

RIJKSUNIVERSITEIT GRONINGEN

**"Willens en wetens"**  
**ziekmelden als beredeneerd gedrag**

**Proefschrift**

ter verkrijging van het doctoraat in de  
Psychologische, Pedagogische en Sociologische Wetenschappen  
aan de Rijksuniversiteit Groningen  
op gezag van de  
Rector Magnificus Dr. S.K. Kuipers  
in het openbaar te verdedigen op  
donderdag 1 september 1994  
des namiddags te 2.45 uur precies

door

**Liliane Elisabeth Maria Hopstaken**

geboren op 13 juni 1962

te Tilburg

Promotor: Prof. dr. A.P. Buunk  
Referent: Dr. F.W. Siero

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Hopstaken, Liliane Elisabeth Maria

"Willens en wetens": ziekmelden als beredeneerd gedrag /  
Liliane Elisabeth Maria Hopstaken; [ill.: D.G. van  
Engen]. - [S.l.: s.n.]. - Ill.

Proefschrift Groningen. - Met lit.opg. - Met samenvatting  
in het Engels.

ISBN 90-9007393-0

Trefw.: ziekteverzuim / gedragsleer.

Druk: Krips Repro Meppel  
Omslag: Studio de Haas, Son en Breugel

## Voorwoord

Zoals de titel aangeeft stelt het onderzoek naar ziekteverzuim dat in dit proefschrift wordt beschreven de persoon centraal: ziekteverzuim wordt opgevat als gedrag. Bepaalde gedachtengangen of redeneringen spelen een rol in het besluit om zich wel of niet ziek te melden. Vanuit deze benadering wordt de persoon gezien als de as in het 'rad van verzuim'. Alles draait om mensen; het zijn mensen die iets goed kunnen laten draaien. Ook in dit proefschrift heeft het om de inzet van vele mensen gedraaid, die mij met raad en daad hebben bijgestaan en die ik daarvoor graag wil bedanken.

In eerste instantie gaat mijn dank uit naar prof.dr. Bram Buunk, die het onderzoek vanaf het eerste moment letterlijk en figuurlijk heeft meegemaakt. Zijn deskundigheid en adequate begeleiding zijn van groot belang geweest voor het hele project. De energieke wijze waarop hij aan deze begeleiding vorm gaf en zijn aanstekelijke enthousiasme over wetenschappelijk onderzoek waren daarbij erg motiverend. Tevens wil ik dr. Frans Siero hartelijk bedanken voor het eveneens grote enthousiasme waarmee hij zich in een wat later stadium op het onderzoek stortte. Zijn frisse kijk op het onderzoek, gecombineerd met de bedreven nauwgezetheid van zijn commentaar, gaven het onderzoek nieuwe impulsen en daarmee een extra interessante en leerzame dimensie. De leden van de beoordelingscommissie, bestaande uit prof.dr. E. van de Vliert, prof.dr. J. Allegro en prof.dr. T. Manstead, bedank ik voor de bereidheid om het manuscript kritisch te lezen en van commentaar te voorzien.

Veel dank ben ik daarnaast verschuldigd aan de directie en medewerkers van het psychiatrisch ziekenhuis Reinier van Arkel in 's Hertogenbosch en Vught. Zij hebben dit onderzoek mogelijk gemaakt. De directie trad op als opdrachtgever van het onderzoek en heeft de realisatie ervan volledig ondersteund. De werknemers hebben in grote getale actief meegedacht en meegewerkt; ik bedank hen voor deze grote bereidwilligheid en inzet. Bovendien ben ik mijn vroegere collega's van de dienst Personeel en Organisatie dankbaar voor de plezierige samenwerking en grote collegialiteit; de persoonlijke belangstelling en het contact dat we nog steeds hebben houdt de herinnering aan een prettige werksfeer intact. Tijdens het vooronderzoek heb ik erg plezierig samengewerkt met Femke Bartels, die ik bedank voor haar belangrijke bijdragen daaraan.

De medewerkers van de sectie sociale en organisatiepsychologie van de Rijksuniversiteit Groningen bedank ik voor hun belangstelling gedurende de korte tijd dat ik, als 'buitenpromovendus', hun collega was.

Van mijn werkgever, het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden, heb ik alle medewerking gekregen om het proefschrift af te ronden, waarvoor ik de directie zeer erkentelijk ben. Mijn collega's, met name Frans Marcelissen, collega's van de sectie verzuimmanagement en Ger Keijsers, bedank ik voor de belangstelling en de steun die ik heb ondervonden tijdens de laatste (in)spanningen om het proefschrift te voltooien.

Familie en vrienden bedank ik voor hun meeleven en begrip wanneer de 'triangel' Nijmegen-Amsterdam-Groningen tot gevolg had dat er even wat minder muziek in de sociale contacten zat. Carolien ten Bruggencate wil ik bovendien hartelijk danken voor haar gastvrijheid in de tijd dat ik in Groningen verbleef.

Een laatste woord van dank gaat uit naar mijn ouders, voor hun vertrouwde steun, en naar Douwe voor zijn aandeel in het teamwerk thuis, waardoor ik rustig heb kunnen doorwerken en met evenveel plezier dit proefschrift beëindig als waarmee ik het begon.

Nijmegen, juni 1994

Liliane Hopstaken

# Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	pagina
Hoofdstuk I. Maatschappelijke context	1
1. Achtergrond van het onderzoek	3
2. Het werken in de gezondheidszorg	5
3. Overzicht van deze dissertatie	7
Hoofdstuk II. Onderzoek naar ziekteverzuim	9
1. Ziekteverzuim als onderzoeksobject	9
1.1. Definities	9
1.2. Indicatoren van ziekteverzuim	12
1.3. Vergelijkbaarheid ziekteverzuimgegevens	15
2. Theorieën over ziekteverzuim	17
2.1. Onderzoek tot op heden	18
2.1.1. In Nederland	19
2.1.2. Internationaal	23
2.2. Keuze van een theoretische benadering	30
3. Theorie van gepland gedrag	33
3.1. Empirische ondersteuning	39
3.2. Ziekteverzuim en de theorie van gepland gedrag	43
Hoofdstuk III. Vooronderzoek	49
1. Studie 1	49
1.1. Vraagstelling	49
1.2. Methode	50
1.3. Resultaten	51
1.4. Discussiepunten	53
2. Studie 2	53
2.1. Vraagstellingen	54
2.2. Methode	55
2.2.1. Procedure	55
2.2.2. Operationalisaties	56
2.2.2.1. Aanpassing van de vragenlijst	62
2.3. Resultaten	63
2.4. Conclusie en discussie	68

Hoofdstuk IV.	Hoofdonderzoek	71
1.	Vraagstellingen	71
2.	Methode en procedure	73
2.1.	Procedure	73
2.2.	Methode	75
2.2.1.	Operationalisaties	78
2.2.2.	Gegevens over de vragenlijst	82
3.	Resultaten	85
3.1.	Voorspelbaarheid van de attitude	85
3.2.	Voorspelbaarheid van de intentie	91
3.2.1.	Attitude, subjectieve sociale normen en zelfeffectiviteit als determinanten	92
3.2.2.	De invloed van externe factoren	97
3.3.	Voorspelbaarheid van het ziekteverzuim	103
3.3.1.	Aanvullende analyses	108
4.	Enkele kanttekeningen	116
Hoofdstuk V.	Conclusie en discussie	121
1.	De resultaten op een rij	121
2.	Evaluatie van de theorie van gepland gedrag voor ziekmelden	127
3.	Relevantie voor de praktijk	135
	Summary	139
	Literatuur	143
	Bijlagen	
	Curriculum Vitae	

## Hoofdstuk I

---

### Maatschappelijke context

---

Ziekteverzuim kan inmiddels betiteld worden als een van de grotere probleemgebieden van de negentiger jaren. Vanuit het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid verschijnt de ene publikatie na de andere<sup>1</sup>. Het verzuimpercentage vanaf 1990 is ongeveer net zo hoog als het in het begin van de jaren tachtig was: ongeveer negen procent. Na een daling medio jaren tachtig steeg het ziekteverzuim sinds 1987 weer gestaag. Reeds sinds de zestiger jaren (o.a. Ås, 1962; Vroom, 1964; Gibson, 1966; Philipsen, 1969) is regelmatig fundamenteel onderzoek gedaan naar ziekteverzuim; steeds ontstaat opnieuw wetenschappelijke belangstelling voor dit fenomeen. Een werkelijk verklarend kader dat verhelderende en probleemoplossende bevindingen oplevert, heeft zich echter niet aangediend. De mate waarin een beroep gedaan wordt op de ziektewet (ZW) en, na 52 weken, op de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet AAW of Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering WAO, lijkt een min of meer autonoom verschijnsel te zijn, dat zich niet eenvoudig doet terugdringen. De vele - al dan niet wetenschappelijke - studies, nota's en rapporten ten spijt, de ogenschijnlijke eenvoud waarmee ziekteverzuim zich laat beschrijven (verzuimfrequentie, -duur en -percentage) is bedrieglijk en staat haaks op de complexiteit die ondervonden wordt om het ontstaan van verzuim inzichtelijk en beheersbaar te maken. De onophoudelijke stijging van het aantal werknemers dat een beroep doet op de ziektewet en WAO gedurende de afgelopen vijf jaar, heeft de Nederlandse overheid genoodzaakt zich over maatregelen te beraden. Vergeleken met de situatie tien jaar terug, is aan het verzuimprobleem toegevoegd dat de kosten van de ziektewet en WAO een reële bedreiging vormen voor de sociaal-economische en maatschappelijke nationale huishouding. Om een idee te geven van de financiële omvang: in het kader van de Ziektewet werd in 1988 circa 7 miljard gulden uitgekeerd, in 1990 was dit inmiddels bijna 11 miljard, wat overeenkomt met 7 procent van de totale uitgaven voor sociale zekerheid. In 1985 verminderde het ziekteverzuim de produktiviteit met ruim 13 miljard gulden, wat een afname van 3.6 procent van het Bruto Nationaal Produkt betekende (Bergsma & Van Ginneken, 1990). In het kader van de Wet op de Arbeidsongeschiktheid werd in 1988 circa 17 miljard per jaar uitgegeven, in 1990 bedroeg dit ongeveer 22 miljard gulden. De verzorgingsstaat wordt langzaam maar zeker onbetaalbaar door een afnemende arbeidsparticipatie van de totale bevolking. Begin 1990 maakte de werkende bevolking 36,40 procent van het totaal uit en volgens de meest recente ramingen stijgt de 'inactieven-ratio' forser dan verwacht naar 86,1 in 1995 (bron: CPB). Nederland onderscheidt zich wat deze ontwikkeling betreft van

<sup>1</sup> Tenzij andere auteurs staan vermeld is het cijfermateriaal dat in deze inleiding wordt aangehaald afkomstig uit publicaties van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (1991, 1992).

de omringende landen, waar de verhouding werkzame bevolking versus niet-actieven minder scheef is. Wanneer de lijn van vermindering van arbeidsparticipatie wordt doorgetrokken (een ontwikkeling die medio jaren vijftig al startte), dan is de verwachting dat in het jaar 2020 de verhouding nagenoeg één werkende tegenover één uitkeringsgerechtigde zal zijn, voornamelijk als gevolg van uitkeringen in gevolge de Algemene Ouderdomswet AOW (kosten in 1990 ruim 30 miljard).

