van stressmanagement onderzoek. Deze persoon werd op advies van de begeleidingscommissie in het onderzoek betrokken en heeft mede richting gegeven aan het vervolg van het onderzoek onder providers. Op basis van dit gesprek zijn drie andere interviews gehouden, te weten met:
 - de lector Arbeid en Gezondheid van de Hanzehogeschool Groningen vanwege zijn specifieke kennis over onderzoek op het terrein van het inrichten van organisaties zodat stress wordt geminimaliseerd;
 - een organisatieadviesbureau in het zuiden des lands dat eveneens op dit terrein actief is en daarbij gebruik maakt van de sociotechnische benadering (zie paragraaf 3.1 literatuurstudie);
 - de interne arbodienst van een groot elektrotechnisch bedrijf met verschillende landelijke vestigingen en vestigingen over de gehele wereld, vanwege hun moderne aanpak van stress en het mede daaruit voortkomende lage ziekteverzuim;
- zes grotere providers van stressmanagement interventies, waaronder een grote externe arbodienst met landelijke vestigingen, een gecombineerde interne en externe arbodienst van een grote zorgverzekeraar, een gecombineerde interne en externe arbodienst van een luchtvaartmaatschappij, een interne arbodienst van een grote bank en twee opleidingsinstituten met een breed aanbod aan stressmanagement interventies.

Uit de vijftien interviews komt het volgende beeld naar voren.

Algemeen

Tijdens de interviews werd bevestigd dat primaire en secundaire preventie bij stress uit meer bestaat dan alleen op de persoon of de werkverhoudingen gerichte interventies. Stressmanagement heeft in termen van Karasek te maken met zowel de taakeisen (of de werkdruk) als met de regelmogelijkheden. Daar het model van Karasek als uitgangspunt is genomen zijn tijdens de interviews alleen die interventies als stressmanagement interventies aangemerkt, die:

1. van invloed waren op de taakeisen door deze in zwaarte aan te passen (zie figuur 2, blok 3 '*taskstructure*'). Bij dit type interventies vond dus aanpassing van het werk plaats zodat de werkdruk werd gereduceerd;
2. van invloed waren op de wijze waarop werknemers met de werkdruk omgaan (zie figuur 2, blok 5 '*person based coping*'). Bij dit type interventies bleef de werkdruk in principe onveranderd maar werd ingezet op het vermogen van de werknemer om deze werkdruk te kunnen hanteren;
3. van invloed waren op de kwaliteit van de samenwerking tussen werknemers en met name die werknemers die binnen een productieketen van een bedrijf van elkaar afhankelijk zijn (zie figuur 2, blok 2 '*work organisation*').
4. waren gericht op de verhouding tussen leidinggevende(n) en werknemers (zie figuur 2, blok 4 '*communication*');

5. van invloed waren op de organisatie van het primaire proces, waarbij dus de door werknemers te verrichten handelingen en de onderlinge taakverdeling werden geherstructureerd (zie figuur 2, blok 1 'production process') .

In de interviews met providers is een groot aantal stressmanagementinterventies op één van deze vijf terreinen de revue gepasseerd. Het is niet zinvol om in deze rapportage een uitputtende beschrijving te geven van al deze uiteenlopende interventies, omdat deze op websites van providers en in hun foldermateriaal uitvoerig zijn gedocumenteerd. Wat wel vermelding behoeft is het feit dat interventies die van invloed zijn op de wijze waarop werknemers met werkdruk omgaan (categorie 2) verreweg de overhand hebben. Dit kan als een verdere onderstreping worden beschouwd van het feit dat stressproblemen veelal naar het individu worden vertaald. Het betreft interventies op het terrein van persoonlijke effectiviteit en assertiviteit, op het terrein van ontspanning (al of niet in combinatie met lichamelijke inspanning), conflicthantering en het omgaan met agressie en dwingend gedrag (vooral relevant in sectoren waar een direct contact met cliënten bestaat). Het kunnen ook interventies zijn die zijn gericht op een betere planning van het werk (zoals timemanagement). Ook kunnen een cognitief gedragsmatige benadering en Rationeel Emotieve Therapie onderdeel uitmaken van het aanbod van interventies binnen deze categorie. Tenslotte vallen ook de interventies gericht op stressherkenning (al of niet aan leidinggevend) binnen deze categorie.

Interventies die zijn gericht op aanpassing van de taakeisen (categorie 1) en op herstructurering van het primaire proces en de onderlinge taakverdeling komen slechts weinig voor. Aanpassing van de taakeisen kan voortvloeien uit een eerder aanbod van één of meerdere interventies op het terrein van het omgaan met werkdruk. Als bijvoorbeeld blijkt dat binnen een bedrijf of afdeling meerdere werknemers in toenemende mate problemen met de werkdruk ondervinden (al of niet aan de hand van een werktevredenheidsonderzoek of een Risico Inventarisatie en Evaluatie) dan kan dat een aanwijzing zijn voor een structureel knelpunt. Een provider kan er in dat geval bij de leidinggevende op aandringen dat de taakeisen die binnen een afdeling worden gesteld worden herzien. Ook de leiderschapsstijl kan van invloed zijn op de door werknemers ervaren werkdruk en deze kan eveneens in het kader van stressmanagement ter discussie staan in een gesprek tussen provider en leidinggevende (categorie 3). Bijna alle interventies betroffen echter interventies in categorie 2 en hadden het omgaan met werkdruk als de primaire insteek. De vraag om interventies uit de andere vier categorieën wordt door bedrijven zelden geuit en het komt eveneens niet vaak voor dat een provider als eerste optie een dergelijk type stressmanagement interventie voorstelt. Verschillende providers hebben aangegeven dat er in het algemeen een tendens valt te bespeuren dat het management van een bedrijf klachten van werknemers op het terrein van werkdruk aan de capaciteiten c.q. het copinggedrag van werknemers toeschrijft. In één van de interviews wordt erop gewezen dat het bestaande instrumentarium om stress te meten c.q. vast te stellen, zoals vragenlijsten en andere meetmethoden om stress vast te stellen, met name gericht zijn op individuen en dat daarin het werkniveau of het collectieve niveau grotendeels buiten beschouwing wordt gelaten. Ook dit wordt als één van de oorzaken aangemerkt dat stressmanagement interventies vooral gericht zijn op de wijze waarop het individu met stress omgaat; immers, instrumentarium dat niet geschikt is om knelpunten op organisatieniveau aan te tonen zal dit type knelpunten logischerwijze ook niet op het

spoor komen. Een derde oorzaak hiervoor houdt volgens deze respondent verband met het feit dat ook werknemers de neiging hebben om werkstress te vertalen naar factoren waar invloed op uitgeoefend kan worden. Daar de perceptie van veel werknemers is dat arbeidsomstandigheden en de werksituatie daar niet onder vallen, leggen veel mensen de ervaren werkdruk uit in termen van hun eigen (on)vermogens. Daarmee lijkt de tendens om stress aan individuen toe te schrijven niet alleen door werkgevers in gang te worden gezet, maar ook door de werknemers zelf, hetgeen de kans op een eenzijdig stressmanagement-beleid kan vergroten.

Stressmanagement interventies die vallen in de 5^e categorie en gericht zijn op de organisatie van het primaire proces en de onderlinge taakverdeling, waarbij mogelijk een herinrichting van functionele eenheden aan de orde is, worden vooral door organisatie-adviesbureaus aangeboden en niet door opleidingsinstituten, instituten die werkzaam zijn op het terrein van werk en psyche of trainings- en adviesbureaus voor persoonlijke ontwikkeling. Weliswaar beschikt een aantal van deze laatste providers over een tak die zich wat meer richt op organisatorische oorzaken van stress, maar het herinrichten van het werk naar een nieuwe organisatiestructuur is daarbij doorgaans niet aan de orde. In ons land is een aantal organisatie-adviesbureaus daar wel mee bezig en zij claimen belangrijke effecten op het terrein van stressreductie en zingeving c.q. betrokkenheid binnen het werk.

Wat bepaalt bij providers de keuze uit verschillende interventies?

Het is niet gemakkelijk een beeld te krijgen van waarop stressmanagement providers zich baseren bij het aanbod van interventies c.q. programma's. Daarvoor is een aantal redenen te noemen. Ten eerste is de veronderstelling die voorafgaand aan het project bestond, namelijk dat bedrijven en providers hun keuze bepalen uit een pakket van 'afgeronde' interventies c.q. programma's niet geheel juist gebleken. Veel providers benadrukken dat zij maatwerk leveren, waaronder zij verstaan dat ze hun stressmanagement programma's toesnijden op de situatie binnen een bedrijf. Ze geven dan ook aan dat het niet vaak voorkomt dat een programma er bij ieder bedrijf exact hetzelfde uitziet. Waar wel grote eenduidigheid in valt te signaleren zijn de bouwstenen waaruit een programma bestaat. Ieder programma is opgebouwd uit kleine modules of onderdelen welke samen het interventietraject bepalen. Die onderdelen kunnen uit RET of cognitieve gedragstherapie bestaan, of een module conflicthantering of stressherkenning etc. Er wordt dan dus geen keuze gemaakt uit kant en klare stressmanagement programma's maar uit de onderdelen waaruit deze programma's bestaan en deze worden zo samengesteld dat een op maat gesneden interventie ontstaat. Er zijn hierbij dus twee andere belangrijke vragen van belang, en wel:

- Hoe wordt bepaald uit *welke* onderdelen een stressmanagement programma bestaat, met andere woorden welke onderdelen vormen op welke gronden wel of geen onderdeel van een interventie?
- Hoe wordt de wijze van 'samensmelten' van deze onderdelen tot een stressmanagement interventie c.q. programma bepaald?

Hiervoor worden door providers zowel inhoudelijke argumenten als strategische argumenten aangedragen. De achtergrond van een provider en zijn specifieke aandachtsgebied kan ook een belangrijke rol spelen. Ook wordt door een enkele provider benadrukt dat hier vooral puur commerciële argumenten aan ten grondslag liggen en ten slotte dat 'netwerken' en 'gunning' een niet te verwaarlozen rol spelen, samen te vatten onder 'gunning' of 'vriendjespolitiek' (zie hieronder).

Inhoudelijke argumenten

Providers geven doorgaans niet veel inhoudelijke argumenten aan voor het bepalen van de keuze voor een stressmanagement interventie binnen het scala van interventies waaruit hun aanbod bestaat. Dat wil niet zeggen dat inhoudelijke argumenten (bij welk soort problematiek en arbeidsomstandigheden kiezen we voor welk soort interventies?) geen rol spelen, maar die rol is zeker niet overheersend en is doorgaans niet gebaseerd op wetenschappelijke gegevens. Deze laatste constatering geldt niet voor alle providers. Er zijn gesprekken gevoerd met enkele interne Arbo-diensten en opleidings- en trainingsinstituten die beschikken over een onderzoeksmedewerker die gegevens analyseert van gevalideerde vragenlijsten die voorafgaand en na afloop van een interventie worden afgenomen. Bij een enkel bedrijf wordt dergelijk onderzoek uitbesteed aan een universiteit. Er zijn enkele bedrijven die aldus beschikken over een groeiend referentiebestand van hun klanten. Dit is echter eerder uitzondering dan regel en voor de meeste geïnterviewde providers geldt dat wetenschappelijke onderbouwing van hun aanbod nog in de kinderschoenen staat. Maar er zijn uiteraard ook andere inhoudelijke argumenten dan alleen die van wetenschappelijke aard die mede van invloed zijn op het soort interventie dat aan bedrijven wordt aangeboden. Providers geven zonder uitzondering aan dat ze zoveel mogelijk 'in gesprek' gaan met hun opdrachtgever (doorgaans de manager van een bedrijf, of een leidinggevende van het middenkader) om zo helder mogelijk boven tafel te krijgen welk stressgenererend probleem er binnen een bedrijf speelt. Daarbij wordt door de meeste providers aangegeven dat bedrijven hen vaak met een aanbodgerichte vraag benaderen (bijvoorbeeld: wij hebben binnen ons bedrijf behoefte aan een timemanagement training), terwijl er bij nadere analyse andere problemen spelen die stress tot gevolg hebben. Het is dus niet per definitie zo dat de vraag van een klant c.q. bedrijf in dezelfde vorm wordt gehonoreerd; door met de opdrachtgever in gesprek te gaan ontstaat vaak een helderder beeld van de oorzaken voor werkdruk en dat inzicht kan leiden tot een andere interventie dan die waarom werd gevraagd. Er vindt door bedrijven dus wel degelijk een vorm van inhoudsanalyse plaats van de oorzaken voor stress, maar het is niet zo dat aan de hand van een stroomdiagram of een ander ordeningsprincipe (onderdelen van) een interventie wordt (worden) gekozen, die inhoudelijk goed op de geschetste problematiek aansluit. Een belangrijke reden hiervoor is dat van de individuele stressmanagement interventies zelf veelal wel een theoretische achtergrond bekend is, maar dat providers nog niet veel gebruik maken van een overkoepelend theoretisch raamwerk dat richting geeft aan de vraag waarop de keuze gebaseerd dient te zijn tussen de verschillende interventies waaruit hun aanbod bestaat. Er is met twee interne Arbo-diensten gesproken die daarop een uitzondering vormden (zie paragraaf 3.3.2). Binnen deze diensten bestond een duidelijke visie op preventie van stress, waarbij ook van modellen gebruik werd gemaakt. De interventies die werden aangeboden ter preventie van stress gingen van dit model uit en werden ook op basis van dit model gekozen. Dit is echter zeker niet de 'usual care'.

