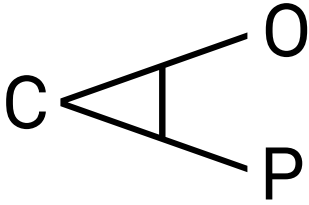




Oratie Tim Huijts

All together now! Positief gezond werken en leren



Oratie Tim Huijts: 'All together now! Positief gezond werken en leren'
werd mede mogelijk gemaakt door ABP.



CAOP ondersteunt verschillende leerstoelen: Ien Dales Leerstoel,
Leerstoel Comparative public sector en civil service reform,
Leerstoel Transities in de Publieke Sector, Leerstoel Health Education and Work,
Leerstoel Sociaal-Culturele Achtergronden en Differentiatie, Leerstoel Positive Health at Work.

Oratie Tim Huijts

All together now! Positief gezond werken en leren

Rede	3
Gezondheidsongelijkheid: de wisselwerking tussen mensen en hun sociale omgeving	5
Vaardigheden: over kapitaal en <i>capabilities</i>	8
Drie onderzoekslijnen samengebracht	12
Over Positieve Gezondheid	13
Positieve Gezondheid als strategie: van probleem naar potentie	15
Positieve Gezondheid op de werkvloer	17
Positief Gezond Werken: een nieuw co-creatieprogramma	19
Positief gezond leren en een breed perspectief op de gezondheid van kinderen	24
<i>Capability</i> -creatie als resultaat van meetbaar samenspel: een nieuw theoretisch perspectief	25
<i>One more time</i> : nieuw onderzoek naar gezondheidsongelijkheid en vaardigheden	28
<i>All together now</i> : mijn aanpak	30
Dankwoord	33
Slotakkoord	35
Noten	36

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding
van het ambt van hoogleraar Positive Health at Work
aan de School of Business and Economics,
Maastricht University

Maastricht
17 november 2023
Tim Huijts

Waarde rector magnificus,

Beste collega's en andere geïnteresseerden,

Lieve familie en vrienden,

Rede

Morgen, op een mooie zaterdagmiddag in november, ga je naar een concert. Je loopt de zaal in en gaat zitten op de eerste rij. Op het podium staat alleen een drumstel. Een vrouw komt op, tovert twee drumstokken uit haar achterzak en begint te drummen. Je luistert een minuut of vijf, probeert het ritme in je op te nemen en dan vertrek je. Je loopt door de stad, steekt de brug over en belt aan bij een schijnbaar willekeurig huis. De deur wordt geopend door een man met een contrabas. Hij loopt voor je uit naar de woonkamer en begint te spelen. Deze keer ga je er niet eens bij zitten; deze baslijn ken je nu wel. Je knikt een bedankje en je loopt weer door de straten, tot de stad ophoudt en het veld begint. Hoog boven je, op de top van een heuvel, speelt een gitarist zachtjes wat akkoorden. Even wil je omhoogklimmen, moeizaam tussen de verdorde braamstruiken, maar je blijft staan: deze akkoorden heb je al zó vaak gehoord, dat hoeft echt niet nog een keer. Je weet dat er ook nog een trompet speelt tijdens dit concert, ergens diep in het bos, maar daar ga je niet naartoe. Je hebt nog nooit een trompet gehoord, maar dat is ook niet nodig. Je hebt thuis een boek met een plaatje van een trompet erin en een korte uitleg over blaastechniek. Je sjokt daarom gemoedelijk weer naar huis en terwijl je je op de bank uitstrekt, denk je: 'Wat was dat mooi, vooral het samenspel. En zonder die trompet was het toch niet hetzelfde geweest!'

Ik denk niet dat we op deze manier echt van een concert zouden genieten, en toch is dit min of meer hoe we veel dingen wél aanpakken: de manier waarop we proberen maatschappelijke problemen op te lossen, de manier waarop we als wetenschappers ons onderzoek benaderen, en zelfs de manier waarop we praten en denken over onze gezondheid en over ons werkzame leven. Deze inaugurele rede gaat over positieve gezondheid, werk en leren, maar ook over betekenisvol samenbrengen: van verschillende aspecten van gezondheid en gezond werken en leren, van wetenschappelijke ideeën en van mensen, binnen én buiten de wetenschap. Vandaag wil ik jullie vertellen waarom dit nodig is, hoe we dit kunnen doen en wat het ons kan brengen. Maar om goed uit te kunnen leggen waar ik naartoe ga, moet ik jullie eerst vertellen waar ik vandaan kom. Voordat ik mijn plannen voor de komende jaren ga bespreken, wil ik daarom eerst iets zeggen over mijn onderzoek tot nu toe, en over hoe dit onderzoek een logische basis is voor deze plannen. Hierbij komen twee onderzoekslijnen aan bod: onderzoek naar gezondheidsongelijkheid en onderzoek naar vaardigheden.

Gezondheidsongelijkheid: de wisselwerking tussen mensen en hun sociale omgeving

Ik doe al mijn hele loopbaan onderzoek naar gezondheid en dat is misschien ook niet verrassend. Als zoon van een huisarts in een dorp hier vlakbij kwam ik al vroeg op de meest positieve manier in aanraking met gezondheid. Regelmatig werd ik als kind op straat aangesproken door ouders van vriendjes of soms door mensen die ik helemaal niet kende. “Jouw pap heeft ons weer goed geholpen, hij is een supergoede dokter!”, zeiden ze dan. Natuurlijk was ik trots, en voor een klein kind had het ook iets magisch: als mijn vriendjes ziek zijn, kan mijn papa ze beter maken. Toch had ik zelf niet de ambitie om arts te worden. Als tiener was ik (net zoals veel andere tieners) vooral bezig met vragen over inclusie, exclusie en verbinding. Wat maakt dat mensen groepen vormen? Waarom is het soms zo lastig om te bepalen waar je zelf nou eigenlijk wel of niet bij hoort? En wat doen mensen om aansluiting te vinden bij anderen? Ik raakte hier zo door gefascineerd, dat ik besloot om sociologie te gaan studeren in Nijmegen. Ik leerde hoe de sociale herkomst en sociale omgeving van mensen ontzettend belangrijk zijn voor de keuzes die ze maken én voor de kansen die ze krijgen in het leven. Het idee dat succesvol zijn in je studie, werk en relaties puur te danken is aan een combinatie van aanleg, hard werken en een beetje geluk klopte niet: wie je ouders zijn en waar je opgroeit en woont, zijn medebepalend hiervoor.¹ Zelfs de keuze om uit het leven te stappen, ogenschijnlijk toch de meest individuele beslissing die je je kunt voorstellen, bleek sterk af te hangen van de sociale omgeving.²



Tijdens de colleges over leefstijlen van mijn latere promotor Gerbert Kraaykamp kwam ik erachter dat deze conclusie ook voor gezondheid geldt. Mensen met de hoogste inkomens en vermogens leven bijvoorbeeld 8 tot 9 jaar langer dan mensen met de laagste inkomens en vermogens.³ Als we kijken naar de gezonde levensverwachting zijn de verschillen nog dramatischer: mensen met de hoogste inkomens en vermogens leven maar liefst 23 tot 25 jaar langer in goede gezondheid dan mensen met de laagste inkomens en vermogens. Tegen dit soort verschillen kan zelfs een supergoede dokter weinig beginnen. Interessant is wel dat de mate van gezondheidsongelijkheid erg verschilt tussen landen: gezondheidsverschillen op basis van opleidingsniveau en inkomen zijn in sommige landen veel groter dan in andere.⁴ Dit was voor mij erg belangrijk, want het suggereerde dat gezondheidsverschillen niet onvermijdelijk zijn. Waarom zijn deze gezondheidsverschillen in sommige landen zoveel groter dan in andere? Hoe komt het dat sommige groepen mensen zoveel gezonder zijn dan andere groepen? En wat kan er gedaan worden om deze gezondheidsverschillen zoveel mogelijk te verkleinen? Ik mocht promotieonderzoek gaan doen om deze

vragen te beantwoorden en bleef me ook na mijn promotie met deze vragen bezighouden.

Mijn onderzoek naar gezondheidsongelijkheid leverde drie belangrijke lessen op. Ten eerste zag ik dat de sociale omgeving en het land waar mensen wonen er inderdaad enorm toe doen. Zo vond ik in verschillende studies samen met Gerbert Kraaykamp dat sociale relaties en sociale netwerken erg belangrijk zijn voor de gezondheid van mensen, maar dat dit in sommige landen sterker het geval is dan in andere.⁵ Voor het hebben van kinderen vonden we zelfs dat dit in sommige landen positief samenhangt met de mentale gezondheid, terwijl het in andere landen juist een negatief effect heeft, en dat dit afhangt van normen ten aanzien van vrijwillige kinderloosheid in een land.⁶ Ook mijn onderzoek naar gezondheidsongelijkheid op basis van geslacht, migratieachtergrond, opleidingsniveau, werk en inkomen, zowel voor volwassenen als voor tieners, laat zien dat gezondheidsverschillen enorm variëren tussen landen, en dat de oorzaken hiervoor vaak liggen bij beleid en bij de sociale normen in een land.⁷

Ten tweede vond ik dat gezondheidsongelijkheid veroorzaakt wordt door complexe wisselwerkingen tussen de sociale omgeving en de mensen die in deze sociale omgeving leven. Verschillende groepen mensen reageren op verschillende manieren op de sociale omgeving. Daarbij is de rol van bijvoorbeeld gezondheidsbeleid lang niet altijd zoals je zou verwachten. Zo zijn gezondheidsverschillen tussen mensen met lage en hoge inkomens niet per se het kleinst in landen waar gezondheidszorg het meest betaalbaar en toegankelijk is.⁸ In het Europese HiNews-project liet ik samen met collega's uit Engeland, Noorwegen en Duitsland zien dat dit deels komt doordat beleid gericht op het verkleinen van gezondheidsverschillen soms vooral ten goede komt aan mensen met een hoge sociale positie.⁹ Beleid dat beoogt om gezondheidsongelijkheid te verminderen, kan deze ongelijkheid dus soms juist onbedoeld vergroten. Gezondheidsbeleid kan ook andere onbedoelde gevolgen hebben: zo vond ik samen met Niels Blom en Gerbert Kraaykamp dat landen waar meer geld geïnvesteerd wordt in gezondheidsbeleid kleinere gezondheidsverschillen tussen opleidingsgroepen kennen, maar dat gezondheidsverschillen tussen migranten en niet-migranten in deze landen juist groter zijn.¹⁰ Dit laat ook zien dat de relatie tussen overheid en burger complex is als het gaat om het terugdringen van gezondheidsongelijkheid. Ook met de beste bedoelingen kan het lastig zijn voor overheden om gezondheidsverschillen te verminderen. We moeten dus heel goed nagaan hoe verschillende groepen precies reageren op beleid, en hierbij niet te blind varen op gemakkelijke aannames.

Een laatste les die ik geleerd heb, gaat over het belang van wetenschappelijke theorieën. Ik zag hoe theorieën uit de sociologie, de epidemiologie en de

beleidswetenschappen konden helpen om de verwachte én onverwachte effecten van de sociale omgeving op gezondheidsverschillen te kunnen duiden. Zo ontwikkelde ik samen met een groep collega's (geleid door Jason Beckfield) een nieuwe institutionele theorie die beter verklaart hoe welvaartsstaten precies bijdragen aan het verkleinen óf vergroten van gezondheidsongelijkheid.¹¹ Zo stellen we bijvoorbeeld dat het op papier meer toegankelijk maken van voorzieningen voor zorg en sociale zekerheid eerder averechts kan werken als de mensen die deze voorzieningen het hardst nodig hebben in de praktijk nog steeds te veel hordes ervaren om deze voorzieningen daadwerkelijk te gebruiken.

Mijn onderzoek naar gezondheidsongelijkheid heeft dus zeker wat opgeleverd. Toch zijn er ook onderwerpen die in dit onderzoek te weinig aan bod gekomen zijn. We kijken wel naar wisselwerkingen tussen mensen en hun sociale omgeving, maar hoe zit het met wisselwerkingen tussen verschillende aspecten van gezondheid? Het is voor iedereen wel duidelijk dat gezondheid over meer gaat dan alleen fysieke gezondheid. Vorig jaar vroeg ik mijn collega's om de volgende vraag te beantwoorden: 'Wat is een goede gezondheid voor jou?' Dit leverde een enorme diversiteit aan antwoorden op: van 'fit zijn' tot 'genoeg energie hebben' tot 'een goede balans tussen mentale en fysieke gezondheid'. Ook in mijn eigen onderzoek heb ik naar talrijke indicatoren gekeken, uiteenlopend van chronische condities tot symptomen van depressie, van alcohol- en tabaksgebruik tot geluk, van pijnklachten tot gedragsproblemen, en van sterfte tot gebruik van contraceptiva. Onderzoek naar hoe de verschillende aspecten van gezondheid onderling samenhangen, is er alleen nauwelijks. We kijken ofwel naar simpele brede metingen van gezondheid zoals *self-rated health* ofwel juist gefragmenteerd naar allerlei losse aspecten van gezondheid. Hoe hangen fysieke klachten bijvoorbeeld samen met levensgeluk? En hoe verschilt deze samenhang tussen sociale groepen? Er bestaat wel onderzoek naar multimorbiditeit en comorbiditeit, maar dit focust vrijwel altijd maar op een paar facetten van met name de fysieke gezondheid.¹² Ook is er meestal geen sprake van theoretische onderbouwing die verklaart waarom en hoe verschillende aspecten van gezondheid met elkaar samenhangen. Daarom bouwen we uit deze onderzoeken niet veel algemene kennis op over hoe verschillende kanten van de gezondheid van mensen zich tot elkaar verhouden.

Verder ben ik steeds meer vragen gaan stellen bij hóé ik onderzoek doe naar gezondheidsongelijkheid. Een jaar of tien geleden woonde en werkte ik in Londen. Mijn kantoor stond midden in East End, in Whitechapel, traditioneel een van de armste delen van de stad. Eén keer per week nam ik 's avonds de metro naar het bankendistrict. Het was een ritje van maar drie metrostations, maar het was alsof ik me opeens in een andere stad bevond. Hier zag je hoe de gezondheid ook binnen een stad sterk kan verschillen, soms op een afstand van maar een



paar kilometer. In Whitechapel is de gemiddelde levensverwachting 78 jaar, terwijl deze in het bankendistrict 86 jaar is.¹³ In het bankendistrict staat ook de oude St Mary-at-Hill Church. Dit is waar mijn koor wekelijks repeteerde. We oefenden eerst alle stemmen apart: de melodielijnen van de sopranen, de warme kleuren van de alten, de diepe galm van de bassen, en de schelle hoogte van de tenoren; op zichzelf, buiten het grotere geheel, klonk elke stem vooral vreemd en gekunsteld. Maar altijd kwam gelukkig het moment waarop de koordirigent zei: *'All together now!'* Later, op weg naar huis, in een deel van Noordoost-Londen waar de levensverwachting ook niet bijzonder hoog lag, bekwam mij een zeker ongemak. Waarom stond ik als onderzoeker op het gebied van gezondheidsongelijkheid de verbinding te zoeken in het bankendistrict, terwijl ik in mijn eigen East End niemand kende? Ik miste een directe link met de gemeenschappen die ik in mijn kantoor, achter driedubbel beveiligde deuren, aan het onderzoeken was. Ik was weer terug bij mijn oude vragen over inclusie en exclusie, die nu gingen over mijn rol als wetenschapper.