Na veel politieke en maatschappelijke onrust over mogelijke maatregelen om het aantal ziekte- en WAO-uitkeringsgerechtigden (volumebeleid) en de hoogte van de uitkeringen structureel omlaag te brengen, is een aantal nieuwe wetten afgekondigd. Sinds maart 1992 is de wet "Terugdringing Arbeidsongeschiktheidsvolume" (TAV) van kracht; na vele politieke debatten is een ander wetsvoorstel, "Terugdringing Ziekteverzuim" (TZ), met ingang van 1 januari 1994 van kracht geworden. Met deze nieuwe regelgeving worden aanvullingen en wijzigingen op de bestaande ziekte- en WAO aangebracht. De TAV bijvoorbeeld omvat 14 maatregelen om het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid terug te dringen, zoals onder andere een bonus-malus-systeem (doel: meer aandacht voor werkhervatting) en differentiatie van de ziekte- en WAO-premie (doel: betrokkenheid van werkgevers en werknemers bij terugdringen ziekteverzuim). Daarnaast verplicht de wet TZ alle werkgevers bijvoorbeeld tot het voeren van een ziekteverzuimbeleid en worden er afspraken in collectieve arbeidsovereenkomsten gemaakt met betrekking tot aanvulling van de ziekte- en WAO-uitkering tot 100%.

Tevens werd de Arbo-wet voorzien van twee nieuwe artikelen, welke naar aanleiding van de invoering van een EG-Kaderrichtlijn zijn ontwikkeld. Deze richtlijn verplicht de lidstaten om wettelijke maatregelen te nemen ter bevordering van de veiligheid en gezondheid van werknemers op het werk. Het ene artikel (artikel 4a) bevat een verplichting voor de werkgever om een ziekteverzuimbeleid te voeren, terwijl het andere (artikel 24a) de werkgever verplicht om werknemers in de gelegenheid te stellen om op hun verzoek deel te nemen aan een periodiek geneeskundig onderzoek (bron: De Staatscourant, 1992). Het zal overbodig zijn te vermelden dat de geschetste problematiek gedurende het uitvoeren van het onderzoek en het schrijven van deze dissertatie onophoudelijk in het middelpunt van de belangstelling heeft gestaan. Zo heeft behandeling van de diverse wetsvoorstellen in de Eerste en Tweede Kamer er bijvoorbeeld enkele malen toe geleid dat de val van het kabinet dreigde en is ondertussen in verband met toename van de kosten voor de uitvoering van de Sociale Zekerheid een parlementaire enquête gehouden onder de verantwoordelijke instanties over onder andere het excessieve beroep dat op de WAO wordt gedaan (zie Rapport van de Commissie Buurmeijer, 1993). De eerste termijn van verschillende fasen van de TAV is inmiddels verstreken, zodat momenteel evaluaties plaatsvinden.

## 1. Achtergrond van het onderzoek

Deze dissertatie richt zich op de achtergronden van ziekteverzuim in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. De rechtspositie van de werknemers komt overeen met die van ambtenaren en het ziekenhuis is aangesloten bij het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP), dat een eigen regeling heeft met betrekking tot arbeidsongeschiktheid. Deze regeling verzekert onder andere vele werknemers binnen de overheid, de gezondheidszorg en het onderwijs (ook wel genoemd "ambtenaar in de zin van de Algemene Burgerlijke Pensioenwet ABP"). Op deze personen is een zogenaamde overheidsregeling van toepassing, waardoor ze niet verzekerd zijn ingevolge de ziektewet, de WW en de WAO. De werkgever van het onderzochte ziekenhuis is superaker (afdelingskassen en eigen-risicodragers), wat onder andere inhoudt dat deze het risico van ziekte zelf draagt (in tegenstelling tot omslagleden bij bedrijfsverenigingen) met als gevolg dat de werkgever het loon bij ziekte zelf doorbetaalt. De ziekmeldingen worden sinds eind 1988 met behulp van een geautomatiseerd programma centraal geregistreerd (als onderdeel van het personeelsinformatiesysteem). Tot 1988 werden verzuimkaarten handmatig ingevuld, waardoor de verzuimstatistieken door de jaren heen niet altijd betrouwbaar waren<sup>2</sup>. Het verzuimcijfer van het ziekenhuis lag hoger dan het landelijk gemiddelde voor psychiatrische instellingen; de ontwikkeling van het verzuim was overeenkomstig de landelijke verzuimgegevens (NZI-personeelsstatistieken). Het gemiddelde verzuimpercentage (inclusief gravaida<sup>3</sup>, exclusief langer dan 365 dagen ziek) in 1989 bedroeg 8,24%, wat een lichte daling was ten opzichte van het verzuim in 1988 (8,63%); in 1990 lag het percentage nog net iets lager dan in 1988, maar hoger dan in 1989, namelijk 8,57%. Wanneer men echter een berekening maakt waarin langdurig zieken, in dit geval langer dan 365 dagen aaneengesloten of met een eenmalige maximale onderbreking van 30 dagen ziekgemeld zijn, meegenomen worden, dan steeg het verzuimpercentage van 8,8% in 1988 naar 10,2% in 1989 en 10,4% in 1990 (Jaarverslag PIDG, 1989, 1990). Hoewel het verzuimcijfer een daling aangaf, was er klaarblijkelijk geen afname van het aantal ziektedagen, maar was er sprake van een verschuiving naar verzuim dat inmiddels langer dan een jaar duurde. Deze constatering vormde de aanleiding om een gedifferentieerd verzuimbeleid te ontwikkelen, waarbinnen een korte, middellange en lange termijn werden onderscheiden. Onderhavige studie maakt deel uit van de lange termijn aanpak van ziekteverzuim binnen het psychiatrisch ziekenhuis, met een nadruk op het ontwikkelen van preventief beleid.

Het ziekenhuis is aangesloten bij een bedrijfsgezondheidsdienst. De bedrijfsarts maakt

<sup>2</sup> Hopstaken. L.E.M. (1988). *Inventarisatie ziekteverzuim*. Intern rapport. Vught: PIDG.

<sup>3</sup> Gezien het relatief grote aantal vrouwen dat werkzaam is in de gezondheidszorg (in dit ziekenhuis ongeveer 570 fulltime-equivalenten vrouwelijk personeel tegenover 400 fte mannelijk) maakt het zwangerschaps- en bevallingsverlof een aanzienlijk deel uit van het ziekteverzuimcijfer.



onder andere deel uit van het sociaal medisch team, waarin ook de afdelingsleiding en een personeelsfunctionaris zitting hebben. Op deze manier wordt structureel vormgegeven aan individuele begeleiding van zieke medewerkers. In periodiek overleg met een verzekeringsgeneeskundige van het ABP worden individuele ziektegevallen besproken, waarna beslissingen genomen worden met betrekking tot keuringen en mogelijke herplaatsingen. Daarnaast verricht de bedrijfsarts medische onderzoeken, waarvoor men twee weken na datum ziekmelding een formulier ontvangt met vragen over de ziekte en het verloop ervan. Aan de hand van deze formulieren en persoonlijke anamneses worden de diagnoses gesteld, welke een inzicht geven in de (medisch gediagnosticeerde) verzuimoorzaken. Cumulatief over de jaren 1983-1988 bestond ongeveer 30% van de ruim 600 diagnoses uit klachten met betrekking tot het bewegingsstelsel, zoals de rug (13,5%) of andere bewegingsorganen (gewrichten e.d.) (16.6%); de tweede meest voorkomende categorie vormden de psychische klachten, namelijk 22,1% van het totaal<sup>4</sup>. Als we ons concentreren op deze categorieën in 1989 en 1990, dan blijkt dat er in het algemeen minder rugklachten optreden en dat de psychische klachten bij het verpleegkundig en medisch personeel afgenomen maar bij het niet-verpleegkundig personeel juist toegenomen zijn. Bij het verplegend en medisch personeel zijn in 1990 klachten over het bewegingsstelsel toegenomen, terwijl door het niet-verpleegkundig personeel iets minder klachten hierover zijn gerapporteerd dan in 1989 (Jaarverslag PIDG, 1990). Wanneer we de landelijke cijfers over medische oorzaken van arbeidsongeschiktheid raadplegen, dan zien we dat er een verschuiving is opgetreden in de medische diagnoses. Klachten op het gebied van het bewegingsstelsel vormden sinds lange tijd de grootste categorie van afkeuringen (oplopend van ongeveer 25% in 1970 tot ruim 30% in 1988) (overigens kunnen de zogenaamde 'lage' rugklachten, die gecategoriseerd worden onder het bewegingsstelsel, een psychische oorzaak hebben). Sinds enige tijd wordt er een structurele forse toename waargenomen van klachten met een psychische achtergrond; in 1978 was 20% van het aantal arbeidsongeschikten afgekeurd op grond van psychische klachten, 10 jaar later is dit percentage gestegen naar 31% (Knepper, 1989). Het ABP keurde in 1988 zelfs 47% van de arbeidsongeschikten af op psychische gronden (Knepper, 1991). Hoewel de cijfers van het ziekenhuis betrekking hebben op de diagnoses bij ziekte van langer dan twee weken en niet de feitelijke afkeuringsgronden vormen, zien we dat klachten van het bewegingsstelsel, waaronder met name rugklachten, en psychische klachten tot langdurige uitval of arbeidsongeschiktheid leiden. Beroepsgebonden aandoeningen komen relatief veel voor in ondermeer de gezondheidszorg én in functies waar veel vrouwen werkzaam zijn (Schellart, 1989). Er lijkt reden te bestaan om te veronderstellen dat het werk in de sector van de geestelijke gezondheidszorg een belangrijke invloed heeft op de lichamelijke en psychische vitaliteit van werknemers in deze sector en zodoende het ziekteverzuim beïnvloedt.

<sup>4</sup> Hopstaken, L.E.M. & Egdome, G. van (1989). *Verzuimbegeleiding*. Intern rapport. Vught: PIDG.