Strategische argumenten

Door veel providers wordt aangegeven dat het niet gemakkelijk is om aan bedrijven interventies voor te stellen die ingrijpen op het collectieve niveau c.q. het organisatieniveau. Eén van de redenen daarvoor is dat het herstructureren van het werk, de organisatie van het werk en de taakverdeling binnen het werk

een ingrijpende en kostbare aangelegenheid is, met grote consequenties voor zowel leidinggevenden als werknemers. Individualisering van stressproblematiek kan het gevolg zijn. Ook wordt enkele keren door geïnterviewden aangegeven dat leidinggevenden niet graag naar hun eigen aandeel kijken bij stressproblemen op de werkvloer en daardoor eerder de neiging hebben om in te zetten op interventies ter verbetering van het copinggedrag van werknemers. Aangegeven wordt dat de kans dat een stressmanagement interventie op het niveau van de organisatie kan worden aangeboden toeneemt indien eerst een programma gericht op werknemers is aangeboden. Daarvoor wordt een drietal redenen aangegeven. Ten eerste is het management meer geneigd naar factoren op organisatie- en managementniveau te kijken indien ook werknemers een aandeel ter reductie van stress hebben geleverd. Ten tweede kunnen de interventies die aan werknemers worden aangeboden informatie aanleveren over knelpunten die door hen op het niveau van de organisatie c.q. het management worden ervaren. Met deze informatie in de hand is het voor providers gemakkelijker om het management te overreden ook programma's te richten op organisatieniveau. De derde reden houdt verband met het feit dat effectieve programma's op het terrein van stressmanagement bij werknemers gevolgen kunnen hebben voor de arbeidsverhoudingen. Door werknemers bijvoorbeeld mondiger te maken, zijn zij beter in staat knelpunten in de organisatie aan te kaarten in plaats van zich alleen tot het 'versterken' van hun eigen vaardigheden te beperken. Over dit effect van op werknemers gerichte programma's gaat natuurlijk enige tijd heen. De vraag of individu gerichte programma's in praktijk daadwerkelijk tot meer organisatie gerichte maatregelen leiden, kon niet worden beantwoord.

Commerciële argumenten

Door een klein aantal providers wordt aangegeven dat ook commerciële argumenten een rol spelen bij het aanbod van stressmanagement interventies. Onder commerciële argumenten worden argumenten verstaan, die de nadruk leggen op het feit dat het voor de winst c.q. het bestaan van een provider van belang is om producten te slijten en dat het in dat kader financieel aantrekkelijker is om een traject van interventies aan te bieden dan één enkele 'losse' interventie. De mate waarin providers toegeven dat commerciële belangen een rol spelen verschilt per provider. Wel is het opvallend dat er enkele providers zijn die andere providers ervan betichten een sterke commerciële inslag te hebben en te weinig door inhoud gedreven worden, terwijl zij van zichzelf zeggen dat hun aanbod voornamelijk inhoudelijk gestuurd wordt. Naar alle waarschijnlijkheid spelen hier sociale wenselijkheidseffecten (mede) een rol.

De achtergrond en 'core business' van de provider

Providers hebben een verschillende achtergrond en specialisatie. Zo hebben niet alle Arbo-diensten een vergelijkbare ontstaansgeschiedenis (bijvoorbeeld al of niet voortgekomen uit een bedrijfsgezondheidsdienst) en die geschiedenis is medebepalend voor wat zij tot hun 'core business' rekenen en waarin ze zijn gespecialiseerd. Zo geven Arbo-diensten, die zijn voortgekomen uit een bedrijfsgezondheidsdienst, aan gezondheid centraler te stellen dan andere Arbo-diensten, die na de Wet Uibreiding Loondoorbetaling Bij Ziekte (WULBZ) op de markt kwamen. Naar zeggen van de eersten zouden deze laatsten zich meer op verzuim richten en minder gericht zijn op primaire en secundaire preventie. Bovendien beweren de eersten een langere traditie van multidisciplinair werken te hebben. Andere providers richten zich op

bijvoorbeeld het feit dat geslacht van invloed is op het ontstaan van stress en dat vrouwen om die reden andere interventies behoeven dan mannen. Er zijn providers die inzetten op leefstijltraining, andere hebben een (psycho)therapeutische achtergrond, weer anderen zijn vooral opleidingsinstituut. Deze achtergrond bepaalt mede hun aanbod en daarmee tevens de keuze voor een stressmanagement interventie, die alleen expliciet is in situaties dat werkgevers een idee hebben van de richting waarin de oplossing van het stressprobleem moet worden gezocht en daarbij de provider uitzoeken.

'Gunning'

Door twee providers wordt aangegeven dat 'vriendjespolitiek' bij het aansluiten van vraag en aanbod op het terrein van stressmanagement een belangrijke rol speelt, die in wetenschappelijk onderzoek vaak wordt veronachtzaamd. Onder 'vriendjespolitiek' wordt de situatie verstaan dat opdrachten aan providers worden verstrekt op basis van het elkaar 'gunnen' ervan. De redenen dat opdrachten aan providers worden gegund kunnen een verschillende achtergrond hebben. Zo kunnen bedrijven het gevoel hebben iets terug te moeten doen, omdat hen in het verleden door een provider een gunst is verleend (in welke vorm dan ook). Ook kan het voorkomen dat personen binnen een bedrijf personen die bij een provider werkzaam zijn kennen. Persoonlijke voorkeuren kunnen bij een aanbestedingsprocedure sowieso een rol spelen die los staat van inhoudsargumenten. Geschetst wordt dat er soms meerdere providers worden gevraagd in het kader van stressmanagement interventies een offerte uit te brengen, terwijl achteraf al lang bleek vast te liggen wie de opdracht zou krijgen. Afwijzing van de andere kandidaten geschiedt dan op basis van inhoudelijke argumenten die echter in werkelijkheid geen rol hebben gespeeld.

3.3.2 Voorbeeld van twee 'best practices'

Onder de benaderde bedrijven c.q. providers bevonden zich twee bedrijven die wat betreft gezondheidsmanagement en stressmanagement binnen de kaders van dit onderzoek een voorbeeldfunctie kunnen hebben. Deze bedrijven vielen op door een pro-actief gezondheids- en stressmanagementbeleid, dat was gefundeerd op een theoretisch onderbouwde visie. Beide bedrijven maakten bij de evaluatie van het effect van stressmanagement interventies ook gebruik van gevalideerde vragenlijsten. Voor het vrijgeven van de namen van beide bedrijven is door hen toestemming verleend. Hieronder volgt een beknopte beschrijving van het gezondheids- en stressmanagementbeleid van deze bedrijven. Omdat de geïnterviewde vertegenwoordigers van beide bedrijven met veel enthousiasme over dit beleid hebben gerapporteerd betreffen deze beschrijvingen niet een louter objectieve beleidsweergave, maar klinkt dit enthousiasme hierin nog enigszins door. Dit is door de onderzoekers niet aangepast.

Siemens

Siemens is een technologische onderneming, die in Nederland zo'n 2700 medewerkers heeft, terwijl het wereldwijd om ruim 400.000 medewerkers gaat. Er bestaat nagenoeg geen land waar geen Siemens vestiging is. De hoofdvestiging van Siemens Nederland bevindt zich in Den Haag. Het bedrijf richt zich naar eigen zeggen op 'alles waar stroom doorheen gaat'. Een greep uit het ruime aanbod van producten waarmee Siemens bemoeienis heeft: energiecentrales, windmolenparken, biomassacentrales, ziekenhuisapparatuur, beveiliging van gebouwen, automatiseringsbenodigdheden, bovenleiding van de

Hoge Snelheids Lijn (HSL), HSL-treinen, trams, lampen, computernetwerken, elektronisch patiëntendossier etc. Dit alles is binnen Siemens ondergebracht in de Sectoren Energy, Industry and Health Care. Siemens vestigingen hebben wereldwijd verschillende specialisaties. Zo richt Siemens Nederland zich bij uitstek op water (zuiveringspompen op zonne-energie etc.). Daarnaast heeft Siemens veel onderhoudspersoneel in dienst.

Visie op stress

Binnen Siemens hanteert men het uitgangspunt dat iedere medewerker in principe 'potential' is en (ontplooiings)mogelijkheden heeft die van belang voor het bedrijf kunnen zijn. Dat vertaalt zich onder andere in het feit dat leeftijd bij Siemens geen factor is die (mede) het volgen van een opleiding bepaalt. Dit beleid wordt geacht bij te dragen aan het reduceren van stressklachten die voortkomen uit een gebrek aan carrièreperspectief. Siemens is van oordeel dat stress mensen niet per definitie ziek maakt en zelfs een gunstig effect kan hebben op de wijze waarop het werk wordt uitgevoerd. Echter, langdurige stress, die niet wordt gecompenseerd door energiebronnen (zie WeB-model) leidt wel tot ziekte. Siemens gaat in zijn stressbenadering uit van het WeB-model. Kortweg zijn er volgens Siemens dan ook drie manieren om met stress om te gaan:

1. Je kunt leren om er beter mee om te gaan (ook wel coping genoemd);
2. Je kunt de primaire processen en de verantwoordelijkheden van het werk anders organiseren, zodat betrokkenheid ontstaat (bijvoorbeeld door werknemers meer regelruimte te geven);
3. Je kunt stress compenseren.

Omdat stress volgens Siemens niet kan worden vermeden steken zij vooral in op de derde manier: compenseren. Een voorbeeld kan deze strategie verduidelijken. Bij Siemens werkten veel wasmachine-reparateurs die op zich geen hoge werkdruk (te verrichten werkzaamheden binnen een bepaalde tijdseenheid) ervaren. Kenmerkend voor dit type werk is echter wel een hoge mate van emotionele belasting, en dan vooral emotionele *dissonantie*. Onder emotionele dissonantie wordt in dit verband verstaan dat je als reparateur negatieve gevoelens moet onderdrukken en beleefd moet blijven, terwijl je in je werk regelmatig met klagende en zeurende cliënten te maken hebt. Voor het probleem van emotionele dissonantie is intercollegiaal contact veelal een goede remedie. Hierbij heeft intercollegiaal contact de functie van samen met een collega 'afkicken' na een negatieve ervaring met een cliënt. Dit intercollegiaal contact probeert Siemens zoveel mogelijk te faciliteren door de telefoonkosten die daar mee gemoeid gaan te vergoeden. Ook worden leidinggevenden gecoacht om op dergelijke zaken attent te zijn. Dit gebeurt onder andere in de tweedaagse basis cursus leidinggeven, waarin de Arbo- en Milieudienst Siemens participeert.