Vaardigheden: over kapitaal en *capabilities*

Vijf jaar geleden verhuisde ik terug van Engeland naar Nederland om te beginnen aan een nieuwe baan als projectleider bij het Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA), waar ik in 2005 als student al stage had gelopen bij Maarten Wolbers. Ik werd met name binnengehaald om het PIAAC-project te leiden. Voor dit project in opdracht van de OESO verzamelen we samen met vijf partnerorganisaties in Duitsland en de Verenigde Staten gegevens over kernvaardigheden van mensen in 33 landen. Dit vergt een jarenlange voorbereiding, waarbij vragenlijsten in detail afgestemd worden met alle landen. Eind volgend jaar komen de nieuwe PIAAC-data vrij en kunnen ze onderzocht worden door gebruikers wereldwijd. Wat zijn deze kernvaardigheden dan precies? Bij het PIAAC-project gaat het vooral om cognitieve kernvaardigheden. Dit zijn vaardigheden die nodig zijn om te kunnen participeren op de arbeidsmarkt en in de samenleving, én die een voorwaarde zijn om ook andere, meer specifieke vaardigheden te kunnen ontwikkelen.¹⁴ Het is verder belangrijk dat het om vaardigheden gaat die mensen kunnen leren en ontwikkelen, en die daarom ook door beleidsingrijpen beïnvloedbaar zijn. Voor PIAAC worden drie kernvaardigheden gemeten: taalvaardigheid, rekenvaardigheid en probleemoplossend vermogen. Uit eerder onderzoek weten we al dat deze kernvaardigheden belangrijke voorspellers zijn van onder meer arbeidsparticipatie, inkomen en sociale betrokkenheid.¹⁵

Mijn werk op het gebied van vaardigheden groeide uit tot een tweede onderzoekslijn, waarvoor ik bijvoorbeeld onderzoek deed naar kritisch denken en creativiteit in honoursprogramma's, en naar mismatch tussen vaardigheden en baanvereisten.¹⁶ Al snel raakte ik ook betrokken bij onderzoek naar laaggeletterdheid. Laaggeletterdheid is een veel groter probleem in Nederland dan je misschien zou verwachten; onderzoek van onder meer het ROA heeft laten zien dat ongeveer 2,5 miljoen mensen in Nederland laaggeletterd zijn.¹⁷ Laaggeletterdheid betekent niet dat je helemaal niet kunt lezen en schrijven, maar dat je er moeite mee hebt. Mensen die laaggeletterd zijn, slagen er bijvoorbeeld vaak niet in om brieven van overheidsdiensten te begrijpen of om gebruikshandleidingen van producten te lezen. Dit zorgt ervoor dat deze mensen in het dagelijks leven tegen allerlei problemen aanlopen; ze missen de benodigde cognitieve kernvaardigheden om ten volle te kunnen participeren. In een nieuw onderzoek bekeek ik samen met Oda Nordheim in welke omstandigheden laaggeletterden minder drempels ervaren bij hun participatie in de samenleving.¹⁸ We vonden dat dit erg afhangt van hoe activerend arbeidsmarktbeleid precies wordt vormgegeven; over het algemeen lijkt investering in training juist wél goed te werken voor laaggeletterden, terwijl andere vormen van activerend beleid ook negatieve bijeffecten kunnen hebben. Ook hier geldt dus dat goedbedoeld beleid niet altijd werkt zoals verwacht, en dat overheden niet altijd de burgers die dit beleid het hardst nodig hebben voldoende bereiken.



Ook bij onderzoek naar vaardigheden is het gebruik van theorieën belangrijk om te begrijpen en verklaren waarom en hoe vaardigheden ertoe doen. De belangrijkste theorie op dit vlak is de *human capital theory*, of theorie van het menselijk kapitaal.¹⁹ Volgens deze theorie beschikt elk individu over een bepaalde mate van menselijk kapitaal, gevormd door de kennis en vaardigheden waarover dit individu beschikt. Dit menselijk kapitaal is deels aangeboren en komt deels tot stand door investering in verdere ontwikkeling, bijvoorbeeld door het volgen van onderwijs. Volgens de theorie is dit menselijk kapitaal essentieel voor het krijgen en behouden van werk en inkomen. Hoewel het hierbij aanvankelijk vooral ging om cognitieve vaardigheden wordt er recent ook steeds meer gekeken naar non-cognitieve vaardigheden, bijvoorbeeld op sociaal-emotioneel gebied.²⁰ Gezondheid wordt volgens deze traditie ook als een vorm van menselijk kapitaal gezien én als voorwaarde om andere vormen van menselijk kapitaal te ontwikkelen.²¹

Vanuit het denken over menselijk kapitaal zijn vaardigheden alleen wel érg centraal komen te staan in onderzoek en beleid op het gebied van onderwijs en de arbeidsmarkt: vaardigheden worden soms bijna als wondermiddel gezien.²² Het verbeteren van vaardigheden wordt hierbij soms het einddoel, zonder dat

erbij wordt stilgestaan waarvóór deze vaardigheden uiteindelijk goed zijn. Zoals Bryson suggereert is het paradoxale dat de focus op vaardigheden er wellicht ook zélf toe heeft bijgedragen dat er sprake is van *overskilling* op de arbeidsmarkt en een mismatch tussen de vaardigheden van mensen en het werk dat ze doen.²³ Zij spreekt daarom van het *skill strait-jacket*, de vaardighedendwangbuis. De steeds exclusievere focus op het ontwikkelen en toetsen van een beperkte reeks cognitieve vaardigheden in het onderwijs is daarnaast al in verband gebracht met diverse negatieve sociale neveneffecten, zoals een groeiende prestatiedruk en *teaching to the test*.²⁴

De vraag is daarom vooral waar vaardigheden uiteindelijk toe dienen en toe zouden kunnen dienen. Vanuit het perspectief van menselijk kapitaal hebben vaardigheden vooral waarde door het verhogen van de productiviteit. Maar vaardigheden kunnen ook op andere manieren van waarde zijn: ze kunnen bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van leven en het welbevinden van mensen, en hen in staat stellen om als volwaardig burger te participeren in de samenleving. Er is een verschuiving in denken gaande waarbij de mens als geheel steeds meer centraal staat, en niet alleen meer gezien wordt als een bundel vaardigheden die zo productief mogelijk moet worden ingezet op de arbeidsmarkt.²⁵ Deze verschuiving loopt deels parallel met de opkomst van de *capability*-aanpak.

De *capability*-aanpak werd ontwikkeld door econoom en Nobelprijswinnaar Amartya Sen.²⁶ Zijn centrale punt is dat een focus op welbevinden en keuzevrijheid ervoor zorgt dat mensen het beste uit zichzelf kunnen halen; niet alleen op het werk, maar ook thuis en als burgers in de samenleving. Sen drukt het zelf als volgt uit: *'Human beings are not merely a means of production, but also the end of the exercise'*.²⁷ Bij keuzevrijheid gaat het hierbij vooral om het vermogen en de vrijheid om te kiezen voor een leven dat mensen zelf als waardevol zien. *Capabilities* zijn de meer concrete manieren waarop deze keuzevrijheid vorm krijgt, zoals de mogelijkheid om te werken of de mogelijkheid om een opleiding te volgen. Belangrijk hierbij is dat mensen niet alleen keuzevrijheid hebben, maar ook het handelingsvermogen (*agency*) hebben én ervaren om daadwerkelijk de mogelijkheden die zij waardevol vinden na te streven. De gevolgen van de keuzes die mensen maken, zoals het daadwerkelijk hebben van een baan of het volgen van een opleiding, worden *functionings* genoemd. Wat maakt nu dat mensen *capabilities* en *agency* hebben? Deels wordt dit beïnvloed door hun zogenaamde *endowments*, zoals hun aangeboren en eerder ontwikkelde talenten én vaardigheden. In de *capability*-aanpak spelen vaardigheden dus nog steeds een belangrijke rol, maar ze staan minder centraal dan bij de menselijk kapitaal-theorie. De manier waarop *endowments* zoals

talenten en vaardigheden zich vervolgens vertalen in *capabilities* en *agency* hangt namelijk af van een reeks persoonlijke en sociale omgevingsfactoren die *conversion factors* genoemd worden. Dit zijn omstandigheden die bepalen in welke mate de *endowments* goed tot uiting kunnen komen. Hierbij kan het gaan om factoren op microniveau (zoals het hebben van een beperking als individu), op mesoniveau (zoals discriminatie in de werkomgeving) of op macroniveau (zoals een gebrekkig of ontoegankelijk systeem voor een leven lang leren in het land waar mensen wonen). Kortom, de *endowments* die mensen hebben, bepalen samen met de *conversion factors* in hoeverre mensen ervoor kunnen kiezen om het leven te leiden dat voor hen het meest waardevol is.

Wat betekent de *capability*-aanpak voor beleid op het gebied van vaardigheden? Dit onderzoeken we momenteel in het Horizon Europe-project Skills2Capabilities, waarbij ik samen met verschillende ROA-collega's betrokken ben.²⁸ Door vaardigheden meer vanuit de *capability*-aanpak te benaderen, zien we het verbeteren van vaardigheden niet meer als eindpunt, maar als een manier om ervoor te zorgen dat mensen tijdens hun hele leven het beste uit zichzelf kunnen halen. Daarbij ligt de focus niet alleen op de rol van werknemers, maar ook op die van organisaties. Om ervoor te zorgen dat mensen werk doen dat bij ze past, kunnen we medewerkers *reskillen* en *upskillen*, maar we kunnen ook werken aan het anders inrichten van organisaties, zodat er slimmer gebruik kan worden gemaakt van de talenten van werknemers. Onze collega's van het Centrum Inclusieve Arbeidsorganisatie (CIAO) aan onze universiteit zijn al bezig met onderzoek en praktijkoplossingen op dit gebied, zodat we al sterke aanknopingspunten hebben om dit concreet te maken.²⁹ Deze insteek onderstreept ook dat de *capability*-aanpak het gemakkelijker maakt om bij beleid rond vaardigheden ook aan een duurzame aanpak voor de langere termijn te denken: het gaat er niet alleen om in hoeverre mensen de juiste vaardigheden hebben, maar vooral in welke omstandigheden ze die vaardigheden het beste kunnen blijven inzetten én ontwikkelen op een manier die voor hen waardevol is.

Toch zijn er ook punten van kritiek op de *capability*-aanpak. Deze gaan vooral over de praktische toepasbaarheid van de aanpak.³⁰ Vanuit beleidsmakers is er bijvoorbeeld behoefte aan het goed meten van *capabilities*, omdat op die manier goed gemonitord kan worden of beleid dat gericht is op het versterken van *capabilities* succesvol is. Maar hoe meet je de mogelijkheid om te kiezen voor een leven dat het meest waardevol is precies? Hiervoor is nog steeds geen goede oplossing gevonden. Een andere kwestie is of we bij voorbaat moeten inperken wat gewenste *capabilities* zijn. Sen wilde hierover zelf geen oordeel vellen, maar anderen hebben dit argument gebruikt om afgebakende lijstjes met wenselijke *capabilities* op te stellen. Zo ontwikkelde Martha Nussbaum een lijst



met tien *capabilities* die zij voor iedereen als nastrevenswaardig beschouwde.³¹ Door beleidsmakers worden dit soort lijstjes gretig gebruikt om het concept van *capabilities* beter af te bakenen en concreter te maken, maar tot een goed toepasbare en meetbare aanpak heeft dit nog niet geleid. Verder wordt de praktische toepassing van de *capability*-aanpak belemmerd door het grote aantal *conversion factors* dat mogelijk van belang kan zijn bij de vorming van de *capabilities*. Hoe houd je goed rekening met alle kenmerken van individuen, organisaties en samenlevingen die bepalen of de mensen de mogelijkheid hebben om hun *endowments* te vertalen in *functionings* die voor hen belangrijk zijn? Dit is een moeilijke opgave, waarbij onvermijdelijk belangrijke factoren onderbelicht blijven.

Drie onderzoekslijnen samengebracht

Mijn eerdere onderzoek bestaat dus vooral uit twee lijnen, waarin ik me richt op gezondheidsongelijkheid en vaardigheden. Deze twee onderzoekslijnen zal ik ook de komende jaren blijven voortzetten binnen mijn leerstoel. Een kleine twee jaar geleden kwam hier nog een derde onderzoekslijn bij over Positieve Gezondheid, vooral in relatie tot werk en leren. De focus van mijn leerstoel en van deze rede ligt daar, bij Positieve Gezondheid. Waarom heb ik jullie dan toch eerst over mijn andere twee onderzoekslijnen verteld? Hierin zit de kern van mijn verhaal: ik ben ervan overtuigd dat ik onderzoek naar Positieve Gezondheid vooral verder kan brengen door gebruik te maken van de lessen uit mijn eerdere onderzoek naar gezondheidsongelijkheid en vaardigheden. Bovendien kan ik met mijn onderzoek naar positief gezond werken en leren juist ook weer bijdragen aan innovatie in onderzoek naar gezondheidsongelijkheid én onderzoek naar vaardigheden. De kracht van mijn leerstoel en mijn onderzoeksprogramma zit er dus vooral in, dat ik drie onderzoekslijnen sterker kan maken door ze bij elkaar te brengen en door ze zo van elkaar te laten leren. In de rest van deze rede wil ik jullie laten zien hoe dit werkt. Eerst zal ik kort vertellen wat Positieve Gezondheid inhoudt. Vervolgens leg ik uit hoe Positieve Gezondheid gezien wordt als veelbelovende strategie om met diverse grote uitdagingen om te gaan waar we als samenleving mee te maken hebben. Daarna bespreek ik hoe het inzetten van Positieve Gezondheid op de werkvloer deze strategie concreet kan maken, en welk onderzoek nodig is om vast te stellen hoe dit het beste zou werken. Ik sta daarbij ook weer stil bij het belang van theorieën, en stel een nieuw perspectief voor om te kunnen voorspellen en begrijpen hoe positief gezond werken en leren precies zou kunnen werken. Tot slot ga ik even terug naar het onderzoek rond gezondheidsongelijkheid en vaardigheden om te laten zien hoe mijn plannen ook deze twee onderzoekslijnen kunnen versterken.

Over Positieve Gezondheid

Wat is Positieve Gezondheid precies? Positieve Gezondheid is een bredere kijk op gezondheid, waarbij gezondheid niet wordt gezien als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren.³² Dit vermogen kan door de tijd heen ook veranderen. Gezondheid wordt daarom niet als statisch gegeven gezien, maar als dynamisch proces. Het gaat hierbij om meer dan alleen de fysieke en mentale gesteldheid van mensen. Zes dimensies van gezondheid staan centraal: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Deze kijk op gezondheid werd ontwikkeld door Machteld Huber, een arts die zelf ernstig ziek werd en merkte dat gezondheid veel meer is dan de afwezigheid van ziekte.