## 2. Het werken in de gezondheidszorg

Wanneer men het over dé gezondheidszorg heeft, is er nog geen sprake van een homogene groep mensen, die onder vergelijkbare arbeidsomstandigheden werken. Het overkoepelend orgaan van werkgevers in de intramurale gezondheidszorg, de Nederlandse Zorgfederatie (sinds 1992 de fusienaam voor de NZR en NZI), verzamelt en presenteert de verschillende personeelsstatistieken en maakt daarbinnen weer onderscheid in: ziekenhuizen (37,9% van totaal personeelsbestand), verpleeghuizen (22,2%), bejaardenoorden (10,4%), instellingen voor zwakzinnigenzorg (9,8%), psychiatrische ziekenhuizen (8,2%), kruiswerk (7,0%) en overig (4,4%) (NZI, 1991). Hoewel er grote verschillen bestaan binnen het werken in de gezondheidszorg, wordt het werk ook gekenmerkt door een groot aantal overeenkomsten. Inherent aan de meeste banen in deze sector is bijvoorbeeld het werken met mensen, een hoog werktempo, een grote werkdruk (Knol, 1990) en, vergeleken met het bedrijfsleven, geringe salariering en beperkte loopbaanmogelijkheden. De meest recente onderzoeken naar arbeidsomstandigheden binnen de gezondheidszorg leggen zich toe op stressfactoren in het werk, de werkdruk, het werktempo en het optreden van gezondheidsproblemen en functioneringsklachten als gevolg van stress en 'burn out' (Veldhoven, 1990).

In een onderzoek naar het functioneren van werknemers, uitgevoerd door Winter, Oversloot, Schlatman en Smulders (1988), werden diverse verschillen gevonden tussen 6500 werknemers werkzaam in de industriële en administratieve tak, en ongeveer 8700 werknemers uit de intramurale gezondheidszorg. Men constateerde onder andere dat het werk in de intramurale gezondheidszorg zowel lichamelijk als geestelijk erg inspannend wordt gevonden en dat het werktempo problemen veroorzaakt. In de gezondheidssector werden meer klachten gerapporteerd dan in de industrie en administratieve beroepen, zoals rug- en hoofdpijn, vaak moe zijn en last van droge en warme lucht. Ook wordt genoemd dat het werk in de gezondheidszorg, meer dan in andere sectoren, bemoeilijkt wordt wanneer anderen (collega's) afwezig zijn en dat het privé-leven er onder te lijden heeft. Wat de arbeidsvoorwaarden betreft, wordt de beloning vaak niet in overeenstemming geacht met de geleverde inspanningen en zijn vooruitzichten in de loopbaan niet veelbelovend. In een hierop gebaseerd onderzoek naar persoonlijk functioneren in een middelgroot Vlaams ziekenhuis, constateerden D'Hertefelt en Van Gasse (1989) dat het ziekenhuispersoneel (verplegend, medisch-technisch, huishoudelijk en administratief) meer gezondheidsklachten heeft dan de eerder genoemde vergelijkingsgroep van 6500 Nederlandse werknemers in de industriële en administratieve sector. Met name het verplegend personeel vertoonde een groot aantal nerveuze klachten en inspanningsklachten.

Ook Schaufeli (1990) vermeldt een aantal onderzoeken, waaruit blijkt dat de werkomstandigheden tot gezondheidsproblemen leiden. Kenmerkend voor de meeste banen in de zorgsector is bijvoorbeeld dat men contact heeft met mensen, en in het bijzonder met mensen die een zorgbehoefte of -vraag hebben. Er zijn tal van redenen te noemen waarom

het werken met patiënten/cliënten een zwaar emotioneel beroep doet op de verplegende/verzorgende, arts of paramedisch hulpverlener, zoals bijvoorbeeld het gegeven dat patiënten veelal met een gezondheidsprobleem worstelen of anderszins met zaken bezig zijn, die een "normaal" leven verstoren. In de geestelijke gezondheidszorg participeren de zorgverleners daarnaast ook nog eens voor het grootste gedeelte in het leefmilieu van de patiënten, wat het letterlijk en figuurlijk afstand nemen bij intensief contact bemoeilijkt.

Naast interacties met de patiënt zijn er andere omstandigheden in het werk, die als antecedenten van ervaren gezondheidsproblemen kunnen optreden. Zo blijken vele psychosociaal getinte problemen bij met name verpleegkundigen samen te hangen met knelpunten in de werksituatie (Rijssen-Moll & Nijhuis, 1989). Aanleiding tot problemen in de psychosociale sfeer zijn bijvoorbeeld een slechte organisatie op de verpleegafdeling, strikt geldende hiërarchische lijnen, onduidelijke en tegenstrijdige taakeisen, geringe loopbaanvooruitzichten en een zware fysieke en psychische werkbelasting. Aangezien het ziekenhuis een volcontinue organisatie is (7 dagen per week, 24 uur per dag in bedrijf) werkt een groot deel van de werknemers in deze sector in onregelmatige diensten, wat ook een extra belasting vormt. Deze onregelmatigheid kan tot zowel lichamelijke klachten (verstoord metabolisme etc.) als sociaal-persoonlijke problemen (verstoring van sociale activiteiten, bijvoorbeeld in het gezinsleven) leiden.

Een literatuuronderzoek van Place (1992) aan de hand van de Amerikaanse en Nederlandse literatuur over 'burn out' bij psychiatrisch verpleegkundigen geeft een overzicht van kenmerken van het werk, de werksituatie en de individuele verpleegkundige, die het optreden van 'burn out' kunnen veroorzaken. De diverse publikaties hebben geen 'burn out'-symptomen aan het licht gebracht, die specifiek voor de B-verpleegkundigen zouden gelden. De lichamelijke, psychische of emotionele en gedragsmatige klachten die het 'burn out'-verschijnsel kenmerken, doen zich bij alle beroepen voor waarin men beroepshalve intensief contact heeft met andere mensen, zoals patiënten of bewoners in de psychiatrie. Place vult aan dat daar niet mee gezegd is dat die specifieke symptomen ook niet bestaan, maar dat onderzoek wenselijk is dat zich richt op het vergelijken van diverse beroepsgroepen. Tevens geeft zij aan dat ziekteverzuim en personeelsverloop met 'burn out' samenhangen. Uit de diverse publikaties maakt Place op dat als oorzaken van het hoge verzuim onder Nederlandse B-verpleegkundigen genoemd worden de zware fysieke belasting en stress- en 'burn out'-verschijnselen. Men meldt zich ziek vanwege lichamelijke klachten, oververmoeidheid en omdat men er tegenop ziet om naar het werk te gaan.

Spaans (1991) komt in een onderzoek onder 115 verpleegkundigen van twee psychiatrische ziekenhuizen tot de slotsom dat de psychiatrisch verpleegkundigen te maken hebben met een hoge werkbelasting, gebrek aan invloed op het instellingsbeleid, moeizame samenwerking met ander disciplines in het ziekenhuis en ontevredenheid over beloning en ontplooiingsmogelijkheden. Spaans ziet een verklaring in het feit dat de B-verpleegkundige een identiteitscrisis doormaakt door een accentverschuiving binnen de psychiatrie, namelijk

van intra- naar extramuralisering (opname-voorkómend). Dit leidt volgens Spaans tot onder andere onvoldoende identificatie met de eigen beroepsgroep en afwezigheid van een eigen deskundigheidsgebied, waardoor inbreng en invloed in multidisciplinaire verbanden afneemt. Deze ontwikkelingen maken de psychiatrisch verpleegkundigen gevoelig voor stress en 'burn out'. Volgens een onderzoek van Dassen, Halfens en Philipsen (1992) wijst ruim vijftig procent van de psychiatrisch verpleegkundigen een verpleegkundige beroepsrol af. Bekend is ook dat de verloopcijfers in de gezondheidszorg aanzienlijk zijn, omdat bijvoorbeeld de uitstroom al vroegtijdig grote vormen aanneemt, zoals het grote verloop (15 à 25%) van leerlingen uit de in-service-opleidingen (Knol & Voogd, 1990). De leerlingen worden echter al voor een groot gedeelte ingezet als arbeidskracht, zodat het potentieel aan toekomstige (gediplomeerde) arbeidskrachten drastisch afneemt. Volgens het onderzoek van Knol en Voogd wordt door maar liefst 45% van de leerlingen die de in-service opleiding afbreken als reden "geestelijke werkdruk" vermeld.

Ter afsluiting van dit beeld van het werken in de gezondheidszorg, wordt nog vermeld dat ook de sfeer, sociale ondersteuning en een aantal individuele eigenschappen in negatieve, dan wel positieve zin kunnen bijdragen aan het effect, dat eventueel aanwezige gezondheidsbedreigende factoren op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van werknemers kunnen uitoefenen. Geconstateerd wordt dat zowel lichamelijke als psychische belasting het werk in deze sector kenmerkt en klachten veroorzaakt, die uiteindelijk kunnen resulteren in ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en verloop.

### **3. Overzicht van deze dissertatie**

Dit onderzoek richt zich op het ziekteverzuim in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Anders dan in veel onderzoek naar ziekteverzuim wordt niet primair gekeken naar determinanten van ziekteverzuim zoals de aard van het werk, 'burn out', fysieke en emotionele belasting, de onregelmatigheid van het werk of de inrichting van de werkplek en dergelijke. In dit onderzoek wordt gekozen voor een theoretische benadering die zich richt op de factoren die direct van invloed zijn op het ziekteverzuim als gedrag, namelijk de theorie van gepland gedrag (Schifter & Ajzen, 1985; Ajzen & Madden, 1986; Ajzen, 1987). Uitgaande van deze theorie wordt ziekteverzuim beschouwd als het resultaat van min of meer bewuste afwegingsprocessen die in een sociale context plaatsvinden. De definitie van ziekteverzuim die in dit onderzoek wordt gehanteerd is afkomstig van Van der Vlist (1988, p. 8):

"Ziekteverzuim is de term die gehanteerd wordt wanneer een werknemer niet op zijn werk verschijnt en daarvoor als reden 'ziekte' opgeeft".

Gezien het uitgangspunt bij dit onderzoek, namelijk dat het ziekteverzuim het gevolg is

van overwegingen van een werknemer met als resultaat de beslissing om zich wel of niet ziek te melden, is de volgende toevoeging van Van der Vlist essentieel:

"In hoeverre er ook werkelijk sprake is van ziekte is niet steeds duidelijk. Het is de beslissing van de werknemer. Zodra hij zich ziek meldt, is er sprake van ziekteverzuim, wat ook zijn overwegingen geweest mogen zijn".

In hoofdstuk II worden de probleemstelling en het theoretisch kader nader uitgewerkt. In de eerste paragraaf wordt een blik geworpen op de diverse definities van ziekteverzuim. Vervolgens wordt een aantal markerende onderzoekstrends op het gebied van ziekteverzuim in beschouwing genomen. Het hoofdstuk eindigt met een beschrijving van de theorie van gepland gedrag. De stelling is dat ziekteverzuim ontstaat door gedragskeuzes, die onder andere worden bepaald door de attitude van een werknemer ten aanzien van het gedrag in kwestie: ziekmelden dan wel gaan werken. In hoofdstuk III en IV worden deze theoretische principes toegepast op het verzuimgedrag van werknemers van twee organisaties: in hoofdstuk III wordt een vooronderzoek beschreven, waarin het ontwikkelen van een vragenlijst ten behoeve van het hoofdonderzoek centraal staat, en in hoofdstuk IV wordt de verzuimintentie en het feitelijk ziekteverzuim aan de hand van de ontwikkelde vragenlijst geanalyseerd. Hoofdstuk V, tot slot, bevat de conclusie en aandachtspunten bij de toepassing van de theorie van gepland gedrag op het "zich ziek melden", waarbij enerzijds de evaluatie van de theorie en anderzijds de relevantie van deze theoretische benadering voor het ziekteverzuim wordt gegeven.