Siemens is van mening dat niet iedere mate van werkdruk valt te compenseren. Er zijn situaties waarin de werkdruk hoog is en er eenvoudigweg geen ruimte is voor compensatie, noch dat er tijd vrij kan worden gemaakt om collega's te ondersteunen. Deze situatie is bijvoorbeeld bij 'booming business' aan de orde; een situatie waarbij er producten worden ontwikkeld waarnaar de vraag (tijdelijk) zeer groot is. Daar (informeel) collegiaal overleg in zo'n situatie moeilijk realiseerbaar is wordt ingezet op andere vormen van compensatie, zoals ontplooiingsmogelijkheden. Als voorbeeld wordt een bedrijfstak van Siemens genoemd die sterk afhankelijk is van onderdelen uit het buitenland. Als deze te laat worden aangeleverd

dan worden de medewerkers (in dit geval accountmanagers) er door de klant op afgerekend dat ze het product niet kunnen leveren. De enige regelruimte die zij in zo'n situatie hebben is om de divisiedirecteur erop aan te sporen contact met het buitenland op te nemen om de producten zo snel mogelijk aangeleverd te krijgen. Hoewel er in dit voorbeeld niet sprake is van een hoge werkdruk speelt stress wel een belangrijke rol en zijn de compensatiemogelijkheden beperkt. Door Siemens worden in dat kader daarom ook cursussen stresshantering en omgaan met agressief gedrag gegeven, deels als onderdeel van de introductiecursus die iedere werknemer die bij Siemens in dienst komt krijgt aangeboden. Niet alleen een hoge werkdruk en emotionele belasting met een daarmee samengaan gebrek aan regelruimte kan tot stressklachten leiden, ook moet de rol van verstarring en verveling (boredom) volgens Siemens niet worden onderschat. Van verstarring en verveling is sprake wanneer de uitdaging in het werk verdwijnt, waardoor mensen met steeds meer tegenzin het werk uitvoeren. Verstarring en verveling worden door Siemens als een groter probleem ervaren dan vergrijzing: het gaat hierbij volgens hen om duurzame inzetbaarheid. Siemens noemt het een idee-fixe dat stabiliteit voor iedere werknemer prettig is; als alles steeds hetzelfde blijft dan bestaat het risico in een sleur terecht te komen. Als de medewerker niet uit zichzelf in beweging komt moet de leidinggevende hem dan ook daartoe aanzetten. Een strategie die Siemens bij gebleken verstarring c.q. verveling hanteert is (versnelde) jobrotatie, in afstemming tussen HR manager en leidinggevende. Los daarvan bestaat er binnen Siemens binnen alle lagen van de organisatie een vierjaarlijkse cyclus van jobrotatie als onderdeel van leeftijdsafhankelijk personeelsbeleid. Het streven is, dat iedere medewerker na 4 à 5 jaar jobroteert. In de praktijk komt het erop neer dat het management elk jaar een gesprek met iedere werknemer voert waarin wordt vastgesteld wat iemand nodig heeft om met plezier zijn werk te blijven doen, welke opleidingen nodig zijn om aan de functie-eisen te blijven voldoen en wat de werkgever daaraan kan bijdragen. Als dat betekent dat voor hem jobrotatie niet gunstig is gaat het niet door, want dan zou het beleid juist stressverhogend werken. Ook kan jobrotatie eraan bijdragen dat Siemens op belangrijke niveaus know-how kwijtraakt en dat kan eveneens een argument zijn om ervan af te zien. En tenslotte kan de noodzaak om als uitvloeisel van jobrotatie te verhuizen soms een struikelblok zijn om jobrotatie te realiseren.

Visie op gezondheid

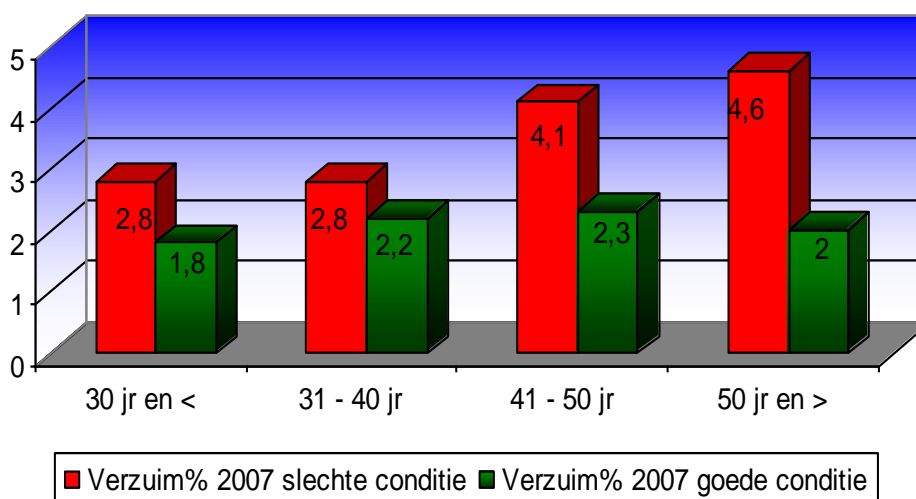
Het gezondheidsbeleid dat Siemens voert wordt door een aantal speerpunten gekenmerkt. Naast het vierjaarlijkse preventief medisch onderzoek (PMO) wordt er door Siemens regelmatig een periodiek onderzoek verricht, de zogenaamde WeBmonitor. De medewerkers vullen anoniem een vragenlijst on line in, krijgen na afloop hun individuele score en besluiten dan zelf of ze wel of niet contact opnemen met de Arbo-dienst van Siemens, hetgeen door Siemens wordt beschouwd als een individuele verantwoordelijkheid van de mensen zelf. Daarnaast ontvangt de Arbo-dienst de gegevens op afdelingsniveau. Deze gegevens worden met het management besproken en zijn daarna tevens agendapunt in elk werkoverleg. Vervolgens wordt een plan van aanpak opgesteld, waarin eventuele verbeteracties zijn opgenomen.

Eén van de kernen van het PMO is de Workability Index, die informatie verschaft over de werk-privébalans van werknemers en waaraan een fysieke test is gekoppeld om hun lichamelijke conditie te testen. Ook worden tijdens het onderzoek de werkverhoudingen besproken. Vijftig tot zestig procent van

de bedrijfspopulatie van Siemens doet hier in ieder geval aan mee, een percentage dat door Siemens als bevredigend wordt ervaren. Komt er uit het periodiek onderzoek een bepaald risicoprofiel dan wordt er op geïntervenieerd. Als bijvoorbeeld de BMI te hoog is worden leefadviezen gegeven over voeding en beweging; tevens het meest gegeven advies door Siemens. Daarnaast worden de VO2-max en de Framingham Index (een index voor risico op hart- en vaatziekten) bepaald. Bij een disbalans worden mensen op een kortere termijn terugbesteld, waarna een aantal instrumenten opnieuw wordt afgenomen. Dit gebeurt op vrijwillige basis, maar als mensen echt in een risicogroep zitten wordt een dringender beroep op hun gedaan om opnieuw te komen. Als het echt niet goed gaat met een medewerker vindt een gesprek plaats tussen leidinggevende, betrokkene, bedrijfsmaatschappelijk werk en personeels-medewerker (tertiaire preventie).

Werknemers van 50 met een goede lichamelijke conditie verzuimen aanzienlijk minder dan werknemers van 30 met een slechtere conditie, zo blijkt uit Siemens cijfers (zie figuur 6). Hieruit blijkt dat naast gewicht ook conditie van belang is.

Verzuim vs conditie 2007



FIGUUR 6 VERZUIM VERSUS CONDITIE ONDER WERKNEMERS SIEMENS

Na een ziekmelding wordt door Siemens binnen een week met betrokkene contact opgenomen. Bij burnout zijn mensen doorgaans binnen zes weken weer op zijn minst voor een deel weer aan het werk. Siemens heeft sinds jaar en dag een verzuimpercentage van 2 tot 2.5%.

Siemens zet ook de digitale RSI-kansmonitor uit, die van een feedbackknop is voorzien zodat medewerkers hun persoonlijke feedback op hun beeldscherm kunnen weergeven en kunnen zien waar zij als persoon risico lopen. Het is een elektronische vragenlijst met werkdrukfactoren die met een benchmark wordt vergeleken. Onderdeel van de gegeven feedback is tevens een gezondheidsadvies. De RSI-kansmonitor biedt Siemens de mogelijkheid om medewerkers te detecteren die qua gezondheid op de grens zitten. Deze personen worden opgeroepen op het spreekuur van de bedrijfsarts, die gerichte adviezen geeft ter verbetering van de situatie, zoals bijvoorbeeld verwijzing naar het bedrijfsmaatschappelijk werk om grenzen te leren bewaken of naar de fysiotherapeut. Na drie maanden worden

deze medewerkers opnieuw uitgenodigd om te beoordelen of de situatie is verbeterd. Uit de praktijk blijkt dat in 80% van de gevallen de gezondheidsklachten nagenoeg zijn verdwenen.

Toekomst

Siemens benadrukt dat het managen van gezondheid en stress binnen een bedrijfspopulatie van de arbodienst en het management een pro-actieve opstelling vraagt. Zo is een gevolg van het beleid van veel instellingen om de productie naar het buitenland (Brazilië, India en China) te verplaatsen en het 'outsourcen' van primaire procestaken (zoals schoonmaken en postkamer) naar andere bedrijven dat in Nederland en ook bij Siemens het hoger opgeleid personeel overblijft. Daardoor heeft Siemens een aantal hele elementaire functies niet meer in huis en dat levert weer nieuwe knelpunten op. Er zijn namelijk ook mensen die een neerwaartse carrière spiraal ingaan (bijvoorbeeld door een CVA te hebben doorgemaakt of door op de verkeerde manier te zijn aangestuurd waardoor bij teveel uitdaging faalangst is ontstaan). De vraag is waar die medewerkers dan moet worden geplaatst. Siemens noemt in dat verband het begrip demotie, waarmee het tegenovergestelde van promotie wordt bedoeld. Demotie wordt volgens Siemens de komende jaren een belangrijk beleidspunt. Zij geven aan dat demotie binnen onze maatschappij wordt geassocieerd met statusverlies. Vier in plaats van vijf dagen werken op oudere leeftijd wordt normaal gevonden, maar teruggaan naar een baan met minder stress en aanzien niet. Daarbij komt het feit dat bij demotie – in weerwil van de mening van de vakbonden – ook een lager salaris hoort. Duurzame inzetbaarheid, zo onderstrepen zij, is een continu samenspel tussen medewerker, arbodienst, leidinggevende, HR-manager, Raad van Bestuur en OR. Zonder een integraal personeelsbeleid is een arbodienst, intern of extern, vleugellam.

De Rabobank

De Rabobank Groep is een internationale financiële dienstverlener op coöperatieve grondslag, actief op het gebied van retailbanking, wholesalebanking, vermogensbeheer, vastgoed en verzekeren. In Nederland ligt de nadruk op financiële dienstverlening, de internationale focus is gericht op de food & agribusiness. De Rabobank Groep bestaat uit 152 zelfstandige lokale Rabobanken en hun centrale organisatie Rabobank Nederland met een aantal dochterondernemingen. De onderdelen kennen een sterke onderlinge verwantschap. In totaal werken er ruim 60.000 fte in 46 landen. De Rabobank Groep heeft ruim 1,7 miljoen leden en bedient wereldwijd circa 9,5 miljoen klanten. De lokale Rabobanken vormen het coöperatieve kernbedrijf van de Rabobank Groep. In totaal werken er in Nederland circa 29.000 fte (50.000 medewerkers) en bedienen zij ruim 7,5 miljoen Nederlandse particuliere en zakelijke klanten met een volledig pakket financiële diensten. De bijna 1.100 vestigingen en ruim 3.000 geldautomaten vormen samen het dichtste bankennetwerk van ons land (www.jaarverslagenrabobank.nl). De Rabobank Groep heeft een interne arbodienst met ongeveer 80 werknemers. De interne Arbodienst werkt in drie teams; twee teams voor de lokale banken in Nederland (Team Noord en Zuid), en een team voor de centrale organisatie, Rabo International en de dochters van de Rabobank. Binnen de interne Arbodienst werken verschillende disciplines:

- bedrijfsartsen;
- arbeidsdeskundigen;

- arbo-adviseurs;
- arbeid- en organisatie-adviseurs.