Brede definities van gezondheid zijn niet nieuw.³³ Het idee dat gezondheid een kwestie is van 'heel-zijn', was al gangbaar in de filosofie van de Griekse oudheid, en in verschillende andere oude filosofische stromingen wereldwijd.³⁴ Met groeiende kennis over de menselijke anatomie vanaf de 16e eeuw verschoof de focus geleidelijk naar de fysieke gezondheid. Hiermee werd gezondheid al snel gelijkgesteld aan de afwezigheid van ziekte. Hoewel er door de eeuwen heen steeds wel tegengeluiden waren, duurde het tot de 20e eeuw voordat de balans weer wat hersteld werd. De Wereldgezondheidsorganisatie speelde hierbij een centrale rol, door bij de oprichting in 1948 de volgende nieuwe definitie van gezondheid te introduceren: 'Een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekte'.³⁵ Deze definitie stelde breder welzijn weer centraal, maar is wel érg ambitieus.³⁶ Volgens deze definitie kunnen immers alleen mensen in een staat van volledig fysiek, mentaal en sociaal welbevinden als 'gezond' worden beschouwd. Zeker in tijden waarin het aantal mensen met een chronische ziekte toeneemt, is dat problematisch. Mensen die te maken hebben met een chronische ziekte, vinden vaak dat hun gezondheid en welzijn in algemene zin nog goed zijn. Door mensen die eenmaal een chronische ziekte hebben ontwikkeld als permanent 'ongezond' te classificeren, wordt bovendien de medicalisering van hun aandoeningen en overbehandeling aangemoedigd.

Het idee van Positieve Gezondheid speelt hierop in door niet alleen een brede visie op gezondheid te gebruiken die meer omvat dan alleen fysiek en mentaal functioneren, maar ook door te focussen op wat mensen wél nog kunnen. Gezondheid is hierbij dan ook geen doel op zich; centraal staat de vraag hoe mensen zich kunnen aanpassen aan chronische ziekten en andere uitdagingen, en hoe ze hier zelf regie in kunnen voeren.³⁷ Hiermee sluit het idee van Positieve



Gezondheid aan bij de concepten van veerkracht en weerbaarheid³⁸, waarbij het belangrijk is dat veerkracht niet alleen gezien wordt als aanpassing aan omstandigheden, maar ook als het vergroten van eigen regie bij het beïnvloeden van deze omstandigheden. Het idee van Positieve Gezondheid is daarmee ook gerelateerd aan het concept van salutogenese. Dit concept, voorgesteld door de socioloog Antonovsky, richt zich ook vooral op de vraag hoe een goede gezondheid tot stand komt.³⁹ Hierbij staat de *sense of coherence* centraal: de aanname is dat mensen meer veerkracht vertonen en beter in staat zijn met de uitdagingen van het leven om te gaan als ze hun eigen situatie beter begrijpen, meer controle over hun eigen leven hebben en betekenis in hun leven ervaren.

Huber ging echter ook een stap verder door samen met zorgverleners, patiënten en andere groepen een methode te ontwikkelen om het gedachtegoed rond Positieve Gezondheid in de praktijk toe te passen, en om op basis hiervan concrete handelingsperspectieven te kunnen bieden.⁴⁰ Deze methode wordt vooral gebruikt in de zorgpraktijk, bijvoorbeeld door huisartsen.⁴¹ Hierbij staat het gebruik van een gespreksinstrument centraal. Dit gaat als volgt in zijn werk: eerst vult een patiënt een vragenlijst in over verschillende facetten van alle zes dimensies van Positieve Gezondheid. De scores op de zes dimensies worden weergegeven in een 'spinnenweb', een diagram waarin de zes dimensies tegen elkaar afgezet worden. Dit spinnenweb vormt vervolgens de basis voor het gesprek tussen de zorgverlener en de patiënt, waarbij besproken wordt hoe het in brede zin gaat met de patiënt. Op basis van dit gesprek worden mogelijke acties in kaart gebracht om de situatie te verbeteren, waarbij vooral wordt bekeken wat de patiënt zélf kan doen. Een voorbeeld: Huber⁴² beschrijft een patiënte die regelmatig de huisarts bezoekt met aanhoudende knieklachten. Nadat het gespreksinstrument voor Positieve Gezondheid gebruikt wordt tijdens een consult, blijkt dat de patiënte haar leven als weinig betekenisvol ervaart. De reden hiervoor schuilt deels in een onvervulde kinderwens. De patiënte krijgt de mogelijkheid om in een kinderdagverblijf te werken en ervaart hierdoor meer betekenis in haar leven. Hoewel haar knieklachten hierdoor uiteraard niet plotsklaps helemaal verdwijnen, vindt ze het niet langer nodig om hiervoor nog de huisarts te bezoeken.

Positieve Gezondheid als strategie: van probleem naar potentie

Inmiddels heeft het gedachtegoed rond Positieve Gezondheid breed ingang gevonden bij beleidsmakers, zorgmedewerkers en andere belanghebbenden, zoals zorgverzekeraars. Positieve Gezondheid neemt een centrale positie in op de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid, en 51% van de gemeenten in Nederland heeft Positieve Gezondheid als visie in de lokale beleidsnota's opgenomen.⁴³ Hierbij wordt Positieve Gezondheid vooral ook gezien als strategie om bij te dragen aan de preventie van gezondheidsproblemen en voor het verminderen van zorggebruik. Er is immers dringend behoefte aan zulke strategieën: mede door de vergrijzing en een toename van het aantal mensen met een chronische ziekte stijgen de zorgkosten de komende jaren alleen maar verder, en staat de zorgsector onder grote druk.⁴⁴

Hoewel het gedachtegoed van Positieve Gezondheid aanvankelijk vooral in de zorgpraktijk werd gebruikt, komt er ook steeds meer aandacht hiervoor in andere domeinen. Ook bij werkgevers is er een groeiende belangstelling voor Positieve Gezondheid, en ook hier ligt de nadruk op preventie. Zo leeft bij werkgevers sterk de vraag of en hoe Positieve Gezondheid kan worden ingezet om ervoor te zorgen dat werknemers gezond blijven, hierdoor productiever zijn, zich minder ziek melden en minder vaak uitvallen. Daarnaast is de vraag of Positieve Gezondheid ook kan worden gebruikt om mensen die nu niet werken aan een baan te helpen. Dit zou ook relevant zijn in relatie tot de Participatiewet, die als doel heeft de arbeidsparticipatie van mensen met een beperking te vergroten. Deze vragen zijn goed te begrijpen in het licht van de krapte op de arbeidsmarkt. In verschillende sectoren is sprake van flinke personeelstekorten en de verwachting is dat deze tekorten onder meer in de zorgsector de komende jaren alleen maar verder zullen toenemen.⁴⁵ Daar komt bij dat werkgevers (ondanks een lichte daling in het afgelopen jaar) te maken hebben met historisch hoog verzuim: in 2022 werden van elke duizend werkdagen 56 dagen verzuimd. Ook hierbij is de zorgsector koploper, met 80 verzuimdagen per duizend werkdagen.⁴⁶ Het feit dat aanpassingsvermogen centraal staat in het gedachtegoed rond Positieve Gezondheid is ook interessant voor werkgevers, gegeven de veelheid aan veranderingen waarmee organisaties in hoog tempo geconfronteerd worden, zoals automatisering, financiële en politieke instabiliteit, de nasleep van een pandemie en klimaatverandering.

Maar hoe ervaren werknemers zélf hun werk in deze tijden van verandering eigenlijk? De Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden, die jaarlijks wordt uitgevoerd door TNO en het CBS, geeft hierop goed zicht. De meest



recente enquête werd eind 2022 uitgevoerd onder ruim 60.000 werknemers in Nederland.⁴⁷ Over het algemeen zijn werknemers tevreden: 78% van de werknemers rapporteerde in 2022 (zeer) tevreden te zijn met hun werk. Vooral met sociale steun van collega's zit het bijna altijd wel goed: slechts 2% van de werknemers zegt weinig steun van collega's te ervaren. Problematischer wordt het als we kijken naar de psychosociale belasting die werknemers ervaren. Liefst 42% van de werknemers ervaart lage autonomie, wat betekent dat ze niet het gevoel hebben dat ze zelfstandig te werk mogen gaan en zelf keuzes kunnen maken. Ondertussen zijn de eisen die aan het werk gesteld worden wel hoog: een derde van de werknemers stelt dat hun werk mentaal en emotioneel veeleisend is. Het wordt vooral vervelend als er sprake is van een combinatie van lage autonomie en hoge taakeisen; in dat geval spreken we van *high-strain jobs*, oftewel stressvol werk. We weten uit onderzoek dat dit type werk een negatieve invloed heeft op de gezondheid, én de productiviteit vermindert.⁴⁸ Het is dan ook zorgwekkend dat in de horeca, de zorg en het onderwijs meer dan 20% van de werknemers stressvol werk doet. Het is ook niet verrassend dat 41% van de werknemers aangeeft dat aanvullende maatregelen nodig zijn voor het verminderen van werkdruk en stress. Verder is duidelijk dat er veel verandert op de werkvloer, maar dat werknemers lang niet altijd bij deze veranderingen ondersteund of betrokken worden. Ongeveer een derde geeft aan begeleiding of coaching nodig te hebben om met de veranderingen om te gaan. Ruim een kwart zegt niet bij de veranderingen betrokken te worden door hun werkgever.

Ontwikkelingen onder jongeren beloven al helemaal weinig goeds. Uit een recent rapport van TNO blijkt dat maar liefst een kwart van de werkende jongeren tussen 18 en 34 jaar in Nederland kampt met burn-outklachten.⁴⁹ De ernst van deze klachten neemt daarbij ook nog eens steeds verder toe. Voor deze groep zijn burn-outklachten daarmee een belangrijke oorzaak voor het toenemende verzuim. Vooral in de zorg en het onderwijs is het aantal mensen met burn-outklachten en het verzuim daardoor hoog. Wat zijn de oorzaken van deze ontwikkelingen? Ook hier speelt onzekerheid een belangrijke rol, zo laat het TNO-rapport zien: klimaatverandering, financiële instabiliteit en oorlog hangen als een schaduw boven ons, en toenemende armoede en een ontoegankelijke woningmarkt zorgen voor een gebrek aan perspectief. Verder ervaren jonge mensen prestatiedruk, de druk om alles goed te doen en alle ballen in de lucht te houden. Dit wordt nog eens extra versterkt door de personeelstekorten waarmee sectoren als het onderwijs en de zorg kampen, en die het nóg moeilijker maken om 'nee' te zeggen. Het maakt ook dat veel werknemers worstelen met de balans tussen werk en privéleven, en het versterkt het gevoel dat ze het eigenlijk op alle fronten niet goed genoeg doen. Dit alles roept ook vragen op over zingeving: waar dient dit allemaal toe? Wat hoop ik te bereiken en bij te dragen? En waar ben ik naar op weg, in mijn werk en in mijn leven?

Deze cijfers wijzen zeker op problemen op de arbeidsmarkt, maar ook op potentie. Kijkend naar wat belangrijk is voor werknemers is er veel winst te behalen. Het is duidelijk dat er behoefte is aan werk dat als waardevol en betekenisvol ervaren wordt, dat mensen baat hebben bij balans tussen hun werk en andere elementen in hun leven, dat er nog veel ruimte is om werknemers daadwerkelijk te betrekken bij nieuwe ontwikkelingen en veranderingen, en dat veel werknemers niet alleen als werknemer gezien willen worden, maar als mens. Hier zien we dus ook in de praktijk hoe het klassieke menselijk kapitaal-perspectief op de mens als hulpbron tegen zijn grenzen aanloopt. Voor veel mensen is werk vandaag de dag een domein van het leven waarin ze hun ambities kunnen verwezenlijken, en het is dan ook belangrijk voor werknemers om hun talenten te kunnen gebruiken én ontwikkelen.⁵⁰ De vraag is dus vooral wat werkgevers kunnen doen om werknemers het beste uit zichzelf te laten halen, en hoe werknemers en werkgevers hierin samen kunnen optrekken. Zo'n gezamenlijke aanpak is zeker niet onmogelijk: natuurlijk hebben werknemers en werkgevers hierin ieder hun eigen belang, maar kijkend naar waar de pijnpunten zitten is er ook een duidelijk gezamenlijk belang. Bijvoorbeeld bij het vergroten van betrokkenheid, duurzame inzetbaarheid en het benutten van potentieel. Het interessante is dat het gedachtegoed rond Positieve Gezondheid juist ook hier aanknopingspunten biedt, maar hiervan zijn werkgevers zich nog niet altijd bewust. Dit brengt me bij de onderzoeksvragen die centraal staan binnen mijn leerstoel:

- Hoe zorgen we er samen voor dat mensen het beste uit zichzelf kunnen halen?
- Hoe doen we dit op een duurzame manier (gedurende de hele levensloop en op een manier die bij mensen past)?
- Welke rol speelt (positieve) gezondheid hierbij?
- Hoe kunnen werknemers, werkgevers, de overheid en andere betrokkenen het beste samenwerken om dit te bereiken?

Positieve Gezondheid op de werkvloer

Wat gebeurt er op dit moment al concreet binnen organisaties op het gebied van Positieve Gezondheid? Veel organisaties zijn al bezig met het inzetten van Positieve Gezondheid op de werkvloer; vooral in de publieke sector, maar ook in de private sector. Sommige organisaties, zoals het Jeroen Bosch Ziekenhuis, zijn echte pioniers op dit gebied. Bij deze organisaties is het denken rond Positieve Gezondheid helemaal verweven in het personeelsbeleid én in de leiderschapswisie. Zo worden bij het Jeroen Bosch Ziekenhuis jaargesprekken gevoerd op basis van Positieve Gezondheid; ook is er een webtool die samen



met medewerkers ontwikkeld is en die concreet maakt hoe medewerkers op verschillende manieren aan hun gezondheid en welzijn kunnen werken.⁵¹ Bij andere organisaties blijft het soms bij een workshop. Er zijn immers nog veel vragen over hóé het denken rond Positieve Gezondheid het beste ingezet kan worden. Verder stellen organisaties die wél al volop bezig zijn met Positieve Gezondheid de vraag hoe ze kunnen weten of ze het goed doen. Veel organisaties zijn bang dat ze blijven steken bij de spreekwoordelijke fruitmand: een signaal richting werknemers dat hun gezondheid en welzijn serieus genomen wordt, zonder vervolgens écht de daad bij het woord te voegen. Organisaties weten alleen niet altijd hoe het dan wél moet.

Dat is niet verrassend: er zijn wel een paar handreikingen voor het gebruik van Positieve Gezondheid op de werkvloer, grotendeels gebaseerd op praktijkervaringen,⁵² maar er is nog vrijwel geen onderzoek naar Positieve Gezondheid en werk. Tot nu toe heeft onderzoek zich vooral gericht op het gebruik van het gespreksinstrument van Positieve Gezondheid in de zorgpraktijk, bijvoorbeeld op basis van interviews met patiënten en zorgverleners.⁵³ Wat ik jullie vandaag vertel over positief werken en leren, heeft daarom ook vooral het karakter van plannen en verwachtingen; empirisch bewijs op dit gebied is er amper. Dit maakt het lastig voor organisaties om op een onderbouwde manier met Positieve Gezondheid aan de slag te gaan, én om een nieuwe aanpak op basis van Positieve Gezondheid te rechtvaardigen richting werknemers en bestuurders.