## Hoofdstuk II

---

### Onderzoek naar ziekteverzuim

---

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de definities en indicatoren van ziekteverzuim en wordt een aantal problemen geschetst bij de vergelijkbaarheid van verzuimgegevens (§ 1). Daarna worden aan de hand van een aantal theorieën de grote lijnen in de onderzoekstrends aangestipt (§ 2). In de laatste paragraaf (§ 3) wordt ingegaan op de theorie van gepland gedrag, welke in dit empirisch onderzoek centraal staat.

#### 1. Ziekteverzuim als onderzoeksobject

##### 1.1. Definities

Zoals door vele onderzoekers opgemerkt wordt, is het onderwerp ziekteverzuim een alles behalve eenduidig begrip. Ongeacht het antwoord op de vragen "Wat is ziek?" en "Wat is ziekteverzuim?", wordt in de praktijk een normatieve dimensie aan het begrip ziekteverzuim toegevoegd, die het een zekere beladenheid geeft. Discussies in de media over de ziekwet en WAO weerspiegelen veelal achterliggende gedachten, waarbij de een ervan uitgaat dat met recht een beroep wordt gedaan op een sociale zekerheidswet en een ander eerder geneigd is te spreken over misbruik van ziekwet en WAO. In Engelstalige benamingen van ziekteverzuim komen minstens 28 dichotome indelingen voor om verschillen in ziekteverzuimotieven aan te geven, zoals 'unvoluntary' versus 'voluntary', 'excused' versus 'unexcused', 'avoidable' versus 'unavoidable', 'certified' versus 'uncertified' en 'illegitimate' versus 'legitimate' (Landy, Vasey & Smith, 1984). Door ziekteverzuim in twee categorieën in te delen kan een grote groep verzuimredenen echter niet geplaatst worden.

De sociaal psychologische benadering van dit onderzoek gaat uit van keuzegedrag: bij een ziekmelding is er niet altijd sprake van ziekte. Wanneer twee werknemers dezelfde klacht hebben, kan het zijn dat de één zich ziek meldt terwijl de ander gewoon gaat werken. Verbaan (1986) maakte een indeling naar 'ziek zijn', 'ziek voelen' en 'ziek melden'. Van ziekteverzuim is slechts sprake wanneer men zich heeft ziekgemeld.

In Nederlandstalig onderzoek wordt vaak de "kleur" kwalificatie wit, grijs en zwart gehanteerd. Hiermee wordt verduidelijkt dat het verschijnsel ziekteverzuim niet zuiver dichotoom is (in de statische zin van het woord: men is *ziek* of *niet ziek*), maar veeleer een beslissing weergeeft die gebaseerd is op een dynamisch proces. De schakering van wit via grijs naar zwart verzuim weerspiegelt een bepaalde willekeur in het ziekmeldingsproces. Verschillende definities van de begrippen wit, grijs en zwart verzuim zijn mogelijk, maar

de essentie zoals die oorspronkelijk door Philipsen (1969) werd verwoord is onveranderd gebleven. Bij zwart verzuim is elke verzuimnoodzaak afwezig, bij grijs verzuim kan sprake zijn van een verzuimnoodzaak en is in ieder geval de verzuimbehoefte aanwezig, en bij wit verzuim is de verzuimnoodzaak duidelijk aanwezig. In dit onderzoek wordt wit, grijs en zwart verzuim als volgt geformuleerd:

- Wit verzuim: er is sprake van een aantoonbare gezondheidsproblematiek
- Grijs verzuim: het is niet duidelijk of er aantoonbare gezondheidsproblemen zijn die het een werknemer onmogelijk maken naar het werk te gaan, maar het ervaren van klachten leiden tot het besluit zich ziek te melden
- Zwart verzuim: er is in het geheel geen sprake van gezondheidsproblemen of -klachten

Naast de indeling naar wit, grijs en zwart verzuim is ook een indeling mogelijk gebaseerd op enerzijds de polen ziek en gezond en anderzijds de polen aanwezig en afwezig. Deze kunnen in een matrix tegen elkaar worden afgezet. Onder 'ziek' wordt hier verstaan dat er gezondheidsklachten zijn, zodanig dat men daardoor niet geschikt of in staat is om het eigen werk uit te voeren; van 'gezonder' wordt gesproken wanneer dergelijke klachten juist ontbreken. Overigens is door de World Health Organization een ruimere definitie van gezondheid geaccepteerd; kwam in het verleden gezondheid overeen met afwezigheid van ziekte en gebrek, inmiddels wordt onder gezondheid verstaan: een toestand van volledig, lichamenlijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden. Wanneer we uitgaan van de twee assen, gezond versus ziek en aanwezig versus afwezig, dan ontstaan vier cellen, die als volgt kunnen worden beschreven:

- gezond en aanwezig: geen probleem, tenzij er sprake is van 'arbeidsverzuim' (ondanks aanwezigheid niet produktief zijn, zoals lange koffiepauzes houden e.d.)
- gezond en afwezig: moedwillig onterecht aanspraak maken op de ziektewet (zwart verzuim)
- ziek en aanwezig: doorwerken ondanks reële gezondheidsklachten. De ziekte kan verergeren (bijvoorbeeld een griepvirus dat wordt verwaarloosd, of een te snelle werkherleving na een virusinfectie); ook bestaat besmettingsgevaar voor de werkomgeving
- ziek en afwezig: niet in staat zijn (het eigen) werk te verrichten, waardoor een legitiem beroep op de ziektewet wordt gedaan (wit verzuim)

In de praktijk kunnen de beslissingsmomenten echter op een willekeurige plaats tussen beide polen van beide dimensies liggen; voorbeelden daarvan zijn psychosomatische klachten en het eerder genoemde 'grijze' verzuim, waarbij men misschien wel in staat is om te gaan werken, maar zich niet in staat tot werken *voelt*. Vandaar dat in deze studie het onderscheid naar wit, grijs en zwart verzuim wordt gehanteerd.

Hoewel het onderscheid naar wit, grijs en zwart verzuim voor de hand liggend lijkt, is een

dergelijke indeling niet zonder problemen (Latham & Pursell, 1975; Ilgen, 1977; Smulders, 1980). Desalniettemin is er wel reden toe om een dergelijk onderscheid te hanteren. Verschillende betrokkenen geven namelijk, afhankelijk van hun relatie ten opzichte van ziekteverzuim, een geheel andere betekenis aan dit verschijnsel. De definitie die gedragswetenschappers geven aan ziekteverzuim als "sociaal probleem" is bijvoorbeeld een andere dan die de ervaringswereld van werknemers weergeeft (Johns & Nicholson, 1990). In de beleving van de werknemer verzuimen zijzelf en hun naasten niet zonder legitieme reden, maar doen 'anderen' dat vanzelfsprekend wel<sup>5</sup>. Ook bestaat er tussen werkgevers en werknemers verschil in opvatting over ziekteverzuim en de betekenis ervan (Smulders, 1984b). De eerste groep benadrukt de rol van onwilligheid en ongeïnteresseerdheid van de werknemer in beleidsontwikkeling ten aanzien van ziekteverzuim, terwijl de werknemers juist de werkgevers verantwoordelijk achten voor het ziekteverzuim door de houding van de werkgever, het gebrek aan medezeggenschap en de slechte arbeidsomstandigheden (zie bijvoorbeeld een onderzoek in een metaalverwerkingsbedrijf, Smulders, 1982). De belangen van verschillende betrokkenen binnen de context van een organisatie kunnen wezenlijk anders zijn en daarmee verschuift de houding tegenover ziekteverzuim. Voor een werkgever of directie zijn andere aspecten van ziekteverzuim en verzuimbeheersing van belang dan bijvoorbeeld voor de werknemers, het management, de bedrijfs- of verzekeringsarts (De Winter, Buijs & Verhagen, 1990). Ook het causaliteitsbeginsel in arbeidsongeschiktheidsregelingen, waarover reeds in de Ongevallenwet in 1901 werd gesproken, staat opnieuw in de belangstelling (Sociale Verzekeringsraad SVr, 1993). Aangezien door de nieuwe wetgeving omtrent terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid de werkgevers een grotere verantwoordelijkheid voor ziekteverzuim dragen, wordt gepleit voor een juridisch onderscheid waarbij de werkgevers niet verantwoordelijk gesteld worden voor verzuimoorzaken die buiten het bedrijf liggen (het 'risque professionnel' versus het 'risque social'). Duidelijk is dat de definitie van ziekteverzuim aan dergelijke invloeden onderhevig is.

<sup>5</sup> Het belang van het onderwerp van handelen wordt geïllustreerd met een treffende, hetzij cynische, grammaticale vervoeging (citaat p. 208):  
"I am sometimes prevented from attending work through no fault of my own.  
You lack motivation to attend work regularly.  
They are lazy malingerers, willfully milking the system"



## 1.2. Indicatoren van ziekteverzuim

Registratie van ziekteverzuim is een vereiste om enig reëel beeld te krijgen van de mate van vóórkomen van ziekteverzuim. In ieder geval tot 1 januari 1994<sup>6</sup> worden door de diverse bedrijfsverenigingen per sector (zoals BVG, BVO, DETAM) en in het algemeen (zoals SVr, GAK, CBS e.d.) verzuimregistraties bijgehouden. Gestreefd wordt naar het verkrijgen van vergelijkingsmateriaal binnen een bedrijfstak, en naar het afzetten van het ziekteverzuimcijfer voor de betreffende branche tegen de overige bedrijfstakken. Daarnaast is het voor elke afzonderlijke instelling een vereiste ziekteverzuimgegevens op een systematische manier te verzamelen, waardoor ontwikkelingen van het ziekteverzuim (bijvoorbeeld maand-, kwartaal- en jaarcijfers) binnen de organisatie gevolgd kunnen worden. Vanzelfsprekend is registratie van ziekteverzuimgegevens nodig om verzuim te lokaliseren, eventuele oorzaken ervan te bepalen en deze (lieft preventief) te beïnvloeden. Ook blijkt feitenmateriaal nodig te zijn om hardnekkige vooroordelen tegen te gaan. Veerman en Vrooland (1990) constateerden bijvoorbeeld dat het merendeel van de leidinggevenden een onjuist beeld weergeeft wanneer gevraagd wordt welke werknemers van hun afdeling zich het meest ziekmelden, wie er langdurig ziek is en welke werknemers zich bijvoorbeeld nog nooit hadden ziekgemeld. Wanneer een leidinggevende gevraagd werd wie van zijn afdeling tot de langdurig zieken behoort, wist men slechts de helft van het aantal langdurig zieken juist bij naam te noemen. De andere helft was volledig aan hun gezichtsveld onttrokken, met als gevolg dat een even grote groep niet langdurig zieke werknemers ten onrechte wél als langdurig ziek werd bestempeld. Vooroordelen en verwachtingen ten aanzien van het ziekteverzuimgedrag van werknemers leiden, kennelijk onbewust, een eigen leven.