Op de interne Arbo-dienst wordt doorgaans via een aantal wegen een beroep gedaan:

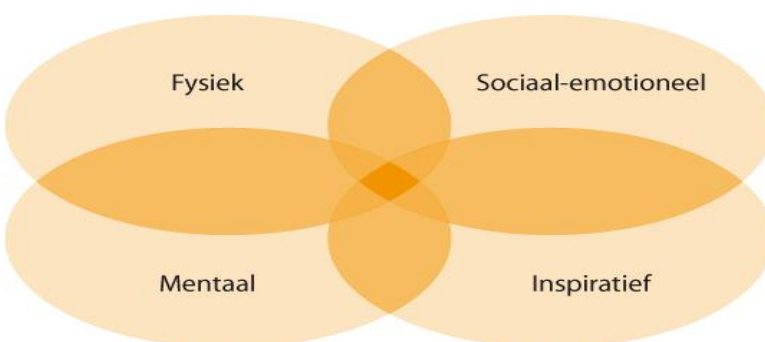
- op initiatief van de medewerker;
- via de leidinggevende, al dan niet in overleg met de bedrijfsarts;
- via het management dat de Arbodienst inschakelt;
- door een bank of afdeling die een onderzoek heeft gedaan en ondersteuning wenst bij het vervolg;
- als uitvloeisel van gegeven workshops.

Daarnaast bezoekt de Arbodienst pro-actief de lokale banken en afdelingen om tussentijdse signalen te bespreken en behoeften te inventariseren.

Visie op vitaliteit

De Rabobank geeft aan een hoog ambitieniveau te hebben en daarom van hun medewerkers grote prestaties te verlangen, waarbij resultaatgerichtheid en ondernemingsgezindheid centraal staan. Daarom neemt blijvende vitaliteit van werknemers in het beleid van de Rabobank een belangrijke positie in, waarbij onder vitaliteit de optelsom van een goede gezondheid en een optimale inzetbaarheid wordt verstaan.

Vitaliteit raakt volgens de Rabobank aan vier domeinen: fysiek, mentaal, sociaal-emotioneel en inspiratief, populair gesteld: lijf, hoofd, hart en ziel. De balans tussen deze vier domeinen is van groot belang. Omdat de een niet belangrijker is dan de andere is het nodig om aan alle vier aandacht te besteden. Zowel werk als privé kunnen van invloed zijn op de balans. Een werknemer voelt meestal zelf aan wat hem energie geeft en wat (teveel) energie kost. De verantwoordelijkheid voor vitaliteit ligt bij de medewerker én de manager. De medewerker is verantwoordelijk voor zijn eigen vitaliteit, de manager is verantwoordelijk voor het scheppen van de juiste voorwaarden.



FIGUUR 7 VISIE OP VITALITEIT

Periodieke monitoring van stress

Onderzoek vormt de basis van veel interventies ter preventie van stress en het bevorderen van bevlogenheid binnen de Rabobank. De Arbodienst voert aan de hand van anonieme vragenlijsten

werkbelevingsonderzoek uit. Dit werkbelevingsonderzoek maakt ook deel uit van het RI&E/Pago. Het moment van onderzoek kiezen banken en afdelingen zelf. Gemiddeld voeren banken en afdelingen één keer per 1-2 jaar een onderzoek uit.

In de vragenlijst zitten ondermeer delen van de VVBA vragenlijst en een bevlogenheidsschaal van Schaufelli. Door onderzoeksresultaten af te zetten tegen interne benchmarks en eigen historische onderzoeksgegevens kan een beeld worden verkregen van de situatie op een lokale bank of afdeling. Daarnaast vindt ook toetsing plaats aan de normen van het door de Rabobank centraal opgestelde Arbobeleidskader ten aanzien van arbeid en stress. Zo kunnen spanningsklachten binnen bepaalde groepen c.q. afdelingen worden vastgesteld.

Als een afdeling boven de norm van het Arbobeleidskader en de benchmark van het referentiebestand uitkomt, stellen ze een plan van aanpak op. De A en O-er is hierbij adviseur. Samen met de bank of afdeling worden oorzaken van stress in kaart gebracht. Hierbij maakt de Arbodienst gebruik van verschillende modellen, zoals het model belasting – belastbaarheid, het vitaminemodel en het Webmodel. De uitkomsten van de vragenlijst zijn namelijk niet meer dan 'een foto' en pas na uitgebreide analyse kan een afdeling een goed plan van aanpak opstellen. Effectmeting vindt plaats door de uitvoering van een volgend onderzoek. De Rabobank verricht al enige jaren onderzoek met dezelfde vragenlijst, en dit geeft inzicht in trends. De Rabobank stelt regelmatig data beschikbaar voor wetenschappelijk onderzoek. Dit borgt niet alleen de kwaliteit van het onderzoek, maar geeft ook inzicht in de verbanden tussen oorzaken en effecten in brede zin. Dit vergroot de gebruikerswaarde van het onderzoek voor de organisatie en de mogelijkheid om gegevens als stuurinformatie te gebruiken. Zo worden gegevens ook gebruikt voor performance-indicatoren voor managers, lokale banken en afdelingen.

Interventies

Op geleide van het door de Arbodienst getoetste plan van aanpak kunnen gerichte interventies worden aangeboden, die veelal door de Arbodienst, vaak in samenwerking met HR en de klant, zelf zijn ontwikkeld. Een belangrijk voorbeeld van interventies zijn diverse workshops voor leidinggevenden. De Arbodienst heeft hierbij de visie dat het effectief is als zij leidinggevenden leren om stress te signaleren en bespreekbaar te maken binnen de afdeling. En een voorwaarde is dat leidinggevenden hun eigen stress kunnen hanteren. Hieraan wordt bijvoorbeeld aandacht besteed door gebruik te maken van de RET-techniek en de veerkrachttest. Voor medewerkers heeft de Arbodienst het programma Gezond in Balans, waarbij in zes bijeenkomsten geleerd wordt om stress te hanteren. De Arbodienst is ook bezig met de ontwikkeling van een programma Inspiratie en Zingeving, dat erop is gericht om managers en teams te laten kijken naar het belang van inspirerend en zingevend werk en vitaliteit en de wijze waarop je daar met je medewerkers in gesprek raakt.

Actuele ontwikkelingen

Omdat de afdelingen vrijwillig de frequentie bepalen van het werkbelevingsonderzoek en aan dit onderzoek kosten zijn verbonden valt er wel enige invloed van de economische omstandigheden te bespeuren. Zo valt er een kleine terugloop te signaleren in het aantal werkbelevingsonderzoeken en workshops. Er is binnen de Raad van Bestuur een discussie gevoerd in het kader van 'gezond bankieren

in turbulente tijden'. De Arbodienst heeft samen met HR een actieplan gemaakt gericht op stresshantering in turbulente tijden. Het centrale thema hierin is het bevorderen van veerkracht. Dit leidt in 2010 tot gerichte interventies die organisatiebreed worden ingezet.

Rabo Unplugged

De Rabobank is bezig met een ontwikkeling naar 'Unplugged werken'; de ontwikkeling van een nieuwe werkstijl gericht op meer tijd- en plaatsonafhankelijk werken, activiteiten gerelateerd werken, samenwerken, minder regels, meer eigen verantwoordelijkheid en meer ondernemerschap.

Op dit moment draait binnen de Rabobank een pilot met 500 medewerkers die unplugged werken. De Arbodienst heeft een evaluatie gedaan naar de werkbeleving. Opvallend is dat werknemers eerder meer uren zijn gaan werken, maar desondanks een betere leefbalans ervaren. Het project heeft de vraag doen rijzen wat er binnen een werkgemeenschap minimaal nodig is aan sociale cohesie en hoe dat binnen afdelingen die bij het project betrokken zijn bespreekbaar moet worden gemaakt. Omdat werknemers bij unplugged werken minder zichtbaar zijn voor hun leidinggevenden heeft de Arbo-dienst het programma 'de gezonde leefbalans' ontwikkeld, dat inspeelt op het feit dat mensen zelf dienen te bepalen wat hun gezonde leefbalans is en hoe zij hun eigen grenzen niet overschrijden, bijvoorbeeld met betrekking tot het op tijd nemen van pauzes, maar ook met het vinden van hun eigen 'uitknop' (wanneer stop je met werken). Dit laatste blijkt vooral te gelden bij werknemers die ervoor kiezen om veel thuis te werken.

Effecten van gezondheidsbeleid

Analyse van de effecten van gezondheidsbeleid vindt, net zoals dat bij stress het geval is, plaats aan de hand van de werkbelevingsvragenlijsten. Voor het doen van statistische toetsen wordt de Rabobank ondersteund door SKB-vragenlijst services. Wel hebben zij zelf ook een onderzoeker in dienst binnen de afdeling business services. Het duiden van de toetsen voor het beleid doet de Rabobank zelf.

Nieuwe interventies

De Arbodienst van de Rabobank geeft aan voortdurend bezig te zijn met het ontwikkelen van nieuwe interventies in het kader van gezondheidsbeleid. Dit gebeurt door kennis op te doen bij A&O- vereniging, via het internet, door naar congressen te gaan, op initiatief en in samenwerking met leidinggevenden etc. De keuze welke interventie in welke situatie wordt aangeboden wordt door meerdere factoren bepaald. Niet altijd kan daarbij datgene worden ingezet dat het beste aansluit bij de oorzaak van het probleem. Indien bijvoorbeeld blijkt dat een probleem voortkomt uit een knelpunt op afdelings- of organisatieniveau dan wil dat niet zeggen dat dat altijd tot een interventie leidt die op dit niveau aangrijpt. Leidinggevenden zijn zeer terughoudend om wijzigingen aan te brengen in de organisatie van het werk. Bovendien hangen werkprocessen op één afdeling vaak nauw samen met die op andere afdelingen, zodat – indien de leidinggevende daartoe al bereid is – een interventie doorgaans niet geïsoleerd aan één afdeling kan worden aangeboden. Bij de vraag 'wat bij wie werkt' speelt volgens de Arbodienst ook het begrip regelruimte een belangrijke rol. Zo hebben meer productiegebonden afdelingen, zoals hypotheekverwerkingsafdelingen en betalingsafdelingen minder regelruimte dan afdelingen waar professionals werken die hun 'target' moeten zien te halen en zelf kunnen bepalen hoe ze dat doen. De mogelijkheden om aan te grijpen op de regelruimte verschillen dan ook sterk per afdeling.

3.3.3 Samenvatting best practices

Siemens en de Rabobank zijn beiden bedrijven die op het terrein van gezondheidsbeleid, inclusief stressmanagement, in ons land een voortrekkersfunctie vervullen. Beide bedrijven zetten zich actief in voor het vormgeven van een goed gezondheidsbeleid en beide bedrijven maken daarbij gebruik van wetenschappelijke gegevens en evaluaties. Er zijn echter tussen beide bedrijven op het terrein van stressmanagement wel enige accentverschillen. Siemens werkt vanuit een theoretisch kader, het WEB-model, en kiest haar interventies in nauwe samenhang met dit model. Compensatie van stressoren speelt in dat verband bij Siemens een grote rol, immers, zo redeneren zij, binnen veel bedrijfstakken van Siemens is een groot aantal stressfactoren een gegeven, waarop maar zeer beperkt invloed uit kan worden geoefend. De Rabobank is minder aan één model gebonden en gebruikt meerdere modellen, waarvan sommigen door de eigen Arbo-dienst zijn ontwikkeld. Zowel Siemens als de Rabobank voeren vragenlijstonderzoek onder hun werknemers uit om gezondheidsrisico's en stressbronnen in kaart te brengen. Bij Siemens vindt dit vragenlijstonderzoek op vaststaande tijdstippen plaats, bij de Rabobank geschiedt het op initiatief van de afdelingen zelf en daardoor op het door hen gewenste moment. Beide bedrijven zijn bereid uit oogpunt van gezondheidsbeleid (waaronder stressreductie) de organisatie van het werk aan te passen, al dan niet in een experimentele opzet. Siemens hanteert in dat kader een vierjarige cyclus van jobrotatie om verveling en verstarring bij werknemers tegen te gaan, de Rabobank experimenteert met 'unplugged' werken met het doel om bij te dragen aan een gezonde werk – privébalans van haar werknemers. Van Siemens is bekend dat zij al sinds lange tijd een zeer laag ziekteverzuim hebben (2 – 2.2%), de Rabobank neemt met een ziekteverzuim van 3.7% in 2008 eveneens een lage positie in. Deze cijfers kunnen een aanwijzing vormen dat een pro-actief en theoretisch ondersteund gezondheidsbeleid effect kan sorteren.