De uitdaging is vooral dat Positieve Gezondheid op de werkvloer zeker niet precies hetzelfde werkt als in de zorgpraktijk. De instrumenten die zorgverleners gebruiken om Positieve Gezondheid concreet in te zetten, kunnen dus niet zonder meer *linea recta* worden overgenomen door werkgevers. Als dit wel gebeurt, lopen we ook hier weer het risico dat goedbedoeld beleid in de praktijk stukloopt op te eenvoudige aannames. Ten eerste is een gesprek tussen een patiënt en een zorgverlener heel anders dan een gesprek tussen een werkgever en een leidinggevende of HR-medewerker. In de werkomgeving zal eerder sprake zijn van een afhankelijkheidsrelatie tussen de deelnemers in het gesprek. Dit beïnvloedt welke onderwerpen en acties in zo'n gesprek op een veilige manier aan bod kunnen komen. Er moet dus goed nagedacht worden over in welke *vorm* Positieve Gezondheid kan worden ingezet in de context van werk. Verder weten we (bijvoorbeeld uit mijn eerdere onderzoek naar gezondheidsongelijkheid) dat de *sociale omgeving* ontzettend belangrijk is voor het slagen van dit soort nieuwe aanpakken. Werkomgevingen verschillen hierbij ook nog eens heel sterk van elkaar. De manier waarop Positieve Gezondheid het beste ingezet kan worden, zal dus mogelijk ook verschillen tussen organisaties. Verder is het in de context

van werk niet altijd duidelijk wat nu uiteindelijk het *doel* is van het werken met Positieve Gezondheid. Werkgevers voelen wel de behoefte om duidelijk te weten wat ze kunnen bereiken met een aanpak op basis van Positieve Gezondheid. Ze hebben alleen niet altijd scherp wat ze ermee zouden willen bereiken. Gaat het vooral om het bevorderen van gezondheid en welzijn van werknemers? Of toch met name over productiviteit en het beperken van verzuim? Vaak blijkt het toch ook om andere dingen te gaan, zoals het vergroten van werkplezier of betrokkenheid, maar wordt dit niet expliciet benoemd. Verder speelt mee dat ook voor werknemers niet altijd duidelijk is wat de doelen zijn van een dergelijke aanpak. Een te sterke focus op gezondheidswinst kan bij werknemers zelfs weerstand oproepen, omdat gezondheid door sommige werknemers gezien wordt als onderdeel van de persoonlijke levenssfeer.⁵⁴ Tot slot is niet duidelijk of *verschillende doelgroepen* wel op dezelfde manier baat hebben bij het werken met Positieve Gezondheid. Initiatieven op basis van Positieve Gezondheid op de werkvloer zijn meestal gericht op mensen die nu al aan het werk zijn, maar kunnen ze ook worden ingezet voor mensen die moeite hebben om werk te vinden?

Positief Gezond Werken: een nieuw co-creatieprogramma



Kortom, het is hoog tijd dat we goed gaan onderzoeken in hoeverre en hoe we het gedachtegoed rond Positieve Gezondheid kunnen vertalen naar de context van werk en leren. Binnen mijn leerstoel heb ik daarom het co-creatieprogramma Positief Gezond Werken opgezet, waarbij we samen met organisaties gaan onderzoeken hóé Positieve Gezondheid werkt. Dit doen we onder meer in het net gestarte PhD-traject van Martyna Ozaist. De volgende vier vragen staan daarbij centraal:

1) Onder welke omstandigheden werkt het?

Allerlei soorten organisaties willen graag met Positieve Gezondheid aan de slag. Maar onder welke omstandigheden lukt het beter om Positieve Gezondheid te implementeren, en in welke organisaties is dit het meest effectief? Hierbij kijken we onder meer naar de organisatiestructuur: in hoeverre is sprake van een top-downbenadering en worden medewerkers betrokken bij de besluitvorming? Ook de organisatiecultuur is belangrijk: in hoeverre is sprake van sociale veiligheid, sluit Positieve Gezondheid aan bij de bestaande organisatievisie rond gezondheid, en wordt deze visie ook duidelijk en consistent uitgedragen door leidinggevendenden? Tot slot zijn ook de financiële situatie en het soort werk en taken binnen de organisatie mogelijk van belang.

2) Op welke manier werkt het?

Ik sprak net over de omstandigheden waaronder 'het' werkt, maar wat bedoelen we eigenlijk met 'het'? We onderzoeken daarom ook hoe de implementatie van Positieve Gezondheid precies vorm krijgt. Welke instrumenten worden gebruikt? Blijft het bij eenmalige initiatieven of wordt ook gezorgd voor borging op de langere termijn? Worden mensen uit alle lagen van de organisatie betrokken bij deze initiatieven, en op welke manier? Is er daadwerkelijk sprake van gesprekken en dialoog, en met wie moeten werknemers dit gesprek aangaan? Met hun leidinggevende of toch beter met iemand anders? Hoe vaak vindt zo'n gesprek plaats en wie zorgt ervoor dat het überhaupt plaatsvindt? Gebeurt het bijvoorbeeld alleen als er een probleem is?

3) Waarvoor werkt het?

Eén van de redenen waarom het werken met Positieve Gezondheid mogelijk potentie heeft, is dat verschillende doelen zoals gezondheidswinst, verzuimreductie, werkplezier en betrokkenheid elkaar niet hoeven uit te sluiten. Het vergroten van het aanpassingsvermogen en de eigen regie van werknemers dat centraal staat bij Positieve Gezondheid kan op al deze vlakken vruchten afwerpen. Hiermee kan het werken met Positieve Gezondheid mogelijk ook een bredere impact hebben dan nauwe interventies die echt direct gericht zijn op het bevorderen van gezondheid en vitaliteit. Het is dus belangrijk dat we goed onderzoeken waarvóór het inzetten van Positieve Gezondheid werkt, en dat we hierbij niet alleen focussen op gezondheidsuitkomsten. Toch is dit wat er nu meestal gebeurt: werkgevers en onderzoekers proberen vast te stellen of het werken met Positieve Gezondheid effect heeft door Positieve Gezondheid op individueel niveau te meten. Het spinnenweb met de zes dimensies en de bijbehorende vragenlijst die voor het gespreksinstrument gebruikt worden, dienen hierbij als basis.⁵⁵ Het is daarbij alleen niet duidelijk wat een meetinstrument van Positieve Gezondheid precies zou moeten meten. Zouden we iemand met een maximale score op alle zes dimensies echt als 'het meest Positief Gezond' beschouwen? De meetinstrumenten die op dit moment ontwikkeld worden, geven vooral antwoord op de vraag: 'Hoe gezond zijn mensen op de zes dimensies van Positieve Gezondheid?' Hiermee sluiten de meetinstrumenten aan op de visie op Positieve Gezondheid als 'zo breed mogelijk gemeten gezondheid',⁵⁶ maar daarmee is nog niet duidelijk wat de scores op de zes dimensies zeggen over het vermogen tot aanpassing en de eigen regie die bij Positieve Gezondheid centraal staan.⁵⁷ Recent onderzoek laat zien dat de huidige meetinstrumenten van Positieve Gezondheid er juist níét goed in slagen om aanpassingsvermogen en veerkracht te meten.⁵⁸ De onderliggende conceptuele vraag is daarom vooral of Positieve Gezondheid wel een individueel kenmerk is waar mensen in meer of mindere mate aan

kunnen voldoen, of toch vooral een aanpak die mensen mogelijk in meerdere opzichten kan helpen. Ik ga uit van het laatste. Mijn verwachting is dat het inzetten van Positieve Gezondheid op de werkvloer zich kan vertalen in allerlei uitkomsten: verzuimreductie, gezondheid en welzijn, maar ook retentie, talentontwikkeling en een leven lang leren, een goede match tussen werknemer en baan, werkplezier, autonomie, betrokkenheid, aanpassingsvermogen en zelfs betere werving van nieuw personeel (waaronder mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt). Voor veel van deze uitkomsten bestaan al gevalideerde meetinstrumenten die we meteen kunnen inzetten. Werkgevers én werknemers geven ook aan dat het herhaaldelijk en uitgebreid meten van alle zes dimensies van Positieve Gezondheid te belastend is. Het punt is nu net dat we dus ook niet steeds hóéven te werken met een uitgebreid instrument dat Positieve Gezondheid probeert te meten. We kunnen veel gerichter kijken voor welke uitkomsten en op welke termijn we veranderingen kunnen verwachten, en ons onderzoek hierop afstellen, zodat het minder belastend is voor organisaties.⁵⁹ Daarbij moeten we beginnen met de vraag wat organisaties (inclusief de medewerkers!) zélf zouden willen bereiken met het inzetten van Positieve Gezondheid, en de verwachtingen en wensen goed in kaart brengen.

4) Voor wie werkt het?

Wat het nog iets ingewikkelder maakt, is dat het inzetten van Positieve Gezondheid op de werkvloer niet per se voor alle werknemers op dezelfde manier werkt. Het centrale idee van het bevorderen van aanpassingsvermogen en eigen regie is misschien niet altijd voor iedereen haalbaar. Hierbij gaat het niet per se om een zwart-witonderscheid, waarbij sommige mensen dit nu eenmaal wel kunnen en andere niet. Veel mensen hebben *periodes* in hun leven waarin ze hiertoe minder goed in staat zijn. We weten uit onderzoek over gezondheidsongelijkheid dat bijvoorbeeld armoede, echtscheiding of ernstige ziekte van een familielid kan zorgen voor aanzienlijke stress, en dat dit het tijdelijk moeilijk kan maken om zelf de regie te nemen.⁶⁰ Paradoxaal genoeg kan het inzetten van Positieve Gezondheid op die manier de gezondheidsongelijkheid zelfs nog verder versterken. Het is daarom belangrijk dat we beter in beeld krijgen welke rol de persoonlijke situatie van werknemers speelt, en wat er moet gebeuren als zelf de regie nemen even níét lukt. Daarbij is het ook interessant om te bekijken of mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt minder drempels ervaren bij organisaties die werken met Positieve Gezondheid.

Om deze vragen te beantwoorden, hebben we drie elementen nodig: (a) kennis uit de praktijk over de manier waarop Positieve Gezondheid nu al vorm krijgt op de werkvloer; voorbeelden hiervan heb ik zojuist al besproken; (b) resultaten uit bestaand onderzoek over gezond werken en organisaties en wetenschappelijke



theorieën die deze resultaten kunnen verklaren; hierover zal ik straks meer vertellen; en (c) het bredere gedachtegoed rond Positieve Gezondheid. Samengenomen leidt dit tot hypothesen over welke kernelementen nou echt essentieel zijn voor succesvol positief gezond werken. Daarbij is het belangrijk dat de manier waarop de kernelementen precies vorm krijgen wel moet passen bij de specifieke werkomgeving. *One size does not fit all*: we moeten voor elke organisatie bekijken welke vorm het beste past, gegeven de organisatiecontext en de medewerkers. Concreet verwacht ik dat de volgende zes kernelementen essentieel zijn om het gedachtegoed rond Positieve Gezondheid op een succesvolle manier te vertalen naar de wereld van werk.

- 1) Er is sprake van daadwerkelijke samenwerking tussen werkgever en werknemer. Dit betekent dat we ook goed moeten nadenken over arbeidsrelaties én arbeidsverhoudingen: welke ruimte is er voor deze samenwerking binnen de bestaande arbeidsrelaties en arbeidsverhoudingen, en wat kan er gedaan worden om deze ruimte nog verder te vergroten? Hierbij hoort ook het vaststellen en uitspreken van een gezamenlijk belang en wederzijds vertrouwen.
- 2) In deze samenwerking ligt de focus op potentieel en talent. Dit betekent dat er niet alleen wordt uitgegaan van welke vaardigheden en competenties nodig zijn binnen de organisatie, maar dat ook gekeken wordt naar wat een werknemer in huis heeft. Daarbij kan het ook gaan om onbenut potentieel, zoals talenten die aanwezig zijn maar nu nog niet voldoende aangesproken worden. Denk hierbij bijvoorbeeld ook aan mensen met beperkingen of neurodivergentie die door stigma en gebrek aan inclusiemaatregelen hun talenten niet voldoende kunnen inzetten en ontplooiën.⁶¹
- 3) Bij het inzetten en ontwikkelen van dit potentieel ervaren de werknemers ruimte voor eigen regie, en is duidelijk welke rol zij zélf hebben. Dit vraagt ook om het accepteren van een gedeelde verantwoordelijkheid tussen werkgevers en werknemers.
- 4) Het inzetten en ontwikkelen van het potentieel gebeurt op een duurzame manier. Dit betekent dat er steeds aandacht is voor zowel de korte als de langere termijn, en dat werknemers gedurende hun werkzame leven in staat blijven om keuzes te maken over hoe ze hun potentieel inzetten en ontwikkelen.

- 5) Hierbij wordt niet alleen gekeken naar 'de-werknemer-tijdens-werktijd', maar naar de hele mens en naar een goede balans tussen werk en andere elementen van het leven. Deze balans kan er op verschillende momenten gedurende de levensloop anders uitzien.
- 6) Om deze processen concreet te maken en te borgen, is het onderhouden van een dialoog binnen de organisatie essentieel, zowel tussen als binnen lagen van de organisatie (verticaal) en verschillende units of afdelingen (horizontaal). Ook is het belangrijk dat de dialoog concreet vorm krijgt, bijvoorbeeld in regelmatige gesprekken.

Hoe gaan we dit verder onderzoeken? Dit doen we in vier stappen, die we samen met organisaties en werknemers verder invullen op een manier die passend is. We beginnen met een contextanalyse. Hoe ziet de organisatie eruit, wat gebeurt er al op het gebied van Positieve Gezondheid en wat zijn de wensen en verwachtingen? Vervolgens onderzoeken we de toegevoegde waarde van het werken met Positieve Gezondheid. Worden de gestelde doelen bereikt met de gebruikte aanpak, en waar is ruimte voor verbetering? De derde stap is het onderbouwd doorontwikkelen van de aanpak. Hoe passen we bestaande instrumenten aan en welke nieuwe instrumenten zijn passend? Bij elk van deze drie stappen gebruiken we een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden, waarbij we zoveel mogelijk gebruikmaken van *mixed methods*-strategieën uit verschillende wetenschappelijke disciplines, zoals *insider econometrics*.⁶² De vierde stap is het trekken van conclusies én het inzichtelijk maken van deze conclusies voor mensen binnen de organisatie, voor andere organisaties en voor beleidsmakers. Deze vierde stap hoeft zeker niet te wachten tot het einde van het onderzoek; het is juist goed om al vroegtijdig te communiceren over de geleerde lessen, zoals sommige organisaties ook nu al doen. Wat levert dit ons uiteindelijk op? Het doel is dat we er beter zicht op krijgen in hoeverre en hóé organisaties gebruik kunnen maken van Positieve Gezondheid om het beste uit hun werknemers te halen. Door steeds meer verschillende organisaties in ons onderzoek te betrekken, zullen de aanbevelingen die we hiervoor kunnen doen aan organisaties steeds concreter worden.