Er bestaan vele verschillende registraties van ziekteverzuim. Deze kunnen van elkaar verschillen ten aanzien van bijvoorbeeld de definitie van werkdagen (kalenderdagen versus 'werkweek'dagen), het inclusief of exclusief berekenen van WAO-dagen (na 52 weken ziekewet), het inclusief of exclusief berekenen van gravida-verlof, de part-time en full-time-factor e.d. In de regel wordt gewaarschuwd voor een té nauwkeurige uitsplitsing van diverse ziekteverzuimmaten. Wanneer men echter de ziekteverzuimcijfers tussen organisaties wil vergelijken, is informatie over hoe deze zijn opgebouwd wel van belang. Doorgaans worden, op basis van de ziek- en herstelmeldingen per werknemer, de volgende twee verzuimmaten<sup>7</sup> opgenomen in een ziekteverzuimregistratie:

<sup>6</sup> Zie het eerder genoemde Rapport van de Commissie Buurmeijer (1993).

<sup>7</sup> Wanneer er gesproken wordt over 'verzuim' wordt daarmee in dit proefschrift het 'geregistreerde ziekteverzuim' bedoeld.

- *aantal verzuimde dagen*: het aantal kalenderdagen gelegen tussen een ziekmelding en een herstelmelding, gemeten over alle beëindigde ziekteperiodes en eventuele onbeëindigde ziekmeldingen, gedurende een bepaalde periode
- *meldfrequentie*: het aantal ziekmeldingen in een periode, gedeeld door het gemiddeld aantal werknemers in die periode

Op basis van deze gegevens worden twee andere ziekteverzuimmaten gedefinieerd:

- *verzuimduur*: het totaal aantal verzuimde kalenderdagen van beëindigde verzuimgevallen in een periode, gedeeld door het aantal beëindigde verzuimgevallen in die periode
- *verzuimpercentage*: het aantal verzuimde kalenderdagen van een groep werknemers in een periode, gedeeld door alle kalenderdagen van deze groep in die periode, te vermenigvuldigen met 100.

Het gebruik van de verzuimmaten varieert nogal binnen de verschillende onderzoeken naar ziekteverzuim. Het verzuimpercentage is weliswaar de meest gebruikte maat in de informatie omtrent verzuimgegevens, maar een nadeel van een procentueel gegeven is dat deze veel informatie verloren laat gaan wat betreft de verzuimpatronen, bijvoorbeeld frequent kortdurend versus langdurig verzuim. Smulders (1980) waarschuwt ervoor dat er in literatuuroverzichten niet of nauwelijks onderscheid gemaakt wordt naar de gespecificeerde verzuimmaten; de onderzoeksresultaten worden weergegeven alsof er sprake is van een homogene verzuimmaat, die feitelijk niet bestaat.

Diverse onderzoeken wijzen op een wezenlijk verschil in het hanteren van de meldfrequentie versus verzuimduur wat de voorspelbaarheid van ziekteverzuim betreft. Smulders (1980) noemt een aantal Nederlandse onderzoeken, waarin de betekenis van verzuimduur versus meldfrequentie essentieel anders is. Correlaties tussen de meldfrequentie enerzijds en het totaal aantal verzuimde dagen anderzijds variëren bijvoorbeeld van  $.30 < r < .40$ , terwijl correlaties tussen de verzuimduur enerzijds en het totaal aantal verzuimde dagen anderzijds aanzienlijk hoger waren ( $.60 < r < .70$ ). Daarnaast worden verzuimduur en meldfrequentie door andere factoren in de organisatie bepaald. De frequentie wordt bijvoorbeeld beïnvloed door aantal dienstjaren, delegatie van verantwoordelijkheden, stijl van leidinggeven, ploegendienst, ziektegeld-uitkering en werkomstandigheden (o.a. overbelasting), terwijl de verzuimduur beïnvloed wordt door bijvoorbeeld de leeftijd, begeleiding door bedrijfsarts en personeelszaken, fysieke werkcondities, ziektegeld-uitkering en de organisatie van de gezondheidszorg, zoals wachttijden voor medische behandeling.

In verscheidene onderzoeken wordt de meldfrequentie de meest stabiele maat voor ziekteverzuim genoemd. Johns (1978) en Chadwick-Jones, Nicholson en Brown (1982) geven aan, dat de meldfrequentie minder dan de verzuimduur wordt vertekend door langdurig verzuim. De sterkste correlatie in een onderzoek van Quast en Kleinbeck (1990) was die tussen de "number of periods missed" en een motivatieschaal. Eerder werd ook door

Chadwick-Jones, Brown, Nicholson en Sheppard (1971) en Breaugh (1981) de meldfrequentie een betere voorspeller genoemd dan de verzuimduur, wanneer men het totaal aantal ziekgemelde dagen wil voorspellen. Allegro en Veerman (1990) geven aan dat een aantal theorieën die besproken zijn in het kader van theoretisch onderzoek naar ziekteverzuim "zeker bepaalde aspecten van het verzuim (met name de meldfrequentie) verhelderen" (p. 13). Uit onderzoek van Léonard, Dolan en Arsenault (1990) blijkt dat de meldfrequentie een significante samenhang vertoont met seizoen- en jaargegevens, terwijl het aantal verzuimde dagen ('time-lost') slechts met seizoensverschillen samenhangt. Nicholson (1977) hanteert een conceptueel inhoudelijk argument om aan te geven dat de meldfrequentie de meest geschikte maat in theoretisch onderzoek is. Onderzoekers die gebruik maken van de verzuimduur zoeken volgens hem een verklaring voor de beëindiging van de ziekteperiode, ofwel voor "de terugkeer naar het werk". Het verklaren van het totaal aantal dagen dat men ziekgemeld is, het verschijnsel "niet aanwezig zijn op het werk", heeft volgens Nicholson conceptueel een andere betekenis dan het verklaren van de werkhervatting en kan beter door de meldfrequentie worden verklaard.

In dit onderzoek wordt gekeken naar zowel de meldfrequentie en het aantal verzuimde dagen als naar de verzuimduur, teneinde een compleet en genuanceerd beeld van het ziekmelden en het ziekteverzuim te krijgen. Enerzijds zijn we geïnteresseerd in het voornemen of de neiging van iemand om zich ziek te melden: de intentie tot ziekmelden. Deze komt in eerste instantie in de meldfrequentie tot uitdrukking (met name de meldfrequentie is binnen de gezondheidszorg hoog, zoals in het inleidend hoofdstuk werd aangegeven). Anderzijds zagen we dat een groot gedeelte van het verzuim veroorzaakt wordt door de langdurige verzuimgevallen, waar verhoudingsgewijs veelal psychische redenen als belangrijkste diagnose-categorie, ná die van het bewegingsstelsel, aan ten grondslag ligt. Hierbij vormt de verzuimduur een belangrijk statistisch gegeven.

Om aan het ziekmelden als gedrag een hoog 'realiteitsgehalte' toe te kennen, dat wil zeggen dat het zoveel mogelijk de maatschappelijke lading weergeeft die het huidige ziekteverzuim ook heeft, wordt, waar nodig of gewenst, de attitude ten aanzien van wit, grijs en zwart verzuim, en de intentie tot wit, grijs en zwart verzuim onderscheiden. Verwacht wordt dat door dit onderscheid de realiteit van het ziekmelden beter wordt benaderd dan door het hanteren van een universele attitude ten aanzien van ziekmelden en een universele intentie tot ziekmelden, terwijl het ziekmelden een gevolg kan zijn van allerlei 'soorten' verzuimredenen.

### 1.3. Vergelijkbaarheid ziekteverzuimgegevens

Hoewel inmiddels veel onderzoek naar ziekteverzuim is verricht, kunnen de resultaten van de verschillende onderzoeken niet zonder meer met elkaar worden vergeleken. Interpretatie van de uitkomsten van onderzoek naar ziekteverzuim wordt bemoeilijkt door een drietal factoren.

Ten eerste: wanneer er gesproken wordt over ziekteverzuim of 'absenteeïsm' ligt daar niet noodzakelijk altijd hetzelfde concept aan ten grondslag. In de Angelsaksische literatuur wordt bijvoorbeeld van absenteeïsm gesproken, wanneer 'de afwezigheid van een werknemer op het werk' wordt bedoeld. Deze formulering omvat echter meer vormen van afwezigheid dan de zogenaamde 'absence of sickness' of 'absence due to illness'. Muchinsky (1977) noemt het meten van ziekteverzuim dan ook "the single most vexing problem associated with absenteeism as a meaningful concept" (p. 17). In een overzicht van publicaties over absenteeïsm onder werknemers trof hij ongeveer 40 aanduidingen aan van soorten verzuim. Afhankelijk van de definitie van verzuim kunnen de onderzoeksresultaten van diverse studies ook verschillend zijn (o.a. Wolpin & Burke, 1985).

Ten tweede kunnen de resultaten van ziekteverzuimonderzoek in verschillende landen en in verschillende organisaties niet per definitie met elkaar vergeleken worden.

*Vergelijkingen op internationaal niveau* worden bemoeilijkt door de bestaande verschillen in sociale zekerheidsstelsels tussen de diverse landen. Prins (1990) kent aan de verschillen in de sociale zekerheidsstelsels tussen de West-Europese buurlanden België, Duitsland en Nederland een duidelijke invloed toe op de gevonden verschillen in de hoogte van het ziekteverzuim. Dat internationale en interculturele verschillen in verzekeringstelsels een groter afwijkend effect geven op de vergelijking van verzuimcijfers tussen bijvoorbeeld de West-Europese landen, Japan en de Verenigde Staten, spreekt vervolgens voor zich.

Ook op het niveau van *organisaties* zijn onderlinge vergelijkingen vaak slechts beperkt mogelijk. Elke organisatie kan eigen financiële voorwaarden stellen of afspraken maken over intrinsieke en extrinsieke belonende of bestraffende omstandigheden (zogenaamde 'organizational policies'). Afhankelijk van de maatregelen die een organisatie voor haar werknemers treft, kan een organisatie het ziekteverzuim ontmoedigen of aanmoedigen; Brooke (1986) hanteert hiervoor de term 'organizational permissiveness'. Hoewel er geen overtuigend empirisch materiaal is dat positieve of negatieve arbeidsvoorwaardelijke prikkels, zoals het verdienen van een extra vakantiedag of het inleveren van één of meerdere vakantiedagen, betere voorspellers van verzuim zijn dan de frequent onderzochte individuele variabelen (bijvoorbeeld arbeidstevredenheid), is het niet uitgesloten dat deze het ziekteverzuim in een organisatie wel verhogen of verlagen. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door beïnvloeding van de "motivation to attend" (naast "ability to attend" één van de twee determinanten van Steers en Rhodes' model van aanwezigheid, 1978, 1984) (o.a. Dalton & Perry, 1981; Dilts & Deitsch, 1986; Leigh, 1981; Winkler, 1980; Dilts,

Deitsch & Paul, 1985). In een onderzoek van Dalton en Mesch (1991) wordt een sterker verband gevonden tussen de zogenaamde 'absence policies' van een organisatie en een deel van het totale ziekteverzuim, namelijk het vermijdbare verzuim, dan de meer traditionele individuele (zoals leeftijd, sexe en aantal dienstjaren) en organisatorische verzuimdeterminanten (zoals arbeidstevredenheid en organisatie- en werkbetrokkenheid) vertoonden. Gezien de mogelijke relevantie van de 'organizational policies' voor bepaalde soorten van ziekteverzuim, wordt in verschillende onderzoeken (o.a. Larson & Fukami, 1985) een gedetailleerde beschrijving gegeven van deze specifieke financiële maatregelen, zodat men daarmee rekening kan houden bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten.