3.4 Onderzoek bestand verzekeringsmaatschappij

Inleiding

Zoals uit dit rapport blijkt zijn de meeste stressmanagementinterventies die in de praktijk worden toegepast op het individu gericht met als doel om individuen via uiteenlopende strategieën beter met stress te leren omgaan. Dit bevestigt het beeld, dat uit de wetenschappelijke en beleidsliteratuur naar voren komt, dat de meeste programma's zich op het individu richten en niet op organisatieaspecten. Is dat een probleem? Reviews en meta-analyses laten zien dat op het individu gerichte programma's, en met name cognitief-gedragmatige interventies, redelijk effectief zijn en effectiever dan organisatiegerichte programma's. In die zin sluit de praktijk kennelijk goed aan bij de bevindingen uit de literatuur.

Er is echter wel een aantal kanttekeningen te maken bij het feit dat organisatiegerichte interventies geen effect lijken te hebben. Ten eerste worden bijna alle effecten, ook bij organisatiegerichte interventies, gemeten aan het individu en deze berusten dus, omdat het focus van de interventie niet op het individu ligt, op een intermediair effect. Dat maakt het aannemelijk dat het enige tijd vergt voordat effecten zichtbaar zijn op het niveau van het individu. Zo zijn veel organisatiegerichte interventies gericht op het vergroten van job control (autonomie, regelruimte) voor medewerkers. Het is echter de vraag of die toegenomen controle meteen een positief effect heeft op medewerkers. Er zijn individuele vaardigheden

nodig om die toegenomen regelruimte te kunnen percipiëren en benutten, zeker als men er niet aan gewend is. Het kost enige tijd voordat die vaardigheden zijn ontwikkeld. Alhoewel de tijdlijn van organisatiegerichte interventies gemiddeld langer is dan van individugerichte programma's, vinden de metingen doorgaans direct na de interventie plaats.

Ten tweede zijn organisatiegerichte interventies gevoeliger voor allerlei verstoringen, zowel door de langere tijdlijn van de interventie zelf als door de constante dynamiek die de huidige economie domineert. Naast deze kanttekeningen bij de uitkomsten van organisatiegerichte programma's geldt het 'principiële uitgangspunt'- en tevens de 'interne logica' - van preventie dat primair de *bron* van het probleem moet worden aangepakt en niet *de gevolgen*.

Er blijft dus een controverse en een dilemma bestaan ten aanzien van het focus van interventies.

Individugerichte programma's zijn makkelijk uit te voeren en te toetsen en blijken relatief effectief, terwijl de principiële voorkeur van preventieve maatregelen uitgaat naar bronaanpak. Hiervan is de effectiviteit echter moeilijk vast te stellen.

Het zou behulpzaam zijn in deze controverse als we wisten of stressrelevante factoren, zoals job control / regelruimte, werkdruk en sociale steun, in belangrijke mate samenhangen met organisatie-aspecten zoals kenmerken van de functie of de rol van de leidinggevende. Om die vraag te kunnen beantwoorden is een databestand nodig waarin al deze variabelen aanwezig zijn. Via een grote arbodienst bleek het mogelijk onderzoek te doen bij een grote verzekeringsmaatschappij waarvan een databestand beschikbaar was dat aan deze voorwaarden voldeed en waarin de vraagstelling kon worden getoetst. Die vraagstelling luidde: welk deel van job-control (regelruimte) en andere stressgerelateerde variabelen kan worden toegeschreven (wat is de verklaarde variantie) aan functiekenmerken / taakstructuur en welk deel aan de afdeling / rol van de leidinggevende.

Deze vraagstelling / hypothese is mede ingegeven vanuit de ervaring uit vele honderden stress/(gezondheids)-management trainingen met bijbehorend uitgebreid assessment bij een groot telecommunicatiebedrijf in de '90er jaren die leidden tot de observatie dat de mate van controle die mensen ervaren (zoals eerder aangegeven een krachtige 'resource' met betrekking tot stress) op drie niveaus kan worden bedreigd: 1) de functie kan wat betreft organisatie-inbedding en taakstructuur op een 'verkeerd' niveau zitten, 2) er is een afdelingssituatie (leidinggevende) waarbij wel werkdruk wordt gedelegeerd maar geen 'job control' of regelruimte, 3) 1 en 2 zijn goed op dit aspect maar de werknemer kan de regelruimte die er is niet percipiëren en benutten.

Deze observatie/hypothese - die niet bekend is uit de literatuur – kon alleen ontstaan in de unieke context van een zeer groot bedrijf waar veel programma's werden uitgevoerd met trainingsgroepen die alle tot dezelfde functiegroep behoorden. Indien bevestigd geeft het een buitengewoon interessant perspectief op een gedifferentieerde advisering en aanpak van stressmanagement: bij 1) interventies op taakstructuur of programma's gericht op de passieve coping (relaxatie of fysieke training), bij 2) interventies gericht op de leidinggevende en bij 3) cognitief-gedragsmatige interventies.

Methode en resultaten

In totaal namen 650 (56.1%) werknemers deel aan het Periodiek Medisch Onderzoek. Om op functieniveau en leidinggevende niveau te kunnen analyseren werden 216 deelnemers geëxcludeerd omdat hun functie niet duidelijk was. Deelnemers werkzaam in twee grote afdelingen die werden aangestuurd door meerdere managers werden ook geëxcludeerd (n = 344). Negentig werknemers die werkzaam waren in afdelingen met één leidinggevende en die een goed omschreven functie hadden werden in het onderzoek opgenomen. In tabel 1 wordt de verklaarde variantie (de mate waarin de uitkomst van een variabele kan worden toegeschreven aan een kenmerk) weergegeven van zowel het functie- als het afdelingsniveau.

TABEL 1 VERKLAARDE VARIANTIE VAN STRESSGERELATEERDE VARIABLEN OP FUNCTIE- EN AFDELINGSNIVEAU

Verklaarde variantie op functieniveau		Verklaarde variantie op afdelingsniveau	
Werkgerelateerd aspecten			
38%	regelruimte (job autonomy)	39%	steun door de leidinggevende
36%	skill discretion (ruimte voor ontplooiing)	31%	regelruimte (job autonomy)
27%	steun door de leidinggevende	31%	steun door collega's
14%	taakeisen (job demands)	29%	skill discretion (ruimte voor ontplooiing)
10%	steun door collega's	28%	taakeisen
Coping			
22%	actieve coping	25%	afleiding zoeken
15%	afleiding zoeken	20%	actieve coping
10%	passieve coping	20%	passieve coping
Klachten			
22%	depressie	22%	herstelbehoefte
17%	angst	16%	angst
17%	distress	14%	distress
10%	herstelbehoefte	14%	depressie

Uit de tabel blijkt dat een aanzienlijk deel van de variantie in ervaren controle en andere stressgerelateerde variabelen wordt verklaard door zowel het functie- als het afdelings / leidinggevende niveau. Deze niveaus komen ongeveer overeen met de blokken 3 en 4 in het stressproces model dat in hoofdstuk 1 werd gepresenteerd. De uitkomsten suggereren daarmee dat dit ook zinvolle niveaus van interventie zouden kunnen zijn. De uitkomsten laten tevens zien dat – in deze organisatie – de ‘controle-variabelen’ (autonomy en skill discretion) meer met de functie samenhangen, terwijl ervaren werkdruk meer met de leidinggevende samenhangt. Steun door de leidinggevende (en ook door de collega's) hangt logischerwijs sterk samen met de leidinggevende. Coping en klachten hangen gemiddeld minder samen met de organisatiekenmerken functie en leidinggevende, wat logisch is omdat die vooral met de persoon worden geassocieerd. Desondanks wordt een aanzienlijk deel verklaard vanuit organisatiekenmerken. De

actieve coping hangt in gelijke mate samen met beide niveaus, terwijl de passieve coping meer met (stijl van) leidinggeven samenhangt dan met functie. Klachtniveaus hangen in mindere mate met organisatiekenmerken samen dan de meer direct aan het stressproces gerelateerde variabelen. Algemene conclusie uit dit deelonderzoek kan zijn dat veel voor het stressproces relevante variabelen samenhangen met en toegeschreven kunnen worden aan de functie en de afdeling (stijl van leidinggeven) en dat functie en stijl van leidinggeven daarmee 'logische' aangrijpingspunten voor stressmanagement interventies zouden kunnen / moeten zijn. Werkgerelateerde stressaspecten zoals regelruimte, ruimte voor ontplooiing en steun door de leidinggevende blijken in sterke mate samen te hangen met de functie, maar ook de meer aan de persoon gerelateerde factoren die bijdragen aan het stressproces, als actieve coping, en stressgevolgen zoals het hebben van depressieve klachten, worden voor een deel bepaald door de functie. Alle genoemde factoren hangen ook sterk samen met de afdeling, waarbij een afdeling is opgevat als een unit die door één leidinggevende wordt aangestuurd, zodat de stijl van leidinggeven een belangrijke rol speelt. Dit komt tot uitdrukking in het feit dat de ervaren steun door de leidinggevende sterk samenhangt met dit niveau. De resultaten van dit deelonderzoek onderstrepen het belang om bij stressinterventies niet alleen op het niveau van het individu aan te grijpen. De organisatie, en met name het functie- en afdelingsniveau, is een minstens zo belangrijk aangrijpingspunt voor interventies.

4. Conclusies en discussie

De centrale vraag van dit project is in hoeverre bedrijven bij hun aanbod van stressmanagement programma's de afweging betrekken welk programma (of welke methode) effectief is voor wie, en of men daarbij uitgaat van een model of theoretisch kader. Op basis van de gegevens die dit onderzoek heeft opgeleverd kan in antwoord op deze vraag met enige voorzichtigheid een aantal conclusies worden getrokken.

Literatuuronderzoek

Vanuit het literatuuronderzoek komt het beeld naar voren dat er nog weinig studies zijn verricht naar stressmanagement interventies die op andere niveaus dan het individuele niveau zijn gericht. Dit is een weerspiegeling van de praktijk waarin organisatiegerichte interventies zelden worden uitgevoerd. Reden daarvoor is onder andere dat een organisatiegerichte interventie een veel ingrijpender keuze van een bedrijf inhoudt dan een op medewerkers gericht programma. De in bedrijven gevoelde urgentie om te veranderen komt zelden voort uit HRM-motieven. De oorzaak daarvoor zou kunnen liggen in het feit dat sinds de industriële revolutie en de arbeidsdeling werk en functies centraal staat. De functieomschrijving is primair en de medewerker wordt, soms in uitgebreide assessments, daarbij gezocht. Dit geeft de rationale dat als iemand 'het niet goed doet' hij of zij op de verkeerde plek zit. Aanpassing van werk aan de persoon kan hooguit tijdelijk op medische gronden maar zit zelden in het standaard HRM-repertoire. Dit wordt ook zo gevoeld op het collectieve niveau. Als medewerkers stress ervaren, moeten zij daar beter voor worden toegerust of naar een andere functie worden toegeleid.