Positief gezond leren en een breed perspectief op de gezondheid van kinderen

Ik heb het tot nu toe vooral gehad over positief gezond werken. Maar hoe past positief gezond leren in dit verhaal? Deels gaat het hierbij om een leven lang leren en om vormen van training en informeel leren die mensen ondernemen nadat ze het onderwijs hebben verlaten. Eén van de uitgangspunten bij positief gezond werken is immers dat mensen zich tijdens hun loopbaan kunnen blijven ontwikkelen op een manier die bij ze past. Toch kijk ik binnen deze leerstoel in mindere mate ook naar Positieve Gezondheid in de context van het onderwijs, en dan met name naar mbo, hbo en universiteit. De studenten van nu zijn immers de werknemers van morgen, en het is mogelijk dat Positieve Gezondheid ook de potentie heeft om mensen te helpen bij een goede start van hun arbeidsloopbaan. Het vermogen om met uitdagingen om te gaan en te reageren op veranderingen, wordt immers ook al tijdens de jeugd ontwikkeld en op de proef gesteld. In hoeverre kan een aanpak gebaseerd op Positieve Gezondheid studenten helpen om veerkracht te ontwikkelen, om de balans te leren bewaken tussen werk en studie en andere domeinen van het leven en om bij de start van hun arbeidsloopbaan keuzes te maken die goed bij ze passen? Deze vragen wil ik de komende tijd ook beantwoorden, waarbij de onderzoeksopzet grotendeels overeenkomt met de opzet die ik zojuist schetste voor de context van werk. Hiervoor ga ik graag de samenwerking aan met onderwijsinstellingen die Positieve Gezondheid inzetten voor hun studenten, waaronder ook onze eigen universiteit.

Om beter te begrijpen hoe kinderen en jongeren op een gezonde manier kunnen leren, is het niet alleen belangrijk om initiatieven rond Positieve Gezondheid in het onderwijs te onderzoeken. We moeten ook beter in beeld krijgen hoe gezondheid en leerprestaties samenhangen. En wat dit zegt over hoe jonge mensen zich kunnen ontwikkelen op een manier die tegelijkertijd gezond is én de benodigde vaardigheden meegeeft om later volwaardig te kunnen participeren. Dit is zeker het geval gezien de zorgwekkende ontwikkelingen in zowel de mentale gezondheid als de leerprestaties van tieners tijdens de afgelopen jaren, die maar ten dele verklaard kunnen worden door de COVID-19-pandemie.⁶³ Daarbij kan het gedachtegoed rond Positieve Gezondheid ons wel inspireren: het onderstreept dat het belangrijk is om de gezondheid breed in kaart te brengen, en hierbij ook aandacht te besteden aan de veerkracht en weerbaarheid van kinderen en jongeren. Hier raken mijn plannen ook mooi aan de leerstoel van Mark Levels, collega-hoogleraar bij het ROA, die zich juist ook richt op de rol van gezondheid bij de ontwikkeling van vaardigheden in het onderwijs. Zo begeleiden we bijvoorbeeld (samen met Maria Jansen en Iris Eekhout) Lisanne Vonk bij

haar promotieonderzoek rond Gezonde Scholen, en zijn we beiden betrokken bij het *Early Predictors of School Success*-project (EPOSS), waarvoor ik namens het ROA projectleider ben.⁶⁴ In dit project onderzoeken we samen met een multidisciplinaire groep collega's de wisselwerking tussen de gezondheid en het schoolsucces van kinderen. In hoeverre is de gezondheid van kinderen tijdens hun schooltijd een vroege voorspeller van hun examencijfers? En wat bepaalt nu dat goede schoolprestaties en een goede gezondheid voor sommige kinderen samengaan, maar voor andere kinderen niet? We creëren een unieke nieuwe databron om deze vragen te beantwoorden, waarbij we gezondheid wederom breed benaderen.

Capability-creatie als resultaat van meetbaar samenspel: een nieuw theoretisch perspectief

Zoals ik eerder al aangaf, leren we vaak het meest uit onderzoek dat goed theoretisch is ingebed. Hoe zit het met de theoretische inbedding van het onderzoeksprogramma rond positief gezond werken en leren dat ik zojuist geschetst heb? Natuurlijk wordt al decennia onderzoek gedaan naar de relatie tussen gezondheid en werk en leren, naar de rol van duurzame inzetbaarheid en veerkracht in deze relaties, en naar de belangrijkste kenmerken van succesvolle interventies op het gebied van gezondheid binnen organisaties.⁶⁵ De theoretische modellen die gebruikt zijn om de resultaten uit dit onderzoek te verklaren en om beleid te vormen op dit gebied, zijn tot op zekere hoogte ook zeker relevant voor Positieve Gezondheid. Zo zijn er parallellen tussen de rol van eigen regie in het gedachtegoed rond Positieve Gezondheid en de rol van autonomie in het klassieke *job demands-job control*-model van Karasek⁶⁶ en in de meer recente doorontwikkeling hiervan, het *job demands-resources*-model,⁶⁷ en in de *self-determination theory*.⁶⁸ Hetzelfde geldt voor de theorie rond psychologisch kapitaal, waarbij eigen regie en *self-management* ook een centrale rol innemen.⁶⁹ Het *effort-reward*-model kijkt in zekere mate ook naar wat belangrijk is voor werknemers, en naar de erkenning en waardering die werknemers verlangen voor hun inspanningen.⁷⁰

Maar de *capability*-aanpak die ik eerder noemde, biedt een aantal belangrijke toevoegingen op deze modellen. De *capability*-aanpak maakt het mogelijk om expliciet rekening te houden met wat belangrijk is voor werknemers. Verder biedt de *capability*-aanpak in vergelijking met andere modellen meer ruimte om de rol van de sociale omgeving te onderzoeken; niet alleen de werkomgeving, juist ook de thuisomgeving en de samenleving in bredere zin. Zoals ik eerder al aangaf, gaat de *capability*-aanpak net als Positieve Gezondheid sterk uit van



de hele mens in plaats van de mens-als-werknemer. Ook hebben we gezien dat *agency*, handelingsvermogen en eigen regie in beide perspectieven een centrale rol spelen. Juist de *capability*-aanpak is daarmee een uitstekend startpunt om te kunnen verklaren hoe Positieve Gezondheid precies werkt in de context van werk en leren. Dit perspectief kan daarbij ook een bijdrage leveren aan breder onderzoek naar veerkracht en weerbaarheid van werknemers, waarin de rol van de bredere sociale omgeving en de mens-buiten-werktijd ook nog te vaak onderbelicht blijven.⁷¹

Onderzoek naar werk en gezondheid waarbij gebruik wordt gemaakt van de *capability*-aanpak is niet helemaal nieuw. Zo ontwikkelden Van der Klink en collega's op basis van deze aanpak een theoretisch kader voor *sustainable employability*.⁷² Ze besteedden daarbij ook aandacht aan de werkomgeving, die vooral gezien wordt als contextuele *conversion factor* die de mogelijke keuzeruimte beperkt, en wezen hierbij ook op de gezamenlijke verantwoordelijkheid van werknemers en werkgevers om tot oplossingen te komen waarbij werknemers hun potentieel zo goed mogelijk kunnen benutten. De vraag hóé dit gedaan moet worden blijft echter onbeantwoord, omdat duurzame inzetbaarheid uiteindelijk toch vooral als individueel kenmerk geconceptualiseerd wordt.⁷³ Hierdoor blijft onduidelijk hoe de wisselwerking tussen werknemer en werkomgeving er precies uitziet.

De aanpak rond positief gezond werken en leren biedt een uitstekend startpunt om dit wél goed te onderzoeken. Het echt direct meten van de *capabilities* zelf blijft een uitdaging. Wat we wél beter kunnen meten, is hoe de keuzeruimte die centraal staat bij de *capabilities* precies vorm krijgt. De keuzeruimte van mensen wordt nooit alleen door henzelf gecreëerd, maar is het resultaat van een samenspel met hun sociale omgeving. Maar hoe kunnen we dit samenspel goed onderzoeken? Ik stel een vernieuwing op de *capabilities*-aanpak voor, waarbij het proces waarin werknemers, werkgevers en andere betrokkenen samen de keuzeruimte bepalen centraal staat. Het samen beslissen en prioriteiten stellen, is daarbij cruciaal in het daadwerkelijk vormgeven van de *capabilities*.

Laten we nog eens goed kijken naar de *conversion factors*. Zoals eerder al gezegd gaat het hierbij om een bonte verzameling kenmerken van individuen, organisaties en samenlevingen die bepalen hoe *endowments* zich vertalen in *capabilities* en *functionings*. Wij hebben als onderzoekers al snel de neiging om heel gericht de afzonderlijke bijdrage van elk van deze kenmerken te willen vaststellen. We kijken daarbij soms ook wel naar de wisselwerking tussen individuen, organisaties en samenlevingen (bijvoorbeeld: is het hebben van een beperking een minder grote belemmering in meer inclusieve organisaties?),

maar het probleem daarbij blijft dat we het proces dat leidt tot het vormen van de *capabilities* nooit helemaal in kaart brengen.

Maar wat gebeurt er als we minder kijken naar of en in hoeverre elk van de *conversion factors* een rol speelt, en ons richten op de manier waarop de betrokken actoren op micro-, meso- en macroniveau samenkomen? Het kernidee hierbij is dat *capabilities* niet zozeer bepaald worden door een optelsom van *conversion factors*, maar door het proces waarin de keuzeruimte tot stand komt door een actief samenspel van de individuen en de organisaties en samenlevingen waarvan zij deel uitmaken. Wat we hierbij dan ook vooral moeten meten, zijn niet alleen kenmerken van individuen, organisaties en samenlevingen, maar kenmerken van het proces. In hoeverre is er sprake van gezamenlijke belangen? Op welke manier worden deze gezamenlijke belangen geborgd in wetgeving en beleid, en nagestreefd in interne processen binnen een organisatie? En wordt hierbij alleen gekeken naar de specifieke rol van het individu in de organisatie of breder naar de hele mens?

Het gedachtegoed rond Positieve Gezondheid en de toepassing hiervan op werk en leren is voor mij extra interessant, omdat het de mogelijkheid biedt om concreet te onderzoeken of dit inderdaad zo werkt. De kernelementen voor positief gezond werken zoals ik die eerder aangaf, zijn namelijk precies wat we hier nodig hebben: dit zijn immers kenmerken van het proces waarin werkgevers, werknemers en andere betrokkenen samen de keuzeruimte bepalen. Is er binnen een organisatie aandacht voor de hele mens of alleen voor de werknemer? Wordt daadwerkelijk samen bekeken of wat belangrijk is voor de werknemer en wat belangrijk is voor de organisatie goed bij elkaar past, zowel op de korte als langere termijn? Is binnen de regels en normen van de organisatie ruimte voor eigen regie van de werknemer? Is sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid die niet alleen ervaren, maar ook uitgedragen wordt? Mijn hypothese is dat indien op deze vragen 'ja' geantwoord wordt de vaardigheden en talenten van mensen zich vertalen in meer *capabilities*. Met andere woorden, in dat geval is er meer ruimte voor mensen om het beste uit zichzelf te halen op een manier die zij zelf belangrijk vinden. Ik verwacht dat dit zich vervolgens vertaalt in een brede reeks positieve uitkomsten op individueel niveau (zoals welzijn, baanmatch en aanpassingsvermogen) en op organisatieniveau (zoals productiviteit, betrokkenheid en ook hier het vermogen om met veranderingen om te gaan). Belangrijk is echter dat niet alleen de uitkomsten centraal staan, maar ook het proces waarin samen beslist wordt over het toewerken naar de uitkomsten.

Maar hoe kunnen we deze kerngedachte nu vertalen in specifiekere hypothesen over dit proces die we ook daadwerkelijk kunnen toetsen? We verrijken



de *capability*-aanpak hiervoor met inzichten uit twee andere theoretische stromingen: het institutionalisme, en dan met name new institutionalism, en het complex systems-perspectief. *New institutionalism* verklaart hoe wetten en regels, maar ook normen, gebruiken en relaties, de interne processen en het gedrag van mensen binnen de organisatie beïnvloeden.⁷⁴ Het *complex systems*-perspectief kan gezien worden als aanvulling hierop, die vooral inspeelt op de veranderingen waarmee organisaties de laatste decennia te maken kregen. De kern van het *complex systems*-perspectief is dat organisaties (zoals scholen, universiteiten, zorginstellingen en bedrijven) complexe systemen zijn die voortdurend aan verandering onderhevig zijn, waardoor voortdurend een beroep gedaan wordt op het aanpassingsvermogen van zowel de organisatie zelf als de mensen die er werken en leren.⁷⁵ De organisatiestructuur en -cultuur en de relaties tussen mensen spelen hierbij een centrale rol, en kunnen het aanpassingsvermogen versterken of juist belemmeren. Samengenomen kunnen we deze theorieën daarom gebruiken om te voorspellen en verklaren in welke omstandigheden een aanpak gebaseerd op Positieve Gezondheid het meest succesvol is, en waarom deze aanpak in sommige organisaties mogelijk op beperkingen stuit.

One more time: nieuw onderzoek naar gezondheidsongelijkheid en vaardigheden

Ik heb laten zien hoe het samenbrengen van inzichten uit mijn eerdere onderzoek naar gezondheidsongelijkheid en vaardigheden geleid heeft tot een nieuwe onderzoeks aanpak voor positief gezond werken en leren. Maar schieten deze onderzoekslijnen zélf hier ook iets mee op? Het mooie is dat het nieuwe onderzoek naar positief gezond werken en leren zoals ik dat hier heb geschetst ook vernieuwing kan bieden in onderzoek naar vaardigheden en gezondheidsongelijkheid.

Onderzoek naar vaardigheden wordt verrijkt met een nieuwe praktisch toepasbare en toetsbare invulling van de *capability*-aanpak. Deze kan ingezet worden voor onderzoek naar Positieve Gezondheid, maar ook voor andere vraagstukken waarbij individuen, organisaties en overheden samen de ruimte bepalen waarin keuzes gemaakt worden. Een voorbeeld hierbij is onderzoek naar laaggeletterdheid. Hierbij zou bijvoorbeeld bekeken kunnen worden of laaggeletterdheid een *conversion factor* is die belemmert dat andere *endowments* (zoals sociaal-emotionele vaardigheden) ten volle tot uiting kunnen komen. In hoeverre kunnen laaggeletterden samen met organisaties en overheden komen tot een aanpak waarin er ruimte is om hun kernvaardigheden

zoveel mogelijk door te ontwikkelen én hun andere talenten zoveel mogelijk tot bloei te laten komen? Ook hier kan aandacht voor meetbare kenmerken van het proces helpen om vooruitgang te boeken. Tot slot hebben mijn plannen implicaties voor onderzoek rond de toekomst van werk. In dit onderzoeksgebied wordt volop bekeken welke vaardigheden mensen nodig hebben om mee te kunnen blijven draaien op de arbeidsmarkt van morgen. Vanuit de *capability*-aanpak zouden we daarbij niet alleen moeten onderzoeken hoe we mensen toekomstbestendig maken, maar ook hoe we de toekomst mensbestendig houden. De vraag die daarbij centraal zou kunnen staan, is hoe organisaties ingericht kunnen worden zodat mensen zich steeds nieuwe vaardigheden eigen kunnen blijven maken op een manier die past bij hen én bij de steeds veranderende organisaties waarvoor ze werken. Het gaat daarbij dus niet alleen om duurzame inzetbaarheid, maar ook om het duurzaam kunnen benutten en ontwikkelen van het potentieel aan talenten en vaardigheden.