Het derde punt dat de interpretatie van verzuimgegevens bemoeilijkt betreft de grote verschillen tussen de vele organisaties en de aard van de werkzaamheden die daar worden verricht. Een specificatie van 'soorten werkzaamheden', bijvoorbeeld aan de hand van een indeling naar bedrijfstakken of branche-organisaties, is noodzakelijk als men de verzuimgegevens wil beschrijven. Gezondheids- en veiligheidsrisico's hangen samen met de aard en inhoud van het werk en zijn mogelijk bedrijfstak-specifiek. Vandaar dat verzamelingen van verzuimcijfers zoveel mogelijk per sector worden geregistreerd door de diverse bedrijfsverenigingen of door het GAK in opdracht van verschillende bedrijfsverenigingen<sup>8</sup>. Wanneer we het in Nederland uitgevoerd verzuimonderzoek beschouwen, dan wordt geconstateerd dat veelal de produktiesector (Philipsen, 1969; Smulders, 1982, 1984b; Verbaan, 1986; Grosfeld, 1988; Schalk, 1989; Geurts, Buunk & Schaufeli, 1991a,b) en instanties op het gebied van dienstverlening, zoals verzekeringsbedrijven en gemeentelijke instanties, centraal staan (Grosfeld, 1988; Schalk, 1989). Uit verschillen in karakteristieken van onderzoekspopulaties blijkt echter dat onder andere de vertegenwoordiging in het personeelsbestand van mannelijke en vrouwelijke werknemers en het functieniveau van de werkzaamheden belangrijke verzuimgerelateerde kenmerken zijn. In de meeste produktgerichte organisaties treft men, vergeleken bij de instellingen op het gebied van de maatschappelijke dienstverlening, relatief weinig vrouwen aan; zij zijn echter wel in de laagste functieniveau's oververtegenwoordigd. Bij instellingen op het gebied van de gezondheidszorg daarentegen bestaat gemiddeld 77% van het personeel uit vrouwen, van wie het merendeel een M.B.O.- of H.B.O.-opleiding heeft genoten (NZR i.s.m. BVG, 1991). Recent onderzoek van bijvoorbeeld Neal et al. (1990) wijst er op, dat meer vrouwen dan mannen met de gevolgen van dubbele belasting, enerzijds als werknemer en anderzijds als verantwoordelijke voor de zorg voor het gezinsleven, worden geconfronteerd, wat zich onder andere uit in een (ten opzichte van mannen) frequentere afwezigheid van het werk.

<sup>8</sup> Eind 1993 vormen de functie en taken van de bedrijfsverenigingen naar aanleiding van het reeds genoemde Rapport van de Commissie Buurmeijer echter het middelpunt van discussie; voorgesteld wordt onder andere om de administratieve uitvoering van de Sociale Zekerheidswetten niet meer op bedrijfstakniveau te laten plaatsvinden, maar daarvoor regionale bureau's op te richten. De aanbevelingen van de Commissie zijn eind 1993 in de Tweede Kamer behandeld.

Quaethoven, Wuyst en Colla (1989, p. 49) merkten bij een onderzoek naar ziekteverzuim in een zevental openbare Belgische ziekenhuizen bijvoorbeeld op: "Een interpretatie die voorbij gaat aan de familiale rolverdeling en aan het cultuurpatroon in het algemeen zal tot verkeerde conclusies leiden en een groot deel van de werknemers discrimineren".

Ook de invloed van het wettelijke gravidaverlof doet zich gelden in verzuimcijfers. Het gravidaverlof beslaat 16 weken en omvat het zwangerschaps- en bevallingsverlof. Dit verlof valt echter onder de Ziektewet. Naar aanleiding van de premiedifferentiatie in het kader van de TAV wordt beroep doen op de Ziektewet tijdens het gravidaverlof wel buiten het vaststellen van het verzuimcijfer van een onderneming gelaten. Tot voor kort werden zwangerschaps- en bevallingsverlof wel tot het verzuimcijfer gerekend, wat voor organisaties met een hoog percentage vrouwen in dienst tot een ander verzuimbeeld leidde. Kortom: De achtergronden van ziekteverzuim zijn per definitie mede afhankelijk van de bedrijfs- en arbeidssector met bijbehorend organisatieprofiel (qua personeelssamenstelling en werkzaamheden).

## **2. Theorieën over ziekteverzuim**

Een globale verkenning van de literatuur over ziekteverzuim levert de conclusie op dat er tot op heden geen sprake is van een eenduidig theoretisch kader, waarmee het ontstaan van ziekteverzuim kan worden verklaard. Er zijn verschillende mogelijkheden om een beeld te schetsen van het in het verleden uitgevoerde verzuimonderzoek<sup>9</sup>. Voor een uitvoerig verslag van de onderzoeksgeschiedenis van ziekteverzuim, waarin ook de Nederlandse onderzoeken zijn opgenomen, wordt verwezen naar Grosfeld (1988) en Schalk (1989). Voor een recent overzicht van determinanten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid wordt verwezen naar Klein-Hesselink, Kruidenier, Veerman en Buijs (1993). Hoewel de ontwikkeling van multidisciplinair onderzoek naar ziekteverzuim wordt toegejuicht (o.a. Smulders, 1980; Steers & Rhodes, 1984; Brooke, 1986), is het meeste onderzoek op dit gebied verricht vanuit de medische of sociaal-geneeskundige (o.a. Schroër, 1993), socio-economische (o.a. Smulders & Bloemhoff, 1993) en organisatie- of sociaal psychologische (zie § 2.1) disciplines. In verband met het vele bestaande overzichtswerk wordt in deze studie volstaan met het beschrijven van een aantal markerende onderzoekstrends binnen de psychologische benaderingen van ziekteverzuim.

<sup>9</sup> Expliciet wordt er in deze studie niet voor gekozen om uit te gaan van het niveau van willekeurige variabelen welke al dan niet met verzuim blijken samen te hangen. Daarvoor wordt verwezen naar uitgebreide multivariabele studies, zoals die van Steers en Rhodes (1984), Brooke en Price (1989), Grosfeld (1988) en Schalk (1989).

## 2.1. Onderzoek tot op heden

Ten eerste is een aantal onderzoeken gebaseerd op theorieën, die niet specifiek ontwikkeld zijn voor ziekteverzuim als probleemgebied, maar die vanuit een algemeen gedragsverklarend kader onder andere toegepast zijn ter verklaring van het specifieke gedrag ziekmelden. Hoewel de verschillende theorieën niet helemaal strikt te scheiden zijn, noemt Smulders (1984b) een zevental ontwikkelde gedragstheorieën die de verklaring van ziekteverzuim als toepassingsgebied hebben.

Vanuit de *sociale psychologie* zijn dit<sup>10</sup>:

- de ruiltheorie, waarin men er van uitgaat dat een werknemer streeft naar een balans in de kosten en baten van diens werksituatie, en deze relateert aan de balans die door de werkgever opgemaakt kan worden (bijvoorbeeld March & Simon, 1958; Chadwick-Jones et. al., 1982);
- de billijkheidstheorie, waarbij eveneens uitgegaan wordt van een balans tussen inspanningen en opbrengsten, die (anders dan in de ruiltheorie) vergeleken wordt met de uitkomsten van de balans van 'nevengeschikten', zoals collega's, of leeftijdsgenoten (onder andere Patchen, 1960; Dittrich & Carrell, 1979; Geurts, Buunk & Schaufeli, 1991; van Gorp, Schaufeli & Hopstaken, 1993);
- de verwachtingstheorie, waarin gedrag, zoals ziekmelden, wordt opgevat als de uitkomsten van de verwachte voor- en nadelen die aan ziekmelden zijn verbonden. Aan ziekmelden gaan rationele overwegingen vooraf (Vroom, 1964; Morgan & Herman, 1976). Morgan en Herman vonden deels bevestiging voor deze benadering in het verklaren van ziekteverzuim. Gezien de overeenkomsten hiervan met de verwachte voor- en nadelige consequenties van ziekmelden en de vorming van een attitude tegenover ziekmelden in dit onderzoek, komen we hier later nog op terug;
- de roltheorie, waarin het gedrag afgeleid wordt van de sociale positie waarin iemand verkeert; de sociale posities leiden tot verschillende rollen voor een ieder, waarbij het kan zijn dat er iets mankeert aan de aansluiting tussen de persoon en de rollen (rolonduidelijkheid, roloverbelasting, rolstress) (bijvoorbeeld Schokking-Siegerist, 1979; Gupta & Beehr, 1979).

Vanuit de *organisatie-psychologie* is ziekteverzuim onder andere onderzocht aan de hand van

- de socio-technische systeemtheorie, waarin de wisselwerking tussen mens en machine centraal staat. Verschillende werknemers hebben verschillende behoeftes: wanneer

<sup>10</sup> Voor een uitgebreidere beschrijving en evaluatie van de verschillende theorieën wordt verwezen naar Smulders (1984b, p. 14-24) of voor een beknopte versie daarvan naar Allegro en Veerman (1990, p. 11-13).

individuele behoefte en het technisch proces niet goed op elkaar zijn afgestemd treden klachten op, die vervolgens tot ziekteverzuim kunnen leiden (bijvoorbeeld Allegro, 1973); en

- de zogenaamde Job Characteristics Theory, waarbij wederom de afstemming tussen mens en machine centraal staat, ditmaal opgevat als de relatie tussen taakkenmerken enerzijds en een aantal psychologische behoeften. Afhankelijk van de mate waarin een werknemer in zijn behoeften is voorzien, wat onder andere afhangt van het verloop van iemands groeibeefte, kunnen gevoelens van ontevredenheid optreden, welke verzuim tot gevolg kunnen hebben (Hackman & Lawler, 1971; Hackman & Oldham, 1976).

Naast deze organisatie- en sociaal psychologische benaderingen is in een groot aantal studies ziekteverzuim in verband gebracht met een *leiderschapstheorie*, waarin de invloed van bijvoorbeeld sociaal leiderschap, democratische of autoritaire stijlen van leidinggeven op ziekteverzuim is onderzocht (onder andere Johns, 1978; Szilagyi, 1980).