Studies naar op het individu gerichte interventies laten in de literatuur gemiddeld genomen een bescheiden effect zien. Op het werk of de organisatie gerichte interventies zijn veel minder vaak onderwerp van studie. De spaarzame studies die zich wel op de werkplek hebben gericht lijken aan te geven dat van op de persoon gerichte interventies een groter effect te verwachten valt dan van interventies die zich op de organisatie van het werk richten. Een kanttekening is hier echter op zijn plaats. Ten eerste zijn er aanwijzingen dat het gebrek aan bewijs voor de werkzaamheid van op het werk gerichte interventies ook samenhangt met tekortkomingen in de methodologie van de studies. Het is dus de vraag of dit gebrek aan bewijs voortkomt uit een niet bestaande werkzaamheid of een gebrek aan bewijskracht. Ten tweede is het doen van valide en betrouwbaar onderzoek naar het effect van individuele interventies methodologisch minder complex dan het doen van onderzoek naar het effect van interventies die op de organisatie zijn gericht. Zo nemen organisatiegerichte interventies meer tijd dan individugerichte interventies. Mede daardoor zijn ze zelden 'zuiver' te houden: een door HRM ingezette interventie om de regelruimte te vergroten wordt bijvoorbeeld doorkruist door een directieprogramma om de efficiency te verhogen. Daarnaast speelt ook de tijdlijn van meten een rol. Individugerichte programma's hebben vaak een meting direct na de interventie. Effecten van de interventie kunnen dan, zonder verstoring door andere factoren, direct worden gemeten. Bij organisatiegerichte interventies duurt het langer voordat de effecten aan de individuele medewerker meetbaar zijn. Bij een directe meting (wat in veel studies gebeurt) worden nog maar beperkte effecten gevonden. Bij lange termijn metingen is ook hier weer de kans op 'verdunding' of neutralisering van de effecten door andere gebeurtenissen in de organisatie, groot.

Bovendien dienen interventies gericht op de organisatie vooraf te worden gegaan door een grondige analyse van de oorzaak van de stressklachten en dient een beeld te worden verkregen in welke mate stress aan factoren toe te schrijven valt die de organisatie of het werk betreffen en in welke mate stress met het individu verband houdt. Bedrijven hebben niet altijd de mogelijkheden en middelen voor een dergelijke analyse. Hoewel een dergelijke analyse idealiter ook aan op het individu gerichte interventies vooraf zou moeten gaan is dat doorgaans niet de praktijk.

Ten derde is uit de interviews met de providers gebleken dat het instrumentarium dat wordt gebruikt om stress in kaart te brengen vanuit het perspectief van persoonsgerichte interventies is ontwikkeld en daarom niet optimaal is om stressreductie bij groepen van werknemers vast te stellen.

Ten slotte is het onderzoek naar werkgerichte interventies tot nu toe nog zeer schaars en weinig divers. Studies waarin bijvoorbeeld interventies worden gebaseerd op het vergroten van de regelruimte in combinatie met cognitieve therapie zijn tot nu toe niet uitgevoerd. Het is met andere woorden gezien de huidige stand van de wetenschap te vroeg om de conclusie te trekken dat de literatuur een goede afspiegeling vormt van de (potentiële) mogelijkheden die verschillende stress management interventies bieden en dat individuele stressmanagement interventies per definitie te prefereren zijn boven interventies die op andere niveaus aangrijpen. Wel is het zo dat indien er bedrijven zijn die hun stressmanagement interventies kiezen op basis van de in de literatuur beschreven effectiviteit de huidige literatuur hun vooralsnog niet op het spoor van werkgerichte interventies zet.

Onderzoek onder bedrijven

Uit het onderzoek onder de bedrijven komt het beeld naar voren dat er weinig bedrijven zijn die zich bij de keuze voor hun interventies in het kader van gezondheidsbeleid (en derhalve stressmanagement) laten leiden door een theorie. De theorieën waarvan wordt aangegeven dat ze worden gebruikt hebben veelal betrekking op de individuele interventies zelf en veel minder op een ordenings- of beslissingsprincipe dat richting kan geven aan de vraag welke interventie in welke situatie het beste kan worden aangeboden. Evenmin worden door bedrijven wetenschappelijke instrumenten ingezet om die keuze te onderbouwen. Ook de vraag welke interventie bij welk soort problematiek het beste werkt kan door de meeste bedrijven niet goed worden beantwoord. Het aanbod van stressmanagement interventies binnen de meeste bedrijven wordt voor een belangrijk deel bepaald door de contacten die bedrijven met stressmanagement providers hebben, door financiële overwegingen van het management (duidelijk te illustreren met het feit dat er interventies worden geschrapt ten tijde van de economische crisis), door de core-business van de providers waarmee zij contact hebben (veel providers hebben hun eigen aandachtsgebied), door 'gunning' en door strategische argumenten. Inhoudelijke argumenten lijken zeker niet de boventoon te voeren bij de keuze voor een interventie. Uit de presentatie van de twee 'best practices' blijkt dat de geschetste situatie niet voor alle bedrijven geldt en dat de keuze voor een stressmanagement interventie wel degelijk gebaseerd kan zijn op een theorie en op wetenschappelijke onderbouwing. De twee 'best practices' tonen tevens aan dat naarmate het beleid binnen een bedrijf meer theoriegestuurd is en beter wetenschappelijk onderbouwd de keuze van interventies veel meer vraaggericht dan aanbodgericht is. Dit is echter eerder uitzondering dan regel.

Is wetenschappelijk onderzoek wel nodig?

Een relevante vraag in het kader van dit rapport is de vraag in hoeverre het gebruik van wetenschappelijke theorieën en het binnen bedrijven uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek wel zo nodig is. Uit de tevredenheidsscores van cliënten (individuen of groepen van individuen) die interventies hebben aangeboden gekregen blijkt immers dat er doorgaans sprake is van een grote tevredenheid onder de afnemers van stressmanagement interventies. Bovendien, zo zou men kunnen redeneren, gaat het er toch om dat een interventie *in de praktijk* blijkt te werken, waarbij het minder relevant is of deze een wetenschappelijk fundament heeft of niet. Op deze laatste redenering valt echter wel het een en ander af te dingen. Ten eerste vormen tevredenheidsscores geen betrouwbare basis om een oordeel te vellen over het effect van een interventie. Daar komt bij dat iemands tevredenheid met een interventie of behandeling tevens diens verwachtingen daaromtrent weerspiegelt. Een hoge tevredenheid is daarmee absoluut geen hard criterium met betrekking tot de kwaliteit van datgene dat wordt beoordeeld. Als iemand altijd drie kwartier op de polikliniek moet wachten dan is hij zeer tevreden als deze wachttijd tot een half uur wordt beperkt. In een programma krijgen medewerkers altijd meer aandacht dan ze gewend zijn en alleen die factor leidt al tot tevredenheid.

Ten tweede kunnen kanttekeningen worden geplaatst bij de constatering dat een interventie *in de praktijk* blijkt te werken, indien deze evaluatie niet tot stand gekomen is op basis van wetenschappelijk onderzoek. En zelfs al zou het effect van een interventie betrouwbaar zijn vastgesteld, dan nog is dat geen reden om van andere en wellicht effectievere mogelijkheden af te zien.

De analyses die zijn verricht op het bestand van een verzekeringsmaatschappij (paragraaf 3.4) onderstrepen het belang om vanuit een theoretische model te blijven kijken naar mogelijke verbreding van aangrijpingspunten. Uit deze analyses blijkt dat een aanzienlijk deel van de variantie in ervaren controle en andere stressgerelateerde variabelen wordt verklaard door de functie en het niveau van de leidinggevende. Het is daarom zowel vanuit ethisch als vanuit maatschappelijk en economisch oogpunt van belang om interventies ter preventie en reductie van stress niet alleen te richten op individuen maar ook op factoren die samenhangen met de organisatie.

Kanttekeningen bij de gehanteerde methodologie

Bij de methodologie van het onderzoek kan een aantal kanttekeningen worden geplaatst. Vooral bij het deelonderzoek dat zich richtte op de bedrijven en, zij het in mindere mate, bij het deelonderzoek onder providers kan selectiebias een rol hebben gespeeld. Zoals in het resultatenhoofdstuk is beschreven verliep het onderzoek onder bedrijven moeizaam. Veel bedrijven weigerden deelname of kwamen hun afspraken niet na, zelfs na herhaalde pogingen van de onderzoekers. De vraag rijst daarbij of de 24 bedrijven die wel aan het onderzoek hebben deelgenomen op stressmanagementgebied een actiever beleid voeren dan de bedrijven die van deelname afzagen. De laatste groep bedrijven heeft immers minder te 'tonen' binnen het kader van dit onderzoek en dat kan een reden hebben gevormd om niet mee te doen. Hoewel hiervoor geen concreet bewijs is gevonden kan een dergelijke vorm van selectie zeker niet worden uitgesloten. Dat zou kunnen betekenen dat het beeld dat aan de hand van dit onderzoek is ontstaan over de stand van zaken rondom stressmanagement binnen bedrijven in Nederland in termen

van verwetenschappelijking rooskleuriger is dan de werkelijkheid. Helaas kon in het kader van dit onderzoek geen non-respons analyse worden uitgevoerd, die deze hypothese kan toetsen.

Een ander opvallend gegeven ten aanzien van de dataverzameling betreft het feit dat geen van de benaderde providers deelname heeft geweigerd en er juist een groot enthousiasme te signaleren viel om gegevens te verstrekken en over het onderzoek mee te denken. Dit staat haaks op de reactie van het merendeel van de benaderde bedrijven. Dit kan wellicht te maken hebben gehad met het feit dat de onderzoekers zich alleen op de grotere providers hebben gericht, waarvan bekend is dat zij zich op het aanbieden van meerdere soorten van stressmanagement interventies richten. Ook kunnen commerciële factoren hierbij een rol hebben gespeeld; providers zagen in het project wellicht een mogelijkheid om hun producten voor het voetlicht te brengen, terwijl een dergelijke drijfveer niet bij bedrijven bestond. Ook bij het onderzoek onder providers kan selectiebias dus een rol hebben gespeeld.

Behalve dat selectiebias van invloed kan zijn geweest op de representativiteit van het onderzoek speelt in dat verband ook de grootte van de steekproef een rol. Vierentwintig bedrijven en 15 providers, die niet at random uit een doelgroep zijn gekozen, maar die onderdeel uitmaakten van een *convenience sample*, vormen statistisch gezien geen representatieve steekproef uit het Nederlandse bedrijfsleven en de Nederlandse markt van stressmanagement providers. Zowel de discussie omtrent selectiebias als die van de gekozen steekproefgrootte moet echter worden geplaatst binnen de mogelijke reikwijdte van dit onderzoek: een eerste voornamelijk kwalitatieve oriëntatie op de argumenten die bedrijven hebben om gebruik te maken van stressmanagement interventies en de overwegingen die bij bedrijven en providers ten grondslag liggen aan de keuze tussen alternatieve interventies. Deze studie schetst de contouren van een eerste globaal antwoord op die vragen. Om dat antwoord verder te preciseren zal aanvullend onderzoek verricht moeten worden.

Daarnaast is het van belang dat meer aandacht wordt geschonken aan het verrichten van methodologisch goed onderbouwd wetenschappelijk onderzoek naar het effect van op het werk gerichte stressmanagement interventies. De huidige focus op in het individu bij dit type interventies heeft bij veel bedrijven weliswaar de voorkeur, maar de resultaten van dit oriënterend onderzoek hebben laten zien dat daarmee een belangrijk potentieel aangrijpingspunt voor de reductie van stress wordt gemist. Gezien de omvangrijke effecten van stress kan dit grote ongewenste effecten voor organisaties hebben en voor maatschappelijke doelen. Een van de potentiële effecten is dat de arbeidsmarkt relatief ontoegankelijk kan blijken voor de kwetsbare groepen die binnen het participatiemodel worden geacht haar te betreden.