Voor onderzoek naar gezondheidsongelijkheid kan Positieve Gezondheid het startpunt vormen om op een meer theoretisch onderbouwde manier te gaan kijken naar de wisselwerking tussen verschillende dimensies van gezondheid. Hierbij toetsen we dus niet zozeer een aanpak op basis van Positieve Gezondheid, maar bekijken we hoe een multidimensionaal perspectief op gezondheid ons kan helpen om gezondheidsongelijkheden beter te kunnen begrijpen. Hoe hangen verschillende aspecten van gezondheid met elkaar samen bij het verklaren van ongelijkheden in de onderwijs- en beroepsloopbaan? Zien we bijvoorbeeld dat mensen die meer betekenis ervaren in hun leven minder nadeel ondervinden van fysieke klachten? Zo ja, komt dit dan doordat het ervaren van betekenis bijdraagt aan het aanpassingsvermogen van mensen? En vertalen fysieke klachten zich minder vaak in lager welzijn indien mensen voldoende sociaal kunnen participeren? Hiermee kan dit onderzoek ook bijdragen aan het verder ontrafelen van de *disability paradox*, die laat zien dat mensen met ernstige chronische beperkingen vaak juist wel een hoge kwaliteit van leven rapporteren.⁷⁶ Om deze vragen te beantwoorden, zijn goede gegevens nodig die de verschillende dimensies van gezondheid op een betrouwbare en valide manier in kaart brengen. Daarbij komen we al heel ver met bestaande databronnen, zoals de *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) of de Nederlandse *Lifelines*-data.⁷⁷ Daarnaast komen er ook nieuwe databronnen aan die hiertoe mooie mogelijkheden bieden. Zo ben ik samen met vier collega's uit Noorwegen en Engeland verantwoordelijk voor de ontwikkeling van een nieuwe module met vragen over diverse aspecten van gezondheid voor het *European Social Survey*. Deze module zorgt ervoor dat we in 2024 de beschikking krijgen over gegevens over de gezondheid en leefsituatie van tienduizenden mensen in Europa.⁷⁸



All together now: mijn aanpak

Hoe ga ik dit allemaal aanpakken? Het is duidelijk dat de plannen zoals ik die hier heb geschetst, vragen om kennis en ervaring uit verschillende wetenschappelijke disciplines met een hele reeks verschillende onderzoeksmethoden. Ik krijg soms de vraag of ik al deze kennis en ervaring zelf wel in huis heb en mijn antwoord is: grotendeels wel, maar niet helemaal. Het zal daarom niet als een verrassing komen dat mijn onderzoeks aanpak ook staat of valt met samenwerking. Natuurlijk is samenwerking op zich niets nieuws in de wetenschap. We werken in consortia aan grote projecten, vaak met mensen uit verschillende wetenschappelijke disciplines die elkaar mooi aanvullen. Verder worden ook maatschappelijke organisaties, overheden en bedrijven voortdurend direct betrokken in wetenschappelijk onderzoek. Maar in hoeverre worden de mensen die in het onderzoek centraal staan zélf betrokken bij het opzetten en uitvoeren van het onderzoek? Ook dit gebeurt natuurlijk al regelmatig, maar de manier waarop dit gebeurt blijft vaak beperkt: mensen worden bijvoorbeeld uitgenodigd om te reflecteren op de uitkomsten van een onderzoek of om praktische toepassingen te bedenken op basis van onderzoeksresultaten. Maar op deze manier maken we nog steeds geen optimaal gebruik van de kennis en ervaringen die mensen zelf in de praktijk hebben opgedaan. Bovendien geven we mensen op deze manier nog steeds niet echt een rol in het onderzoek. Dit is een gemiste kans, zeker bij onderzoek dat zich richt op het ontwikkelen of aanpassen van beleid en nieuwe aanpakken voor de praktijk: actieve deelname van alle betrokkenen aan het gehele onderzoeksproces vergroot niet alleen het draagvlak voor de nieuwe aanpakken, maar zorgt er ook voor dat ze beter aansluiten op de daadwerkelijke situatie in de praktijk, en daarmee ook meer kans van slagen hebben. Het helpt hierbij ook niet dat we tijdens het onderzoeksproces vaak weinig naar buiten toe communiceren over waarmee we bezig zijn. We hebben soms de neiging om pas aan het eind van een project naar buiten te treden met resultaten om te laten zien wat het onderzoek heeft opgeleverd, maar waarom delen we niet ook het proces en de uitdagingen waar we tegenaan lopen?

Gelukkig is deze houding de laatste jaren erg veranderd: er is steeds meer onderzoek waarbij alle doelgroepen van meet af aan betrokken worden, bijvoorbeeld bij het vaststellen van de meest urgente onderzoeksvragen die we samen moeten beantwoorden. Ook in Maastricht zijn er al mooie voorbeelden van dit soort co-creatieonderzoek. Zo doen collega's bij het ROA samen met organisaties echt pionierend onderzoek naar de invloed van AI op de toekomst van werk, in het *ai:conomics*-project (geleid door Marie-Christine Fregin).⁷⁹ Het EducationLab, ook gelinkt aan ROA, is een ander mooi voorbeeld, waarbij in co-creatie met scholen gewerkt wordt aan succesvolle interventies in het

onderwijs.⁸⁰ Bij de Maastrichtse gezondheidswetenschappers is er bijvoorbeeld het recente proefschrift van Emmelie Hazelzet, waarbij werknemers actief betrokken werden bij het opzetten van een nieuwe aanpak rond duurzame inzetbaarheid.⁸¹ En zelf heb ik eerder dit jaar in co-creatie gewerkt met een geweldige groep vrijwilligers van Stichting @ease.⁸² Deze stichting, een initiatief van collega-hoogleraar Thérèse van Amelsvoort en Rianne Klaassen, heeft als missie om jongeren een veilige plek te bieden waar ze zich gehoord voelen en waar ze terecht kunnen als ze ergens mee zitten. Samen met de groep werkten we aan een vragenlijst over de gezondheid van jongeren, waarbij onze discussies over wat gezondheid eigenlijk inhoudt weer heel nieuwe inzichten opleverden. Verder mocht ik aansluiten bij een adviesgroep van mensen die met weinig geld moeten rondkomen,⁸³ die medegeorganiseerd wordt door collega-hoogleraar Gera Nagelhout, om het te hebben over Positieve Gezondheid. Hier leerde ik dat ik niet bij voorbaat moet aannemen dat mensen die te maken hebben met armoede minder goed in staat zijn om zelf de regie te kunnen nemen. Het werk van Gera Nagelhout is sowieso een inspirerend voorbeeld van hoe je mensen actief en betekenisvol kunt betrekken in onderzoek naar gezondheidsongelijkheid, én hoe je hierover in alle fases van het onderzoek helder kunt communiceren richting alle betrokkenen.



Ook onderzoek naar positief gezond werken en leren heeft baat bij een dergelijke co-creatieve aanpak. Sterker nog, een aanpak die inzet op het vergroten van eigen regie en daadwerkelijke betrokkenheid van mensen uit alle lagen van een organisatie móét eigenlijk wel in co-creatie tot stand komen. De samenwerkingen met het Institute for Positive Health, Sardes, Alles is Gezondheid en het CAOP, met collega-wetenschappers bij het onderzoeksnetwerk Positieve Gezondheid, het ROA, andere faculteiten in Maastricht en andere onderwijsinstellingen en met werkgevers én werknemers binnen verschillende organisaties die actief aan de slag willen met Positieve Gezondheid bieden hiervoor uitstekende kansen – zeker in combinatie met de ervaring die wij op dit gebied al in huis hebben in Maastricht. Ik kijk er ontzettend naar uit om samen aan de slag te gaan met onderzoek dat écht iets bijdraagt. Daarbij wil ik ook in mijn onderzoeksprojecten rond gezondheidsongelijkheid en laaggeletterdheid werken aan een meer co-creatieve aanpak. De komende jaren verken ik graag met anderen die zich middels wetenschap, beleid en praktijk bezighouden met deze onderwerpen hoe we dit concreet kunnen aanpakken.

Natuurlijk kosten dit soort innovatieve samenwerkingen wel veel tijd en brengen ze soms extra risico's met zich mee: het is niet altijd op voorhand even goed te voorspellen hoe een co-creatieproject zich ontwikkelt, en wat het precies zal opleveren. Maar om met de kolossale uitdagingen die we zien in onderwijs, werk

en zorg om te kunnen gaan, is het simpelweg nodig om buiten de gebaande paden te treden en om écht te investeren in samenwerking waarbij het gezamenlijke belang (dat er wel degelijk is) benoemd wordt en vooropgesteld wordt. Dit vraagt om commitment, wederzijdse ondersteuning en vertrouwen.

Wat is hierin mijn eigen rol als hoogleraar en hoe werk ik zélf samen met de mensen om mij heen? Ik vind het belangrijk om hierbij in deze oratie ook stil te staan. Voor mij is een goede hoogleraar niet iemand die altijd alle antwoorden heeft, maar iemand die de juiste vragen stelt. Niet iemand die alles zelf wel regelt, maar iemand die de juiste mensen bij elkaar kan brengen en tot hun recht kan laten komen. Ik kan niet álles, en dat is ook niet erg. Ik heb mensen om me heen die andere dingen goed kunnen en we vullen elkaar aan. Toch is juist dit ook voor mij een uitdaging, net zoals voor veel andere wetenschappers: ik wil graag zoveel mogelijk zelf kunnen, ik maak niet graag fouten en ik vind het soms moeilijk om bij anderen aan te kloppen. Bij al deze plannen en ambities is het daarom belangrijk dat ik mijn grenzen ken en bewaak, waar nodig om hulp vraag en ook goed op mijn eigen gezondheid let. Om zelf ook op de langere termijn het beste uit mezelf te kunnen blijven halen, maar ook omdat ik als hoogleraar een voorbeeldfunctie heb. De zorgwekkende ontwikkelingen in de mentale gezondheid van jongeren zoals ik die eerder schetste, treffen natuurlijk ook de universiteit. Onder PhD-kandidaten kampt naar schatting zelfs ruim een derde tot bijna de helft met mentale gezondheidsklachten, en ook bij andere jonge academici komen dergelijke klachten meer dan gemiddeld voor.⁸⁴ Op een gezonde manier op hoog niveau werken kán, ook in de wetenschap, en er ligt een taak voor ons als hoogleraren om te laten zien hóé dat kan: door zichtbaar te maken hoe wij de balans tussen werk en privé bewaken en hoe wij zelf keuzes maken, door van anderen (én van onszelf) te accepteren dat 'niet perfect' meestal toch echt 'goed genoeg' is, en door soms ook 'nee' te zeggen tegen interessante projecten, hoe moeilijk dat ook is. Ik ben blij dat ik bij het ROA in een omgeving werk waar hiervoor aandacht en ruimte is.

Dankwoord

Tot slot nog een woord van dank, want ook de weg naar deze leerstoel was alleen mogelijk door samenwerking met anderen. Om te beginnen wil ik de Universiteit Maastricht en het ROA bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen, in het bijzonder Pamela Habibović (de rector magnificus van de Universiteit Maastricht), Mariëlle Heijltjes (de decaan van de School of Business and Economics) en Didier Fouarge (de directeur van het ROA). Didier, de totstandkoming van deze leerstoel is zeker ook te danken aan het feit dat jij je hiervoor binnen de faculteit en de universiteit hard hebt gemaakt. Ik ben blij dat deze leerstoel bij het ROA gevestigd is, want ik kan me geen betere werkomgeving indenken om dit tot een succes te maken. Didiers voorgangers als ROA-directeuren, Andries de Grip en Rolf van der Velden, wil ik bedanken voor de kansen die zij mij gaven om me bij het ROA te ontwikkelen en om aan mezelf te werken. Verder wil ik alle ROA-collega's bedanken voor hun steun en samenwerking; wat een prachtige groep zijn we samen! Ik ga jullie niet allemaal persoonlijk bedanken, want inmiddels zijn jullie écht met te veel om op te noemen. Vooral Mark Levels wil ik bedanken; Mark, jij hebt een aanzienlijke rol gespeeld bij de totstandkoming van deze leerstoel. Ik vind het prachtig om binnen jouw onderzoekslijn rond *Health, Skills and Inequality* met jou samen te werken. We zijn een mooie weg ingeslagen en ik kijk met veel vertrouwen uit naar de komende jaren. Daarnaast werk ik met veel plezier samen met andere collega's bij de School of Business and Economics (SBE) én bij andere faculteiten van onze universiteit, met name de Faculty of Health, Medical and Life Sciences (FHML) en de Faculty of Psychology and Neuroscience (FPN); veel dank daarvoor!



Mijn leerstoel wordt voor 20 procent gefinancierd door Sardes, een onderdeel van de Stichting Centrum Arbeidsverhoudingen Overheidspersoneel (CAOP). Ik wil met name oud-directeur-bestuurder Philip Geelkerken en de Stichting Bestuur Leerstoelen van het CAOP, directeur Heleen Versteegen van Sardes, en directeur Karen van Ruiten van Alles is Gezondheid bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen. Dank ook aan Loes Hodemaekers van het CAOP voor de ondersteuning. Ik wil ook Liesbeth van Welie bedanken, die namens Sardes betrokken was bij de totstandkoming van de leerstoel. Liesbeth, ik zal je inzet, toewijding en begeleiding in dit proces niet vergeten. De regelmatige overleggen die ik heb met de mensen bij het CAOP die zich bezighouden met gezondheid en werk, met het team van het Institute for Positive Health (IPH) en met het Onderzoeksnetwerk Positieve Gezondheid zijn erg waardevol voor mij; dank jullie wel hiervoor!

Met niemand werk ik zo intensief samen als met mijn promovendi. Anna Gkiouleka (inmiddels dr. Gkiouleka, werkzaam bij de University of Cambridge), Babs Jacobs, Lisanne Vonk, Sabine van der Veer, Lydia Hofmann, Ines Loll en Martyna Ozaist, dank jullie wel voor de fijne samenwerking en voor alles wat ik van jullie mag leren. Jullie ontwikkelen allemaal jullie eigen geluid en ik vind het mooi om hieraan bij te dragen. Bij het ROA heb ik daarnaast de gelegenheid om mentor te zijn van andere onderzoekers. Ook dit is een vorm van samenwerking, want soms voelt het alsof jullie ook een beetje mijn mentor zijn (en zo moet het denk ik ook); dank jullie wel Evie Graus en Sanne Steens.