Binnen alle genoemde onderzoekstradities zijn vele variabelen in verband gebracht met ziekteverzuim, zodat dit veel kennis over verzuim heeft opgeleverd. Een minpunt is echter dat het meeste onderzoek naar ziekteverzuim, uitgevoerd vanuit deze algemene modellen, beschrijvend of correlatieel van aard is (Johns & Nicholson, 1990).

#### *Een ordening van verzuim-georiënteerd onderzoek*

Na het noemen van algemene gedragstheorieën die binnen onderzoek naar ziekteverzuim zijn toegepast, worden de theorieën die specifiek ten behoeve van het verklaren van ziekteverzuim zijn ontwikkeld onder de aandacht gebracht. Met name de vele internationale literatuur, voornamelijk afkomstig uit de Verenigde Staten of Groot-Brittannië, is niet altijd of niet volledig van toepassing op de nationale, Nederlandse verzuimproblematiek. Vandaar dat in § 2.1.1. een aantal Nederlandstalige onderzoeklijnen wordt samengevat, waarna in § 2.1.2. de meest kenmerkende Angelsaksische onderzoeksbenaderingen worden genoemd.

#### **2.1.1. In Nederland**

Het empirisch onderzoek dat in Nederland is uitgevoerd, is met name gebaseerd op een tweetal theoretische modellen. Het eerste is het 'beslissingsmodel' van Philipsen (1969), van oorsprong een sociologische benadering, waarin hij studies van De Groot (1958), March en Simon (1958) en Lammers (1966) verder heeft uitgewerkt. Het tweede is het meer psychologisch getinte 'belasting-belastbaarheid'-model, dat van oorsprong uit de sociale geneeskunde komt (onder andere Vroege, 1983; Kompier, Van Dijk, Van Dormolen & Meijman, 1990). Daarnaast worden ook de in de laatste jaren frequent toegepaste stress-theorieën, gebaseerd op het stressmodel van de Michigan-groep, als uitgangspunt gebruikt in onderzoek naar ziekteverzuim (Grosfeld, 1988; Schalk, 1989).



### **- Het beslissingsmodel**

Het beslissingsmodel heeft als grondslag een keuze- of beslissingsvrijheid voor de betrokken werknemer, om zich in geval van het optreden van "echte" gezondheidsklachten (de 'verzuimnoodzaak') wel of niet ziek te melden. Hoe de beslissing uitvalt kan sterk per individu variëren: hiervoor is het begrip 'verzuimdrempel' geïntroduceerd. Wanneer men een hoge verzuimdrempel heeft, is men niet snel geneigd zich ziek te melden; men zal zo lang mogelijk trachten door te werken, ondanks de aanwezigheid van gezondheidsklachten. Dit in tegenstelling tot mensen met een lage verzuimdrempel, die bij de geringste aanleiding tot ziekmelden overgaan. Afhankelijk van de zogenaamde verzuimgelegenheid (welke remmende dan wel bevorderende factoren zijn aan ziekmelden verbonden?) en verzuimbehoefte (hoe graag meldt men zich ziek?), zal het punt waarop men besluit om zich onder gegeven omstandigheden ziek te melden per persoon verschillend liggen. In ongeveer 75% van het ziekmelden (Philipsen, 1969) is er sprake van echte 'beslissingsvrijheid', dat wil zeggen dat er eventueel wel aanleiding tot ziekmelden bestaat, maar dat er geen direkt dwingende reden toe is, zodat een keuze mogelijk is. In die gevallen is er sprake van het door Philipsen geïntroduceerde 'grijze' of 'zwarte' verzuim; wanneer de beslissingsvrijheid afwezig of zeer gering is, spreken we van 'wit' verzuim. In deze onderzoeken wordt uitgegaan van besluitvormings- of beslissingsprocessen aan de basis van verzuimgedrag.

De beslissingsbenadering is in de loop der zestiger jaren veelvuldig empirisch onderzocht (Philipsen, 1969; Hogerzeil, 1966), en door Smulders (1984b) is een uitgebreide replicatie van het empirisch onderzoek van Philipsen uitgevoerd. Kritiekpunt is onder andere dat er een veelheid aan organisaties in de onderzoeken is betrokken, waarna deze organisaties onderling vergeleken zijn op hun resultaten met betrekking tot de theoretische assumpties ten aanzien van het beslissingsproces; opvallend is dat deze benadering op individueel niveau tot op heden niet is getoetst. De AB-continuüm-benadering van Nicholson (1977), waarover meer in 2.1.2., sluit aan bij de beslissingsbenadering.

### **- Het belasting-belastbaarheidsmodel**

Het belasting-belastbaarheidsmodel benadrukt de mogelijke verschillen tussen eisen die aan een werknemer gesteld worden (belasting) en de mogelijkheden van een werknemer om aan deze eisen te kunnen voldoen (belastbaarheid). Zowel op psychisch, fysiek als gevoelsmatig gebied vergt het werk bepaalde krachten van een werknemer, die gedurende een arbeidsleven kunnen variëren. Wanneer de mate van belastbaarheid, ofwel draagkracht, van een werknemer niet overeenkomt met de mate van belasting, ofwel draaglast, die een persoon ondergaat, ontstaat een gevoel van 'overspannenheid' (door over- of onderbelasting), die bij het ongewijzigd blijven en langer aanhouden van deze situatie mogelijk tot ziekte en/of ziekteverzuim leidt. Dit model wordt vaak in verband gebracht met de kwaliteit van de arbeid: diverse arbeidsomstandigheden, zoals stijl van leidinggeven, organisatiestructuur, en beloningssystemen, oefenen hun invloed uit op de motivatie van een werkne-

mer. Wanneer er sprake is van ontevredenheid, door het niet in balans zijn van draaglast (arbeidsomstandigheden) versus draagkracht (motivatie), laat de kwaliteit van de arbeid te wensen over.

De belasting-belastbaarheidsverhouding is een begrip dat afkomstig is uit de sociale geneeskunde, en wordt toegepast in de theorievorming omtrent de kwaliteit van de arbeid. Een nadeel aan deze benadering is dat men bij het spreken over belastingsaspecten in het werk zelden oog heeft voor eventuele onderbelasting, wat wel tot een 'scheve verhouding' met de belastbaarheid en dientengevolge tot gezondheidsklachten kan leiden. Daarnaast wordt vaak meer aandacht aan de belasting besteed, dan aan het misschien wat moeilijker te grijpen belastbaarheidsgedeelte, terwijl het verhoudingsgetal pas waarde heeft bij het invullen van de twee elementen. Om hieraan tegemoet te komen introduceren Van Dijk, Van Dormolen, Kompier en Meijman (1990) het begrip 'verwerkingsvermogen' in deze context. Hiermee wordt bedoeld op een vorm van 'coping', de situatie aankunnen; de persoonlijke inbreng en mogelijkheden van werknemers krijgen daarmee een reële plaats binnen het belasting-belastbaarheidsmodel. Kwantitatieve of kwalitatieve empirische toetsing is echter niet echt van de grond gekomen; het belasting-belastbaarheidsmodel heeft vooralsnog de functie van een denkkader vervuld.

#### **- De stress-theorieën**

In de loop van de zeventiger-jaren is veel onderzoek naar stress uitgevoerd vanuit medisch en sociaal perspectief (stress en hartklachten, stress en overspannenheid e.d.) (zie overzichten van onder andere Buunk & De Wolff, 1988; Winnubst & Schabracq, 1992). Onderzoek naar organisatiestress is met name geïnitieerd door de zogenaamde Michigan-groep, waarvan de onderzoekers Kahn, French en Caplan deel uitmaken. Hun meest bekende model, het 'Michigan-model', bestaat uit zes groepen variabelen, waartussen causale relaties verondersteld worden. Erin opgenomen zijn de aanwezigheid van een objectieve en subjectieve omgeving, spanningen die daaruit voort kunnen komen (gedragmatig, psychologisch en fysiologisch) en consequenties daarvan voor de gezondheid van een werknemer. De rechtstreekse effecten van stressoren op stressreacties kunnen echter afgezwakt of versterkt worden door persoonlijkheidskenmerken en/of sociale ondersteuning (Kleber, 1982). Speciale verzuimonderzoeksmodellen zijn meer of minder afgeleid van de zogenaamde stress-proces-modellen (Caplan et al., 1975; het Michigan-stressmodel, zoals in Kleber, 1982); dit zien we bij onderzoek van Grosfeld (1988), ter verklaring van de verzuimduur, en van Schalk (1989), ter verklaring van frequent kortdurend ziekteverzuim. Zoals het belasting-belastbaarheidsmodel gaat ook de stressbenadering grotendeels uit van de gedachte dat verzuim als aanpassingsgedrag moet worden beschouwd.

Hoewel elke studie afgesloten wordt met de opmerking dat het Michigan-model nog vele gebreken en onduidelijkheden kent (zie bijvoorbeeld het commentaar van Christis, 1993), is het in Nederland het meest toonaangevend stressmodel binnen onderzoek naar ziektever-

zuim. Volgens Allegro en Veerman (1990) kan het stress-model opgevat worden als een nadere invulling van het belasting-belastbaarheidsmodel, waarbij de stressoren de belasting vormen en de verwerkingsmogelijkheden, zowel vanuit het individu als de omgeving, de belastbaarheid bepalen. Probleem blijft dan dat er, ook in de geijkte stressonderzoeken, relatief weinig aandacht aan onderbelasting, gebrek aan 'eu-stress', wordt besteed. Een algemeen gevaar dat de stresstheorieën met zich mee brengen is 'het onbegrensde' aan de invulling ervan. Legio factoren in de objectieve en subjectieve werksituatie kunnen tot stressklachten leiden. Met name in benaderingen vanuit de stress-theorie zijn de meeste onderzoeksresultaten met betrekking tot de (vele) variabelen correlatieel van aard. Schalk (1989, p. 96) kwam bijvoorbeeld tot de bevinding, dat overwerken gepaard gaat met een hogere meldfrequentie. Bij het interpreteren van correlatieel onderzoek ontstaat de neiging om het ziekteverzuim per definitie tot afhankelijke variabele te maken, waardoor uitspraken ontstaan als 'overwerk leidt tot meer ziekteverzuim', terwijl het evengoed mogelijk is dat een hoog ziekteverzuim juist tot gevolg heeft dat men moet of gaat overwerken. Conclusies trekken op grond van dergelijke correlaties is aan restricties gebonden. Schalk (1989, p. 122) zegt zelf ook: "De gegevens in dit onderzoek laten het trekken van conclusies over causale verbanden niet toe".

De veelomvattendheid van de begrippen stress en overspannenheid, heeft er wellicht toe geleid dat de laatste jaren een verschuiving waarneembaar is van algemeen naar meer specifiek georiënteerd stressonderzoek, zoals onderzoek naar 'burn out' bij werknemers die beroepsmatig veelvuldig contact met mensen hebben. De 'grootseheid' van het Michigan-stressmodel, en meestal ook van de daarvan afgeleide onderzoeksmodellen, leidt in de regel tot een onoverzichtelijke veelheid aan informatie, waarvan de verklarende waarde voor de concepten 'ziekmelden' en 'ziekteverzuim' gering is.