Samenvattende conclusies

In zijn algemeenheid kunnen interventies of handelingen van professionals op drie manieren onderbouwd zijn: 'evidence based' niveau (effectiviteit is aangetoond door wetenschappelijk onderzoek), 'practice based' niveau (effectiviteit blijkt in 'best practices') en het consensus of expertniveau (effectiviteit wordt verondersteld op basis van de gedeelde ervaring van professionals of van experts in het veld). In goed ontwikkelde wetenschapsgebieden zullen best practices en expertmeningen vaak aanleiding tot toetsend wetenschappelijk onderzoek zijn waarin zij evidence based kunnen worden. In een bepaalde fase van ontwikkeling van een veld kunnen best practices en expertmeningen worden beschouwd als kansrijke methodieken, waarvan de effectiviteit plausibel is maar nog bewezen moet worden. Binnen dit onderzoek

is binnen het veld van stressmanagementinterventies gekeken op welke niveaus wordt gehandeld. De beschikbare literatuur vormt de neerslag van wat op evidence based niveau bekend is over dit type interventies. Hieruit komt een beeld naar voren dat op het individu gerichte interventies een bescheiden effect laten zien. Cognitief-gedragsmatige interventies komen daarbij als meest effectief naar voren, met name bij medewerkers met veel regelruimte. Er is weinig onderzoek gedaan naar het werk of de organisatie gerichte interventies en de effectiviteit van die interventies kan (dan ook) niet worden vastgesteld.

In de praktijk worden voornamelijk op het individu gerichte interventies ingezet en wordt weinig gebruik gemaakt van interventies die zijn gericht op een aanpassing van het werk of de organisatie. Uit dit onderzoek komen ook aanwijzingen naar voren dat wetenschappelijke toetsing van het effect van ingezette interventies nog slechts spaarzaam geschiedt en dat theoretische onderbouwing bij de inzet ervan nog grotendeels ontbreekt. Deze praktijksituatie geldt echter niet voor alle bedrijven die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Uit de beschrijving van twee 'best practices' blijkt dat er wel degelijk bedrijven zijn die een theoriegestuurd stressmanagementbeleid voeren, wat een basis geeft voor het practice based niveau, en die bovendien wetenschappelijk onderzoek uitvoeren naar de effecten van dit beleid. Een gevolg van een dergelijk wetenschappelijk onderbouwd beleid ten aanzien van stressmanagement is dat dit beleid eerder een vraag- dan een aanbodgestuurd karakter krijgt en dat stressmanagement providers met een concrete inhoudelijke vraag naar interventies worden benaderd. Een gevolg zal – mogelijk en hopelijk – op termijn eveneens zijn dat het aantal wetenschappelijke publicaties over het effect van stressmanagementinterventies zal toenemen.

Het onderzoek gaf geen consensus opinion, of het zou – de impliciete – handelwijze moeten zijn dat vooral individugerichte programma's met een cognitief gedragsmatige insteek worden aangeboden.

We willen aan het rapport nog een kort expertoordeel van de onderzoekers toevoegen.

In ons oordeel kunnen individugerichte programma's een – belangrijk – onderdeel zijn van stressmanagement.

De voorkeur gaat daarbij uit naar cognitief-gedragsmatige programma's, maar dit geldt vooral voor mensen met veel regelruimte. Voor mensen met weinig regelruimte zijn ook relaxatie-programma's te overwegen.

Binnen de cognitief-gedragsmatige programma's lijkt een meer gedragsmatige aanpak (zoals stress-inoculatio training) beter aan te sluiten bij mannen en bij lager opgeleiden en op het klachtniveau bij overspanningsklachten en bij angstklachten.

Een meer cognitieve oriëntatie (bijvoorbeeld RET) lijkt beter aan te sluiten bij vrouwen en hoog opgeleiden en op het klachtniveau bij depressieve klachten en burnout.

Mede vanuit de resultaten van deze studie is de aanbeveling te doen dat naast op het individu gerichte interventies meer op de organisatie gerichte interventies ingezet moeten worden binnen het stressbeleid van bedrijven. Daar moet dan wel gericht onderzoek aan vooraf gaan om te bepalen welke organisatiefactoren het meest bijdragen aan de gesignaleerde c.q. ervaren stress. Binnen de uitdaging die duurzame inzetbaarheid voor het bedrijfsleven biedt is het ontoereikend om te volstaan met een eenzijdig beleid om werknemers aan het werk aan te passen maar zal mede moeten worden gekeken of en hoe werk moet worden aangepast om de kwaliteiten van werknemers optimaal te benutten.

Literatuur

1. Amelsvoort P van. De moderne sociotechnische benadering. Een overzicht van de sociotechnische theorie. ST-groep, Vlijmen, 1999.
2. Bakker AB, Demerouti E, Taris T, Schaufeli WB & Schreurs P. A multi-group analysis of the Job Demands - Resources model in four home care organizations. *International Journal of Stress Management* 2003;10,16-38.
3. Blatter B, Houtman I, Bossche S van den, Kraan K, Heuvel S van den. Gezondheidsschade en kosten als gevolg van RSI en psychosociale arbeidsbelasting in Nederland. TNO Kwaliteit van Leven 2005.
4. Croon EM de, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Psychometric properties of the Need for Recovery after work scale: test-retest reliability and sensitivity to detect change. *Occup Environ Med* 2006;63:202-6.
5. Dijk FJH van, Dormolen M van, Kompier MAJ, Meijman TF. Herwaardering model belasting-belastbaarheid. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1990;68:3-10.
6. Geuskens, GA, Hazes JM, Barendregt PJ, Burdorf A. Predictors of sick leave and reduced productivity at work among persons with early inflammatory joint conditions, *Scand.J Work Environ.Health* 2008;34:420-9.
7. Grime PR. Computerized cognitive behavioural therapy at work: a randomized controlled trial in employees with recent stress-related absenteeism. *Occup. Med.* 2004;54:353 – 9.
8. Groothoff JW, Brouwer S, Bakker RH, Overweg K, Schellekens JMH, Abma ., Nijhuis FJN, Pierik B. Eindrapportage BIMRA Beoordelen van Interventies en Meetinstrumenten bij Re-integratie naar Arbeid. Sectie Sociale Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen (2008).
9. Hek H van der, Plomp HN. Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies. *Occup. Med. Vol.;*1997:47:133 – 41.
10. Houtman I. Reliability and validity of the Dutch version of the Karasek Job Content Questionnaire. NIOSH/APA conference on stress, work and health. Washington, DC: APA; 1995.
11. Ivancevich JM, Matteson MT, Freedman SM, Philips JS. Worksite stress management interventions. *American Psychologist* 1990;45: 252 – 61.
12. Israel BA, Baker EA, Goldenhar LM, Heany CA. Occupational stress, safety and health: conceptual framework and principles for effective prevention interventions. *J. Occup. Health Psych.* 1996;3:261 – 86.
13. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 1988;78:1336 – 42.
14. Jones MC, Johnston DW. Reducing distress in first level and student nurses: a review of the applied stress management literature. *J. Adv Nurs.* 2000;32:66 – 74.
15. Jones D, Tanigawa T, Weiss SM. Stress management and workplace disability in the US, Europe and Japan. *J. Occup. Health* 2003;45:1 – 7.
16. Karasek. RA, Theorell T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York 1990: Basic Books.

17. Karasek R. Stress prevention through work reorganisation: a summary of 19 international case studies. In: V. DiMartino (ed.), Preventing stress at work: Conditions of Work Digest (p. 23-42), Genève 1992: International Labour Office (ILO);
18. Kompier AJK, Aust B, Berg A Van den, Siegrist J. Stress prevention in bus drivers: evaluation of 13 natural experiments. J. Occup. Health Psych. 2000;5:11 – 31.
19. Klink JJJ van der, Blonk RWB, Schene AH, Dijk FJH van. The benefits for work-related stress. Am. J. Pub. Health 2001;92:270 – 6.
20. Klink JJJ van der, Terluin B. Psychische problemen en werk. Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts. Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2005.
21. Koolhaas W, Van der Klink JJJ, Groothoff JW, Brouwer S. Towards a sustainable healthy working life: perceived problems, barriers, facilitators and support needs due to ageing (submitted).
22. Lamontagne AD, Keegel T, Loue AM, Ostry A, Landsbergis PA. A systematic review of the job stress Intervention evaluation literature, 1990-2005. Int. J. Occup. Environ Health 2007;13:268 – 80.
23. Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Preventing occupational stress in healthcare workers. Cochrane Database Syst. Rev. 2006; 18.
24. Mimura C, Griffiths P. The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. Occup. Environ. Med. 2003;60:10 – 5.
25. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Arbeidsomstandighedenwet. Den Haag : Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2008.
26. Mol M and de Vries J Ziekteverzuim het laagst bij werknemers met een hoge mate van autonomie en veel steun van collega's en leidinggevenden, Sociaaleconomische trends, 2e kwartaal 2009.
27. Murphy LR. Stress management in work settings: a critical review of the health effects. Am. J. Health Prom. 1996; 112 – 34.
28. Murphy LR, Sauter SL. The USA perspective: current issues and trends in the management of work stress. Australian Psychologist 2003;38:151 – 7.
29. Murphy LR, Sauter SL. Work organization interventions: state of knowledge and future directions. Soz. Präventivmed. 2004;49:79 – 86.
30. Pelletier KR, Lutz R. Healthy people – healthy business: a critical review of stress management programs in the workplace. Am. J. Health Prom. 1988;5 – 12.
31. Reynolds S., Interventions: what works, what doesn't? Occup. Med. 2000;50:315 – 319.
32. Rhenen W van, Blonk RWB, Klink JJJ van der, Dijk FJH van, Schaufeli WB. The effects of a cognitive and a physical stress-reducing programme on psychological complaints. Int. Arch. Occup. Health 2005;78:139 – 48.
33. Rhenen W van, Schaufeli WB, van Dijk FJH, Blonk RWB. Coping and sickness absence. Int Arch Occup Environ Health 2008;81:461 – 72.
34. Richardson KM, Rothstein HR. Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. J. Occup. Health Psych. 2008;13:69 – 93.
35. Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. Scand J Work Environ Health 2008;34:169 – 78.

36. Ruotsalainen MA, Serra JH, Verbeek JH. Preventing occupational stress in healthcare workers. The Cochrane Library, 2009.
37. Schreurs PJG, Willige G van de, Brosschot JF, Tellegen B, Graus GMH. The Utrecht Coping List. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1993.
38. Semmer NK. Job stress interventions and the organization of work. Scand. J. Work Environ Health 2006; 32;6:515 – 27.
39. Siegrist J. Adverse health effects of high effort - low reward conditions at work. Journal of Occupational Health Psychology;1996:1:27-43.
40. Sims J. The evaluation of stress management strategies in general practice: an evidence-led approach. Brit. J. Gen. Pract. 1997;47:577 – 82.
41. Soest K van, Lierop B van, Pijl D van der, and Crombag, P. Methode Maakwerk. Een handleiding voor het creëren van banen voor mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht:Vilans;2007.
42. Terluin B, Van Rhenen W, Schaufeli WB, De Haan M. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): measuring distress and other mental health problems in a working population. Work Stress 2004;18:187-207.
43. Terluin B, Van Marwijk HWJ, Adèr HJ, De Vet HCW, Penninx BWJH, Hermens MLM, Van Boeijen CA, Van Balkom AJLM, Van der Klink JJJ, Stalman WAB: The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. BMC Psychiatry 2006;6:34.
44. Warr PB. Work unemployment and mental health. Oxford: Oxford University Press, 1987.