Ook samenwerking met andere wetenschappers buiten onze eigen universiteit is ontzettend belangrijk voor mij. Sinds het begin van mijn loopbaan heb ik in binnen- en buitenland mogen samenwerken met tientallen collega's van verschillende achtergronden en disciplines. Het reikt te ver om hier iedereen bij naam te noemen, maar ik wil vooral mijn promotor Gerbert Kraaykamp bedanken. Gerbert, bedankt voor de ruimte die je me vanaf het begin van mijn promotietraject geboden hebt om mijn eigen pad te kiezen. Dit is ontzettend belangrijk voor mij geweest. Verder wil ik mijn Noorse collega Terje Andreas Eikemo noemen. We spreken weleens van *partners in crime* en Terje en ik zijn echt *partners in science*. Terje, thank you for all the joint work that we have done together, and for giving me the opportunity to work part-time as a professor in Trondheim. Even though now this Norwegian adventure has ended, we will definitely continue our collaboration.

Vrienden en familieleden, wat ontzettend fijn dat jullie erbij zijn vandaag; ook jullie kan ik onmogelijk allemaal persoonlijk noemen, maar jullie zijn ieder op jullie eigen manier belangrijk voor mij. Giedo, Hans en Mark, bedankt voor het aanhoren van mijn theorieën in ongepolijste vorm. Pap en mam, bedankt voor alles wat jullie mij gegeven hebben. Het is fijn dat we elkaar weer vaker zien nu we in dezelfde stad wonen. Nick, Jule, Felix en Milou, Galya, Misha, Vova en Diana, dank ook voor jullie steun op afstand. Ik wil ook mijn oma Rian noemen, die eerder dit jaar overleed, en die mij leerde wat verwondering is. Om als wetenschapper de juiste vragen te blijven stellen, is verwondering onontbeerlijk. De laatste woorden van dank zijn natuurlijk voor Irishka en Jonas. Irishka, we have been as together as together can be since the day we met, almost ten years ago in London; to call us inseparable would be an understatement. The move from England to The Netherlands five years ago was a big step for you, and I am happy that Maastricht has gradually really become home to you. Your support and your patience have been immense, and I would not be standing here today without you. Actually, I feel that this stage should have been yours, so that everyone could have witnessed what an incredibly talented opera singer you are.

I am very proud of how in the meantime you also developed as an outstanding singing and piano teacher. With everything else that you have experienced during your life, you are the best example of resilience, and an inspiration to me. Thank you.

Jonas, je bent nog te klein om vandaag naar mijn verhaal te luisteren, en dat is misschien maar goed ook; je zou vooral vinden dat ik veel en veel te lang aan het praten ben. Dank je wel voor de spiegel die je mij voorhoudt; steeds weer herinner je mij eraan dat papa wel ook zélf goed op zijn gezondheid moet blijven letten. Met jou en mama samen liedjes zingen: 'samener' dan dat kan niet.

Slotakkoord

Het is tijd om af te ronden. Ik eindig waar ik begonnen ben: bij samenspel, en daarvoor ga ik nog één keer terug naar Engeland. De jonge Britse band Black Country, New Road stond een paar jaar geleden op het punt om hun tweede album te presenteren toen de leadzanger plotseling wegviel vanwege mentale gezondheidsproblemen. De band moest een geplande tournee door Noord-Amerika afzeggen en dreigde uit elkaar te vallen, want hoe ga je om met het verlies van je leadzanger? Toen kregen de bandleden een idee: wat als we nu allemaal leadzanger worden? De groep ging gezamenlijk aan de slag en was in staat om zich opnieuw uit te vinden, met nieuwe muziek waarin alle zes overgebleven bandleden letterlijk hun eigen stem laten horen. Het resultaat is het album *Live at Bush Hall* dat eerder dit jaar verscheen, en in het eerste nummer (met de mooie titel *Up Song*) zingen de bandleden samen: '*Look at what we did together!*'

Niet alle doelen worden precies zoals gepland behaald, en dit moeten we zeker als wetenschappers juist ook blijven omarmen: we boeken alleen vooruitgang als we actief blijven proberen om onze eigen voorspellingen te weerleggen. Daarom is de manier waarop we samenwerken minstens zo belangrijk als wat we uiteindelijk met onze samenwerking beogen te bereiken. Als hoogleraar ben ik daarbij maar één van de leadzangers, met als speciale taak om ervoor te zorgen dat ieders geluid zo goed mogelijk tot zijn recht komt. Dat is waar het om draait in mijn werk. Als ik ooit de kans krijg om met jullie terug te kijken en dan kan zeggen: 'Look at how we worked together!', heb ik mijn doel bereikt.

Ik heb gezegd.

Noten

- 1 Zie bijv. Graaf, N. D. de, Graaf, P. M. de, & Kraaykamp, G. (2000). Parental Cultural Capital and Educational Attainment in the Netherlands: A Refinement of the Cultural Capital Perspective. *Sociology of Education*, 73(2), 92-111;
Hanushek, E. A., Jacobs, B., Schwerdt, G., Velden, R. van der, Vermeulen, S., & Wiederhold, S. (2021). *The Intergenerational Transmission of Cognitive Skills: An Investigation of the Causal Impact of Families on Student Outcomes* (Nr. 29450). National Bureau of Economic Research;
Jæger, M. M. (2012). The Extended Family and Children's Educational Success. *American Sociological Review*, 77(6), 903-922;
Kalmijn, M. (1998). Inter marriage and Homogamy: Causes, Patterns, Trends. *Annual Review of Sociology*, 24(1), 395-421;
Kalmijn, M. (2023). Cohort changes in the association between parental divorce and children's education: A long-term perspective on the institutionalization hypothesis. *European Sociological Review*, <https://doi.org/10.1093/esr/jcad011>.
- 2 Durkheim, E. (2006). *On Suicide*. Penguin Books.
- 3 Centraal Bureau voor de Statistiek (2022, 21 december). *Bovenaan welvaartsladder bijna 25 jaar langer in goede gezondheid*. Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/51/bovena-an-welvaartsladder-bijna-25-jaar-langer-in-goede-gezondheid>
- 4 Zie bijv. Kunst, A. E., & Mackenbach, J. P. (1994). The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries. *American Journal of Public Health*, 84(6), 932-937;
Mackenbach, J. P., Kunst, A. E., Cavelaars, A. E., Groenof, F., & Geurts, J. J. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet*, 349(9066), 1655-1659.
- 5 Zie bijv. Huijts, T., & Kraaykamp, G. (2011a). Marital status, nation marital status composition, and self-assessed health: A multilevel test of four hypotheses in 29 European countries. *European Societies*, 13(2), 279-305;
Huijts, T., & Kraaykamp, G. (2011b). Religious Involvement, Religious Context, and Self-Assessed Health in Europe. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(1), 91-106;
Huijts, T., & Kraaykamp, G. (2012a). Formal and informal social capital and self-rated health in Europe: A new test of accumulation and compensation

- mechanisms using a multi-level perspective. *Acta Sociologica*, 55(2), 143-158.
- 6 Huijts, T., Kraaykamp, G., & Subramanian, S. V. (2013). Childlessness and psychological well-being in context: A multilevel study on 24 European countries. *European Sociological Review*, 29(1), 32-47.
- 7 Zie bijv. Barsties, L. S., Walsh, S. D., Huijts, T., Bendtsen, P., Molcho, M., Buijs, T., Vieno, A., Elgar, F., & Stevens, G. W. (2017). Alcohol consumption among first-and second-generation immigrant and native adolescents in 23 countries: Testing the importance of origin and receiving country alcohol prevalence rates. *Drug and Alcohol Review*, 36(6), 769-778;
- De Looze, M., Huijts, T., Stevens, G. W., Torsheim, T., & Vollebergh, W. A. (2018). The happiest kids on earth. Gender equality and adolescent life satisfaction in Europe and North America. *Journal of Youth and Adolescence*, 47, 1073-1085;
- De Looze, M., Madkour, A. S., Huijts, T., Moreau, N., & Currie, C. (2019). Country-level gender equality and adolescents' contraceptive use in Europe, Canada and Israel: findings from 33 countries. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 51(1), 43-53;
- Gesthuizen, M., Huijts, T., & Kraaykamp, G. (2012). Explaining health marginalisation of the lower educated: the role of cross-national variations in health expenditure and labour market conditions. *Sociology of Health & Illness*, 34(4), 591-607;
- Gkiouleka, A., Avrami, L., Kostaki, A., Huijts, T., Eikemo, T. A., & Stathopoulou, T. (2018). Depressive symptoms among migrants and non-migrants in Europe: documenting and explaining inequalities in times of socio-economic instability. *European Journal of Public Health*, 28(suppl_5), 54-60;
- Huijts, T., Eikemo, T. A., & Skalická, V. (2010). Income-related health inequalities in the Nordic countries: examining the role of education, occupational class, and age. *Social Science & Medicine*, 71(11), 1964-1972;
- Huijts, T., Gkiouleka, A., Reibling, N., Thomson, K. H., Eikemo, T. A., & Bambra, C. (2017). Educational inequalities in risky health behaviours in 21 European countries: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *The European Journal of Public Health*, 27(suppl_1), 63-72;
- Huijts, T., & Kraaykamp, G. (2012b). Immigrants' Health in Europe: A Cross-Classified Multilevel Approach to Examine Origin Country, Destination Country, and Community Effects. *International Migration Review*, 46(1), 101-137;
- Huijts, T., Monden, C. W., & Kraaykamp, G. (2010). Education, Educational Heterogamy, and Self-Assessed Health in Europe: A Multilevel Study of



- Spousal Effects in 29 European Countries. *European Sociological Review*, 26(3), 261-276;
- Reibling, N., Beckfield, J., Huijts, T., Schmidt-Catran, A., Thomson, K. H., & Wendt, C. (2017). Depressed during the depression: has the economic crisis affected mental health inequalities in Europe? Findings from the European Social Survey (2014) special module on the determinants of health. *The European Journal of Public Health*, 27(suppl_1), 47-54;
- Rydland, H. T., Fjær, E. L., Eikemo, T. A., Huijts, T., Bambra, C., Wendt, C., Kulhánová, I., Martikainen, P., Dikken, C., Kalédiené, R., Borell, C., Leinsalu, M., Bopp, M., Mackenbach, J. P. (2020). Educational inequalities in mortality amenable to healthcare. A comparison of European healthcare systems. *PLOS ONE*, 15(7), e0234135;
- Stevens, G. W., Walsh, S. D., Huijts, T., Maes, M., Madsen, K. R., Cavallo, F., & Molcho, M. (2015). An internationally comparative study of immigration and adolescent emotional and behavioral problems: Effects of generation and gender. *Journal of Adolescent Health*, 57(6), 587-594;
- Subramanian, S. V., Huijts, T., & Avendano, M. (2010). Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education?. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(2), 131-138;
- Todd, A., McNamara, C. L., Balaj, M., Huijts, T., Akhter, N., Thomson, K., Kasim, A., Eikemo, T. & Bambra, C. (2019). The European epidemic: pain prevalence and socioeconomic inequalities in pain across 19 European countries. *European Journal of Pain*, 23(8), 1425-1436;
- Van de Velde, S., Huijts, T., Bracke, P., & Bambra, C. (2013). Macro-level gender equality and depression in men and women in Europe. *Sociology of health & illness*, 35(5), 682-698;
- Wagner, C., Cullati, S., Sieber, S., Huijts, T., Chiolerio, A., & Carmeli, C. (2023). Intergenerational educational trajectories and inequalities in longevity: A population-based study of adults born before 1965 in 14 European countries. *SSM - Population Health*, 22, 101367.
- 8 Huijts, T., & Eikemo, T. A. (2009). Causality, social selectivity or artefacts? Why socioeconomic inequalities in health are not smallest in the Nordic countries. *European Journal of Public Health*, 19(5), 452-453.
- 9 Thomson, K., Hillier-Brown, F., Todd, A., McNamara, C., Huijts, T., & Bambra, C. (2018). The effects of public health policies on health inequalities in high-income countries: an umbrella review. *BMC Public Health*, 18, 1-21.
- 10 Blom, N., Huijts, T., & Kraaykamp, G. (2016). Ethnic health inequalities in Europe. The moderating and amplifying role of healthcare system characteristics. *Social Science & Medicine*, 158, 43-51.

- 11 Beckfield, J., Bambra, C., Eikemo, T. A., Huijts, T., McNamara, C., & Wendt, C. (2015). An institutional theory of welfare state effects on the distribution of population health. *Social Theory & Health*, 13, 227-244.
- 12 Cabral, G. G., de Souza, A. C. D., Barbosa, I. R., Jerez-Roig, J., & Souza, D. L. (2019). Multimorbidity and its impact on workers: a review of longitudinal studies. *Safety and Health at Work*, 10(4), 393-399;
Ho, I. S. S., Azcoaga-Lorenzo, A., Akbari, A., Black, C., Davies, J., Hodgins, P., Khunti, K., Kadam, U., Lyons, R.A., McCowan, C., Mercer, S., Nirantharakumar, K., Guthrie, B. (2021). Examining variation in the measurement of multimorbidity in research: a systematic review of 566 studies. *The Lancet Public Health*, 6(8), e587-e597.
- 13 Cheshire, J.A. (2012). Lives on the line: mapping life expectancy along the London Tube network. *Environment and Planning A*, 44, 1525.
- 14 OECD (2013). OECD Skills Outlook 2013: First Results from the Survey of Adult Skills. OECD.
- 15 Zie bijv. Hanushek, E. A., Schwerdt, G., Wiederhold, S., & Woessmann, L. (2015). Returns to skills around the world: Evidence from PIAAC. *European Economic Review*, 73, 103-130;
Heckman, J. J., Stixrud, J., & Urzua, S. (2006). The effects of cognitive and noncognitive abilities on labor market outcomes and social behavior. *Journal of Labor Economics*, 24(3), 411-482.
- 16 Zie bijv. Jacobs, M., Huijts, T., van Broekhoven, K., Straetmans, S., Meng, C., & van der Velden, R. (2021). Effects of participation in excellence programmes on cognitive and non-cognitive skills among higher education students in the Netherlands. *European Journal of Higher Education*, 11, 44-63;
Pérez Rodríguez, S., van der Velden, R., Huijts, T., & Jacobs, B. (2022). Identifying literacy and numeracy skill mismatch in OECD countries using the job analysis method. *ROA Research Memorandum*, (011. Maastricht University, Research Centre for Education and the Labour Market (ROA).
- 17 Zie bijv. Buisman, M., Allen, J., Fouarge, D., Houtkoop, W., & Van der Velden, R. (2013). *PIAAC: Kernvaardigheden voor werk en leven. Resultaten van de Nederlandse survey 2012*, ECBO/ROA;
Stichting Lezen & Schrijven (2019). *Spreiding van laaggeletterdheid: Inzicht in taal- en rekenvaardigheden per beroep, sector en type werkzoekende*. Stichting Lezen & Schrijven.