BIJLAGE 1 VRAGENLIJST BEDRIJVEN

<p>1. Waarop is het stress-management programma dat binnen uw bedrijf is aangeboden gericht? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> op het aanpassen van het werk c.q. de stressbron (→ 2)</p> <p><input type="checkbox"/> op het beter leren omgaan met de gevolgen van stress (→ 3)</p> <p><input type="checkbox"/> anders, namelijk:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2. Indien het stress-management programma zich richtte op het aanpassen van het werk c.q. de stressbron, kunt u hiernaast dan kort omschrijven waaruit het programma bestond? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> veranderen van de organisatiestructuur</p> <p><input type="checkbox"/> vergroten betrokkenheid werknemers in het vormgeven van werkprocessen</p> <p><input type="checkbox"/> vergroten autonomie werknemers in het uitvoeren van hun werkzaamheden</p> <p><input type="checkbox"/> anders, namelijk:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>3. Indien het stress-management programma zich richtte op het beter leren omgaan met de gevolgen van stress c.q. stress-symptomen, waaruit bestond het programma dan precies? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> cognitieve gedragsmatige methodieken</p> <p><input type="checkbox"/> ontspanningsoefeningen / ademhalingsoefeningen</p> <p><input type="checkbox"/> fysieke inspanning</p> <p><input type="checkbox"/> anders, namelijk:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4. Indien bij het stress-management programma van een theoretisch model is uitgegaan, welk model betrof dat dan?</p>	<p><input type="checkbox"/> er is niet van een theoretisch model uitgegaan</p> <p><input type="checkbox"/> het model betrof het model van</p> <p><input type="checkbox"/> anders, namelijk</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

5. Op welke manier is het stress-management programma binnen uw bedrijf aan werknemers aangeboden?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- het programma werd op afdelingsniveau aangeboden
- het programma was een groepstraining met vrije inschrijving
- het programma bestond uit een module (al of niet via internet) die werknemers zelf zonder verdere begeleiding konden volgen
- anders, namelijk:.....
.....
.....

6. Om hoeveel sessies van welke tijdsomvang ging het?

Het ging om sessies van uur

7. Op welke werknemers was het stress-management programma gericht?

- op het gehele bedrijf
- op mensen die een verhoogd risico lopen
- op risico-afdelingen binnen het bedrijf
- anders, namelijk:.....
.....
.....

Indien het programma was gericht op mensen met een verhoogd risico of op risico-afdelingen hoe werd dat risico dan vastgesteld?

- door zelf-aanmelding
- werd vastgesteld aan de hand van vragenlijsten
- via signalen vanuit het management
- via signalen vanuit de Arbo-dienst
- anders, namelijk:.....
.....
.....

8. Hoe werd het effect van het stress-management programma gemeten?

- dit effect werd niet gemeten
- op organisatieniveau (b.v. ziekteverzuim, productiviteit)
- op individueel niveau (b.v. vragenlijst, bloeddruk)
- anders, namelijk:.....
.....
.....

9. Kunt u aangeven wat de resultaten van het stress-management programma waren?

Het programma was:

- zeer succesvol
- succesvol
- redelijk succesvol
- enigszins succesvol
- niet succesvol

Waarop heeft u dit oordeel gebaseerd?

.....
.....
.....

10. Kunt u aangeven welke werknemers het meeste aan het stress-management programma hebben deelgenomen?

- werknemers met een beperkte autonomie t.a.v. het werk (geringe mate van job-control) %
- werknemers met een gemiddelde autonomie t.a.v. het werk (gemiddelde mate van job-control) %
- werknemers met een hoge mate van autonomie t.a.v. het werk (hoge mate van job-control) %
- anders, namelijk:.....

.....
.....

11. Wie was de aanbieder van het stress-management programma?

- afdeling binnen eigen bedrijf
- interne arbo-dienst
- externe arbo-dienst of andere provider, genaamd
- anders, namelijk:.....

.....

BIJLAGE 2 INTERVIEWFORMAT PROVIDERS

Korte uitleg over het onderzoek vooraf

Wij voeren momenteel in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid een onderzoek uit naar het effect van interventies om stress bij werkenden te reduceren. De centrale vraag bij dit onderzoek luidt:

WELK SOORT VAN INTERVENTIE (BIJVOORBEELD COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE OF RELAXATIETHERAPIE) WERKT BIJ WELK SOORT PROBLEMATIEK (BIJVOORBEELD HOGE ERVAREN WERKDRUK OF BURNOUT) EN BIJ WELK SOORT WERK (BIJVOORBEELD WERK MET VEEL OF MET WEINIG REGELRUIMTE) HET BESTE?

Bij het zoeken naar een antwoord op deze vraag willen wij op twee manieren te werk gaan. Ten eerste hebben we bij een aantal bedrijven uit verschillende sectoren (bankwezen, industrie, verzekeringsbranche, gezondheidszorg, bouw, spoorwegen) benaderd met een korte vragenlijst om te inventariseren of zij iets doen op het terrein van stressreductie bij leidinggevenden of werknemers. Hieruit zijn tevens een aantal aanbieders (providers) van stressmanagementprogramma's naar voren gekomen. Het tweede deel van het onderzoek bestaat uit het benaderen van deze providers voor een interview om hun ervaringen met stressmanagement interventies in kaart te brengen.

Vragen:

1. Uw bedrijf biedt stressmanagementprogramma's aan bedrijven aan. Kunt u ons aangeven wat uw functie daarbij is?
2. Wat voor soort stressmanagementprogramma's voert u uit?:
 - Op welke specifieke problematiek richten deze zich?
 - Op welk soort cliënten richten deze zich?
 - Gaan de programma's van een bepaald model uit (b.v. Karasek)?
 - Waaruit bestaan de programma's c.q. de interventies precies?
 - Op welke wijze worden de programma's aangeboden (groepsgewijs, individueel etc.)?
3. Hoe is de intake procedure? Wordt het programma aan hele afdelingen aangeboden. Zo ja, hoe worden die geselecteerd. Of zijn het programma's met open inschrijving? Zo ja, vindt er dan een selectie plaats bij de intake? (lijstje met stresssymptomen of anderszins)
4. Indien u meerdere interventies kunt aanbieden, waarop baseert u dan uw beslissing omtrent de keuze van een interventie?
5. Welke parameters worden gebruikt om vast te stellen of het programma c.q. de interventie effect heeft? Is uw bedrijf belast met het in kaart brengen van die parameters of is de werkgever die uw opdracht heeft verstrekt hiervoor verantwoordelijk?
6. Hoe worden de grenzen bepaald tussen het al of niet succesvol zijn van het programma; m.a.w. wanneer beschouwt u een programma als succesvol?
7. Wat is vanuit uw ervaring bij meerdere bedrijven met het uitvoeren van stressmanagementprogramma's het antwoord op de centrale vraag: wat (welke interventie) werkt voor wie (diagnose, werksoort) en hebt u een idee waarom? Kunt u aangeven waarop u dat oordeel baseert?

BIJLAGE 3 SELECTIE VAN BEDRIJVEN

Eerste selectie van bedrijven (in afstemming met SZW)

- het bankwezen (6)
- het onderwijs (4)
- de industrie (4)
- de zorgverzekeringssector (6)
- de gezondheidszorg (5)
- de bouw (4)
- het openbaar vervoer (1)
- de landelijke politie (1)

Tweede selectie van bedrijven (op basis gegevens onderzoek Effectory)

- supermarkketens (2)
- advocatenkantoren (1)
- schoenenbedrijven (2)
- uitgevers (2)
- kledingbedrijven (2)
- vervoersbedrijven (1)
- electrotechnisch bedrijf (1)
- ziekenhuizen (3)
- instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (1)
- verzekeraars (1)
- vakantieparken (1)
- warenhuizen (1)
- re-integratiebedrijven (1)
- luchtvaartmaatschappijen (1)
- luchtvaartindustriebedrijven (1)
- advies- en ingenieursbureau's (2)
- zoetwarenconcerns (1)
- bedrijven binnen de facilitaire dienstverlening (1)

Derde selectie van bedrijven (op basis gegevens onderzoek Intermediair)

- internetspecialisten (1)
- gemeenten (1)
- organisatieadvies bureaus (2)
- ICT-bedrijven (1)
- staal-aluminiumbedrijven (1)
- energiebedrijven (1)
- bedrijven op terrein van huisvesting en vastgoedbeheer, gebiedsontwikkeling en infrastructuur (1)
- managementondersteunend bedrijven (1)
- accountantskantoren / belastingadviseurs (1)
- ministeries (1)

BIJLAGE 4 ITEMS VRAGENLIJST VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ

Psychische gezondheid werd bevraagd met de 4-Dimensionale Klachten Lijst (4-DKL), een zelf-rapportage lijst die vier dimensies van veelvoorkomende psychische problematiek meet: distress, depressie, angst en somatisatie (Terluin et al., 2004; Terluin et al. 2006) De Distress schaal (16 items) meet nonspecifieke symptomen van psychopathologie, zoals piekeren, prikkelbaarheid, moeheid en demoralisatie. Als een algemene nonspecifieke component is distress altijd onderdeel van de symptomatologie van angst en depressie, waarbij distressklachten samengaan met de specifieke symptomen van angst of depressie. De Depressie schaal (6 items) meet ernstige anhedonie en depressieve gevoelens en cognities, zoals suïcidale gedachten en depressie specifieke symptomen. De Angst schaal (12 items) meet symptomen die specifiek zijn voor angststoornissen, zoals algemene angst, panieklachten, en fobische angstklachten. De Somatisatie schaal (16 items) meet een variëteit aan algemene lichamelijke klachten waarvan bekend is dat ze vaak voorkomen bij stress of psychopathologie, zoals hoofdpijn, spierspijn, trillen en misselijkheid. Bescheiden niveaus van somatisatie klachten komen vaak voor bij psychologische distress, hetgeen op zichzelf niet pathologisch is. Hoge niveau's van somatisatie klachten zijn vaak een weerslag van psychopathologische mechanismen waarbij zorgen over een mogelijke lichamelijke ziekte en selectieve gerichtheid op lichamelijke symptomen belangrijke aspecten zijn. De betrouwbaarheid van de 4DKL schalen is hoog met Cronbach's alpha-coefficients (α) variërend van 0.84 tot 0.94 en test-retest coëfficiënten tussen 0.89 en 0.94. De correlaties tussen de 4DKL-schalen varieert van 0.35 tot 0.71. De vier-factor structuur van de 4DKL is bevestigd (Terluin et al., 2006).

Werkkenmerken werden gemeten met 4-punts Likert schalen variërend van 1 (= altijd) tot 4 (= nooit) waarbij gebruik werd gemaakt van de Nederlandse versie van het Job Content Instrument (Houtman, 1995). Taakeisen (Job demands) werden bevraagd met 8 items over werkdruk, werktempo, en tijddruk. Controle (Job autonomy, dat wil zeggen de mogelijkheid te beslissen over de uitvoering van het werk) werd bevraagd met 8 items en ontwikkelmogelijkheden (skill discretion, de mogelijkheden om vaardigheden binnen het werk te ontwikkelen) met 6 items. Sociale steun op het werk werd bevraagd met 8 items, onderscheiden in steun van collega's (4 items) en steun van de leidinggevende (4 items). Herstel van de werkbelasting werd gemeten met de herstelbehoefte schaal die 11 dichotome items bevat over vermoeidheid en ontspanning na het werk. De herstelbehoefte schaal heeft een goede interne consistentie en een goede construct validiteit (Van Veldhoven et al., 2003), en een goede tot excellente test-retest betrouwbaarheid bij toepassing in stabiele werkomgevingen (De Croon et al., 2006). Coping gedrag werd gemeten met de 19-item versie van de Utrechtse Coping Lijst (UCL, Schreurs, 1993). The UCL-19 meet 5 coping stijlen: probleem-oplossende coping (5 items bv. Denken aan verschillende mogelijkheden om een probleem op te lossen; $\alpha = 0.81$), sociale steun zoeken (5 items bv. Troost en empathie zoeken; $\alpha = 0.76$), palliatief reactiepatroon (4 items bv. looking afleiding zoeken; $\alpha = 0.68$), vermijdingsgedrag (3 items bv. neiging om problematische situaties te vermijden; $\alpha = 0.67$), en de expressie van emoties (2 items bv. Frustraties tonen; $\alpha = 0.65$) (Van Rhenen, 2008). De items worden gemeten met 4-punts Likert schalen variërend van 1 (= nooit) tot 4 (= altijd).

BIJLAGE 5 LEDEN VAN DE BEGELEIDINGSCOMMISSIE

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

drs. P. van der Gaag

drs. R.L. van der Sluys

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

dr. C.M. Vos

Ministerie voor Buitenlandse Zaken

drs. A.N.M. Stet

ZonMw (programma Participatie en Gezondheid)

drs. L.M. Horn