- 18 Nordheim, O. & Huijts, T. (2023). *Social functioning and personal development among individuals with low literacy skills; the role of active labour market policy*. Forthcoming in *Journal of Social Policy*.
- 19 Becker, G. (1993). *Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education*. The University of Chicago Press.
- 20 Zie bijv. Cunha, F., & Heckman, J. (2007). The technology of skill formation. *American Economic Review*, 97(2), 31-47.
- 21 Becker, G. (2007). Health as human capital: synthesis and extensions. *Oxford Economic Papers*, 59, 379-410.
- 22 Zie bijv. Keep, E. & Mayhew, K. (2010). Moving beyond skills as a social and economic panacea. *Work Employment & Society*, 24, 565–577.
- 23 Bryson, J. (2015). Putting skill in its place. *Journal of Education and Work*, 28(5), 551-570.
- 24 Markovits, D. (2019). *The meritocracy trap*. Penguin UK.
- 25 Bryson, J. (2015). Putting skill in its place. *Journal of Education and Work*, 28(5), 551-570.
- 26 Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press;
Robeyns, I. (2005). The capability approach: a theoretical survey. *Journal of Human Development*, 6(1), 93-117.
- 27 Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press, p.296.
- 28 Skills2Capabilities (2023). Geraadpleegd op 25 september 2023, van <https://www.skills2capabilities.eu/>
- 29 Zie bijv. Van Ruitenbeek, G. M., Zijlstra, F. R., & Hülshager, U. R. (2023). Workplace learning and development of people with limited work capacity. *Applied Psychology*, <https://doi.org/10.1111/apps.12459>;
Zijlstra, F., van Ruitenbeek, G., Mulders, H., & van Lierop, B. (2017). *Designing work for inclusiveness*. Springer International Publishing.
- 30 Zie bijv. Alkire, S. (2005). Why the capability approach? *Journal of Human Development*, 6(1), 115-135.

- 31 Nussbaum, M. (2000). *Women and Human Development*. Cambridge University Press.
- 32 Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Van Der Meer, J.W. and Schnabel, P. (2011). *How should we define health?* *BMJ*, 343; Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of health: Its operationalisation and use in public health and healthcare and in evaluating health effects of food*. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20141217mh>.
- 33 Bodryzlova, Y., & Moullec, G. (2023). Definitions of positive health: a systematic scoping review. *Global Health Promotion*. <https://doi.org/10.1177/17579759221139802>.
- 34 Zie bijv. Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of health: Its operationalisation and use in public health and healthcare and in evaluating health effects of food*. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20141217mh>.
- 35 Grad, F. P. (2002). The Preamble of the Constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (12), 982.
- 36 Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Van Der Meer, J.W. and Schnabel, P. (2011). *How should we define health?* *BMJ*, 343; Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of health: Its operationalisation and use in public health and healthcare and in evaluating health effects of food*. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20141217mh>.
- 37 Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Van Der Meer, J.W. and Schnabel, P. (2011). *How should we define health?* *The BMJ*, 343; Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of health: Its operationalisation and use in public health and healthcare and in evaluating health effects of food*. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20141217mh>; Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*, 6(1), e010091.



- 38 Zie bijv. Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344.
- 39 Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass Publishers.
- 40 Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*, 6(1), e010091.
- 41 Huber, M., Jung, H.P., van den Brekel-Dijkstra, K. (2022). *Handbook Positive Health in Primary Care*. Bohn Stafleu van Loghum.
- 42 In: Gigengack, D. (2020). 'Je bent meer dan je ziekte'. *Gezondgids*, 19-20.
- 43 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019). *Gezondheid breed op de agenda. Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024*.
- 44 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht*. RIVM.
- 45 Bakens, J., Bijlsma, I., Dijkman, S., Fouarge, D., & Goedhart, R. (2021). *De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2026* (Nr. 005). ROA. <https://doi.org/10.26481/umarep.2021005>
- 46 Centraal Bureau voor de Statistiek (2023). Ziekteverzuim in vierde kwartaal opnieuw hoger. Geraadpleegd op 10 maart 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/10/ziekteverzuim-in-vierde-kwartaal-2022-opnieuw-hoger>
- 47 TNO en CBS (2023). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2022. Resultaten in vogelvlucht*. Geraadpleegd van <https://www.monitorarbeid.tno.nl/nl-nl/publicaties/nationale-enquete-arbeidsomstandigheden-2022-resultaten-in-vogelvlucht/>
- 48 Zie bijv. De Jonge, J., Bosma, H., Peter, R., & Siegrist, J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 50(9), 1317-1327; Lerner, D. J., Levine, S., Malspeis, S., & D'Agostino, R. B. (1994). Job strain and health-related quality of life in a national sample. *American Journal of Public Health*, 84(10), 1580-1585; Park, J. (2007). *Work stress and job performance*. Statistics Canada.

- 49 TNO (2023). *Burnout-klachten onder jonge werknemers een groeiend probleem?* Geraadpleegd van <https://www.tno.nl/nl/newsroom/2023/09/burn-outklachten-jongeren-onderzoek-2022/>
- 50 Van der Klink, J. J., Bültmann, U., Burdorf, A., Schaufeli, W. B., Zijlstra, F. R., Abma, F. I., Brouwer, S. & Van der Wilt, G. J. (2016). Sustainable employability—definition, conceptualization, and implications: a perspective based on the capability approach. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 71-79.
- 51 Jeroen Bosch Ziekenhuis (2023). *Omdatjijertoedoet.nl*. Geraadpleegd op 5 oktober 2023, van <https://www.omdatjijertoedoet.nl>.
- 52 Institute for Positive Health (z.d.). *Handreiking. Hoe positieve gezondheid past binnen de werkomgeving*;
Institute for Positive Health (2019). *Hoe positieve gezondheid past binnen de werkomgeving. Een procesnotitie van de Koploperafel Positieve Gezondheid en Werk (Nr. 2019-04)*;
Yaron, G., Spreeuwenberg, M., & Ruwaard, D. (2021). *Praktijkhandreiking werken met positieve gezondheid*. Academische Werkplaats Duurzame Zorg.
- 53 Zie bijv. Bock, L. A., Noben, C. Y., Yaron, G., George, E. L., Masclee, A. A., Essers, B. A., & Van Mook, W. N. (2021). Positive Health dialogue tool and value-based healthcare: a qualitative exploratory study during residents' outpatient consultations. *BMJ Open*, 11(11), e052688;
Lemmen, C. H., Yaron, G., Gifford, R., & Spreeuwenberg, M. D. (2021). Positive Health and the happy professional: a qualitative case study. *BMC Family Practice*, 22(1), 1-12.
- 54 Robroek, S. J., van de Vathorst, S., Hilhorst, M. T., & Burdorf, A. (2012). Moral issues in workplace health promotion. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85, 327-331.
- 55 Van Vliet, M., Doornenbal, B. M., Boerema, S., & Van Den Akker-Van, E. M. (2021). Development and psychometric evaluation of a Positive Health measurement scale: a factor analysis study based on a Dutch population. *BMJ Open*, 11(2), e040816.
- 56 Zie bijv. ook *Gezondmeten.nl*. Geraadpleegd op 26 september 2023, van <https://gezondmeten.nl>



- 57 Prinsen, C. A., & Terwee, C. B. (2019). Measuring positive health: for now, a bridge too far. *Public Health*, 170, 70-77.
- 58 Doornenbal, B. M., Vos, R. C., Van Vliet, M., Kieffe-De Jong, J. C., & van den Akker-van Marle, M. E. (2022). Measuring positive health: Concurrent and factorial validity based on a representative Dutch sample. *Health & Social Care in the Community*, 30(5), e2109-e2117.
- 59 Zie bijv. Nahar-van Venrooij, L. M., & Timmers, J. (2022). Het meten van een brede benadering van gezondheid vraagt een brede aanpak in wetenschappelijk onderzoek. *TSG - Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 100(4), 170-173.
- 60 Zie bijv. Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 1269-1287;
Evans, G. W., & Kim, P. (2013). Childhood poverty, chronic stress, self-regulation, and coping. *Child Development Perspectives*, 7(1), 43-48;
Woolf, C., Muscara, F., Anderson, V. A., & McCarthy, M. C. (2016). Early traumatic stress responses in parents following a serious illness in their child: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 23, 53-66.
- 61 Brouwers, E. P. (2020). Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC Psychology*, 8, 1-7;
Brouwers, E. P., Terluin, B., Tiemens, B. G., & Verhaak, P. F. (2009). Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19, 323-332.2.
- 62 Ichniowski, C., & Shaw, K. (2003). Beyond incentive pay: Insiders' estimates of the value of complementary human resource management practices. *Journal of Economic Perspectives*, 17(1), 155-180;
Shaw, K. (2009). Insider econometrics: A roadmap with stops along the way. *Labour Economics*, 16(6), 607-617.
- 63 Boer, M., van Dorsselaer, S. A. F. M., de Looze, M., de Roos, S. A., Brons, H., van den Eijnden, R., Monshouwer, K., Huijnk, W., ter Bogt, T., Vollebergh, W., & Stevens, G. (2022). *Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. HBSC Nederland;
Swart, N. M., Gubbels, J., in 't Zandt, M., Wolbers, M. H. J., & Segers, E. (2023). *PIRLS-2021: Trends in leesprestaties, leesattitude en leesgedrag van tienjarigen uit Nederland*. Expertisecentrum Nederlands.

- 64 NCO (2023). EPOSS: Vroege voorspellers voor onderwijsprestaties en -loopbanen. Geraadpleegd op 26 september 2023, van <https://www.nationaalcohortonderzoek.nl/eposs>.
- 65 Zie bijv. Hazelzet, E., Picco, E., Houkes, I., Bosma, H., & de Rijk, A. (2019). Effectiveness of interventions to promote sustainable employability: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11), 1985;
Nielsen, K., Nielsen, M. B., Ogbonnaya, C., Kännsälä, M., Saari, E., & Isaksson, K. (2017). Workplace resources to improve both employee well-being and performance: A systematic review and meta-analysis. *Work & Stress*, 31(2), 101-120;
Nielsen, K., Randall, R., Holten, A. L., & González, E. R. (2010). Conducting organizational-level occupational health interventions: What works?. *Work & Stress*, 24(3), 234-259.
- 66 Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 285-308.
- 67 Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328;
Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499.
- 68 Deci, E. L., Olafsen, A. H., & Ryan, R. M. (2017). Self-determination theory in work organizations: The state of a science. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 19-43;
Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory. *Handbook of Theories of Social Psychology*, 1(20), 416-436.
- 69 Avey, J. B., Luthans, F., & Jensen, S. M. (2009). Psychological capital: A positive resource for combating employee stress and turnover. *Human Resource Management*, 48(5), 677-693;
Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B. J., Norman, S. M., & Combs, G. M. (2006). Psychological capital development: toward a micro-intervention. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 27(3), 387-393;
Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60(3), 541-572.;



- Luthans, F., & Youssef-Morgan, C. M. (2017). Psychological capital: An evidence-based positive approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 339-366.
- 70 Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27.
- 71 Zie bijv. Britt, T. W., Shen, W., Sinclair, R. R., Grossman, M. R., & Klieger, D. M. (2016). How much do we really know about employee resilience?. *Industrial and Organizational Psychology*, 9(2), 378-404;
Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I., Tüscher, O., Kalisch, R., Kubiak, T., Wessa, M., & Lieb, K. (2018). Intervention studies to foster resilience - A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 59, 78-100;
Hartmann, S., Weiss, M., Newman, A., & Hoegl, M. (2020). Resilience in the workplace: A multilevel review and synthesis. *Applied Psychology*, 69(3), 913-959.
- 72 Van der Klink, J. J., Bültmann, U., Burdorf, A., Schaufeli, W. B., Zijlstra, F. R., Abma, F. I., Brouwer, S. & Van der Wilt, G. J. (2016). Sustainable employability - definition, conceptualization, and implications: a perspective based on the capability approach. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 71-79.
- 73 Fleuren, B. P., de Grip, A., Jansen, N. W., Kant, I., & Zijlstra, F. R. (2016). Critical reflections on the currently leading definition of sustainable employability. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 42(6), 557-560;
Fleuren, B. P., de Grip, A., Jansen, N. W., Kant, I., & Zijlstra, F. R. (2020). Unshrouding the sphere from the clouds: Towards a comprehensive conceptual framework for sustainable employability. *Sustainability*, 12(16), 6366.
- 74 Zie bijv. Powell, W. W., & DiMaggio, P. J. (Eds.). (2012). *The new institutionalism in organizational analysis*. University of Chicago Press.
- 75 Zie bijv. Sterman, J. D. (1994). Learning in and about complex systems. *System Dynamics Review*, 10(2-3), 291-330;
Davis, B., & Sumara, D. (2001). Learning communities: Understanding the workplace as a complex system. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 2001(92), 85-96.

- 76 Albrecht, G. L., & Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48(8), 977-988.
- 77 Gurgel do Amaral, G. S., Ots, P., Brouwer, S., & van Zon, S. K. (2022). Multimorbidity and exit from paid employment: the effect of specific combinations of chronic health conditions. *European Journal of Public Health*, 32(3), 392-397.
- 78 European Social Survey (2020). *Round 11 rotating modules selected*. Geraadpleegd van <https://www.europeansocialsurvey.org/news/article/round-11-rotating-modules-selected>
- 79 ROA (2023). *Research projects Ai:conomics*. Geraadpleegd op 5 oktober 2023, van <https://roa.nl/research/research-projects/aiconomics>
- 80 EducationLab (Education-lab.nl). Geraadpleegd op 5 oktober 2023.
- 81 Hazelzet, E. M. (2023). *Promoting sustainable employability of employees in low-skilled jobs: development, implementation, and evaluation of a dialogue-based intervention*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20230602eh>
- 82 Stichting @ease(ease.nl). Geraadpleegd op 5 oktober 2023.
- 83 Adviesgroep Maastricht (2023). *Gezond leven met weinig geld*. Geraadpleegd op 5 oktober 2023, van <https://adviesgroepmaastricht.wordpress.com>
- 84 Promovendi Netwerk Nederland (2020). *PhD Survey Wellbeing*. Geraadpleegd van <https://hetpnn.nl/en/publicatie/phd-survey-wellbeing/>; Woolston, C. (2019). PhDs: the tortuous truth. *Nature*, 575(7782), 403-407.

Colofon

ISBN 978-90-75256-14-7

Coördinatie: **Loes Hodemaekers** (CAOP)

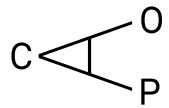
Eindredactie: **Katja Graven** (Het Nederlands Tekstbureau)

Vormgeving: **Paul Pleijs** (CAOP)

Fotografie: iStock

Druk: G3M

© 2023 CAOP



'All together now! Positief gezond werken en leren'

Een uitgave van de Leerstoel Positive Health at Work van Sardes (onderdeel van Stichting CAOP) en Universiteit Maastricht, verschenen op 17 november 2023.

Prof. dr. Tim Huijts (1984) is als hoogleraar Positive Health at Work werkzaam bij het Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA) aan de Universiteit Maastricht. Zijn leerstoel wordt deels gefinancierd door Sardes, onderdeel van CAOP. Voorheen was hij werkzaam bij Radboud Universiteit Nijmegen, Universiteit Utrecht, University of Oxford, Queen Mary University of London, en University of York. In zijn onderzoek houdt hij zich vooral bezig met gezondheidsongelijkheid, vaardigheden en capabilities, en positieve gezondheid.