#### *Actueel Nederlands verzuimonderzoek*

Om een indruk te geven van de vraagstellingen van het meest actuele Nederlandse onderzoek omtrent ziekteverzuim, sluiten we dit overzicht af met het noemen van een aantal omvangrijke verzuimonderzoeken, gebaseerd op theoretische uitgangspunten, die de afgelopen jaren zijn uitgevoerd. Een vergelijkende studie naar 'sickness absence' tussen Nederland, België en (het voormalige) West-Duitsland is uitgevoerd door Prins (1990). Dit onderzoek heeft met name relevantie voor het constateren van eventuele verschillen in het ziekteverzuim tussen deze landen, en verschaft inzicht in de mogelijke achtergronden hiervan. Duidelijk wordt dat bijvoorbeeld werkgeversbeleid, administratieve en financiële belemmeringen, naast culturele verschillen, bijdragen aan verschillende verzuimcijfers, ongeacht de feitelijke gezondheidstoestand van de betrokkenen. Geurts, Buunk en Schaufeli (1991a,b) onderzochten de relatie tussen verzuimtendenties en sociale vergelijkingsprocessen, vanuit de billijkheidstheorie, attributietheorie en sociale vergelijkingstheorie. In dit onderzoek werd bevestiging gevonden voor de rol van ervaren onbillijkheid in het ontstaan

van verzuim bij laaggeschoolde produktiemedewerkers. Een dergelijk verband tussen ervaren onbillijkheid en verzuimintentie is opnieuw gevonden in onderzoek van Van Gorp, Schaufeli en Hopstaken (1993) bij psychiatrisch verpleegkundigen in opleiding. Door De Winter (1991) is een prospectief epidemiologisch onderzoek afgesloten naar het voorspellen van de uitval uit werksituaties als gevolg van arbeidsongeschiktheid, verloop of Vervroegde Uittreding (VUT-regeling), waarbij onder andere de bruikbaarheid van de "vragenlijst Arbeid en Gezondheid" (VAG) wordt getoetst. Tot slot wordt een onderzoek van Schroër (1993) vermeld, dat zich met name richtte op de rol van hulpverleners bij ziekte door overspanning. Inspanningen van de huisartsen en verzekeringsartsen bleken noch de terugkeer naar het werk, noch het doorstromen van een werknemer vanuit de Ziektewet naar de WAO te beïnvloeden. Opvallend was dat bedrijfskenmerken op beide niet van invloed waren.

### **2.1.2. Internationaal**

Eind jaren zeventig ontstond, naar aanleiding van een aantal literatuuroverzichten waarin schijnbaar oneindig veel factoren genoemd worden die verband houden met absentisme, een duidelijke behoefte aan conceptueel duidelijk en modelmatig opgezet onderzoek naar ziekteverzuim. Om het ziekmelden als gedrag beter te kunnen typeren, benoemde Nicholson (1977) drie paradigma's, drie 'soorten' theoretische benaderingen, waarmee getracht is het ziekteverzuim te verklaren. De eerste twee benaderingen richten zich op affectieve responsen van een werknemer op diens werkomgeving. Dit gebeurt wanneer ziekteverzuim opgevat wordt als een vlucht, weg van negatief ervaren werkaspecten (March & Simon, 1958); in de tweede affectieve benadering wordt ziekteverzuim gezien als het resultaat van socialisatie-processen binnen een organisatie en aanpassingsprocessen aan taakvereisten (Hill & Trist, 1953). Een derde categorie van het theoretisch georiënteerde onderzoek beschouwt ziekmelden als gedrag, dat men bewust en opzettelijk kan uitvoeren omdat men hiertoe de keuze heeft. Ziekteverzuim wordt dan opgevat als het resultaat van rationele processen, van een keuze, waarmee men een bepaald doel wil bereiken (Vroom, 1964; Stagner & Rosen, 1965; Hackett, Bycio & Guion, 1989).

Aan de hand van deze drie benaderingen van ziekteverzuim, te weten ziekteverzuim als 'pain-avoidance'-, aanpassings- of beslissingsgedrag<sup>11</sup>, is het mogelijk een groot aantal studies, die ogenschijnlijk niet of niet sterk aan elkaar gerelateerd zijn, te ordenen naar de paradigma's die zij gemeenschappelijk hebben. Een aantal van de eerder genoemde algemene gedragstheorieën, zoals de verwachtingstheorie en de billijkheidstheorie, zijn nu

<sup>11</sup> Naar aanleiding van een literatuuroverzicht van de ontwikkelingen op het gebied van ziekteverzuim, die gedateerd zijn ná de al genoemde onderzoeksoverzichten van Muchinsky (1977) en Steers en Rhodes (1978), vult Fichman (1984) deze drie parameters aan met nog eens drie typering van ziekteverzuim: ziekteverzuim is te beschouwen als een gewoonte, als een gevolg van een ogenschijnlijk niet gerelateerde gebeurtenis, of als een uniek fenomeen (p. 12 e.v.)

weer tot een bepaald paradigma te rekenen, namelijk dat waarin ziekteverzuim wordt opgevat als beslissingsgedrag. De indeling naar drie parameters wordt hieronder verder uitgewerkt<sup>12</sup>. Daarna worden twee zogenaamde 'integrale' verzuimmodellen van Nicholson (1977) en Steers en Rhodes (1978, 1984) (en later Rhodes & Steers, 1990) besproken.

#### **- Ziekteverzuim als 'pain-avoidance'gedrag**

Ziekmelden om problemen te vermijden is oorspronkelijk afkomstig uit het arbeidssatisfactie-onderzoek. Aangenomen werd dat de eerste oorzaak van ziekteverzuim in ontevredenheid met het werk gezocht moest worden (Brayfield & Crockett, 1955; Argyle, 1972). Diverse onderzoeken leverden tegenstrijdige resultaten op, en uiteindelijk werd geconcludeerd dat er teveel werd uitgegaan van een eenvoudig verband tussen arbeidstevredenheid en ziekteverzuim, terwijl de relatie tussen arbeidstevredenheid en ziekteverzuim van veel complexere aard moet zijn (McShane, 1984; Farrell & Stamm, 1988). Hackett en Guion (1985) melden dat verder onderzoek gebaseerd op de 'pain-avoidance'-gedachte zinloos is; wel lijkt het erop dat tevredenheid een soort 'pull'functie kan hebben, waardoor werknemers zich, meer dan in het geval van ontevredenheid, tot het werk en de werkorganisatie voelen aangetrokken. Op deze manier kan arbeidstevredenheid onderdeel uitmaken van een samengesteld verzuimmodel.

#### **- Ziekteverzuim als aanpassingsgedrag**

Vier modellen en hun theoretische uitgangspunten zullen in de volgende passages kort belicht worden. Ten eerste wordt het oudste model, behorend bij de theorie van Hill en Trist (1953), genoemd. Deze auteurs vatten ziekteverzuim, naast verloop en het vóórkomen van ongevallen, op als terugtrekgedrag uit stressrijke werksituaties. Een werknemer ondergaat een socialisatie binnen een organisatie, waardoor men zich de specifieke organisatienormen eigen maakt. Het verzuim (de meldfrequentie) is zowel individu- als tijdgebonden, en kent in het zes tot twaalf maanden na in diensttreding een hoogtepunt door mogelijke aanpassingsproblemen. Voor en na deze periode is het ziekteverzuim beduidend lager. Hill en Trist brengen met deze opvattingen de rol van sociale normen in het proces van ziekmelden en verloop onder de aandacht. Overigens is hun theorie speculatief van aard en moeilijk empirisch toetsbaar, onder andere door moeizame hypothese-vorming (Chadwick-Jones et al., 1982).

Het tweede model onder de aanpassingstheorieën (Gibson, 1966) is een conceptueel model, waarbij het 'contract' tussen werkgever en werknemer centraal staat. Kort gezegd: wanneer in deze ruilrelatie de inspanningen van de werknemer in balans zijn met de beloningen door de organisatie, zal de werknemer een grotere mate van identificatie met en betrokkenheid bij de organisatie ontwikkelen, welke het verzuimgedrag beïnvloeden.

<sup>12</sup> Bij het beschrijven van deze onderzoeksstromingen is gebruik gemaakt van het overzichtswerk van Rhodes en Steers (1990).

Grootste kritiekpunt op deze benadering is dat de toetsing ervan nagenoeg onmogelijk is. Gibson presenteert wel onderzoeksgegevens, maar aangezien de onderzoeksmethode en -resultaten van een andere orde zijn dan de erg abstracte theoretische begrippen, kunnen die zijn theorie bevestigen noch weerleggen.

Een derde model betreft het wat recentere model van Rosse en Miller (1984) over de aanpassings- of 'coping'-mechanismen van een werknemer. Het model werd ontwikkeld naar aanleiding van de vraag, wat werknemers doen wanneer ze ontevreden zijn. Onderzocht wordt wat iemands aanpassings- c.q. keuzegedrag<sup>13</sup> is wanneer er door een gebeurtenis (stimulus event) een toestand van relatieve ontevredenheid ontstaat (bijvoorbeeld werken tijdens de eerste zonnige lentedag). Een werknemer zal proberen een toestand te bereiken, waarin deze het negatieve gevoel kwijt raakt. Men zal dat gedrag nastreven, dat leidt tot een voor zichzelf verbeterde situatie. Mogelijkheden daartoe zijn afhankelijk van iemands ervaring, rolmodellen, aanwezigheid van sociale normen en disciplinaire maatregelen. Hoewel uit correlatief onderzoek van Rosse en Hulin (1985) blijkt dat met name de tevredenheid met de werkinhoud en met de collega's samenhangen met verzuimgedrag, is men voorzichtig met concluderen. Rosse en Miller benadrukken dat voor een geschikte empirische toetsing een longitudinaal 'intra-subjectief' onderzoeksdesign gewenst is, wat erg arbeidsintensief is. Een belangrijke bijdrage van dit model bestaat uit de constatering, dat oorzaken (stimulus events) van relatieve dissatisfactie zowel buiten als binnen de werksituatie kunnen liggen, zodat ziekteverzuim in de context van de (gehele) leefomgeving van een werknemer geplaatst moet worden.

Tot slot gaat ook de theoretische benadering van Chadwick-Jones et al. (1982), en het werk van Nicholson en Johns (1985) uit van de opvatting dat ziekteverzuim primair een vorm van aanpassingsgedrag is. Zij beschouwen verzuim binnen een proces van sociale uitwisseling, en dan niet alleen tussen een individu en de organisatie, maar ook tussen verschillende werknemers onderling. Daartoe introduceren zij het begrip verzuimcultuur; hoewel ziekteverzuim per individu zal variëren, beïnvloedt men in zekere mate elkaars afwezigheid. Er zijn normen ontstaan omtrent wel of niet ziekmelden, en zodoende stelt een aanwezige verzuimcultuur bepaalde grenzen aan het gedrag van werknemers. Nicholson en Johns (1985, p. 402) introduceren een matrix waarin vier types verzuimculturen worden beschreven. Daarmee laten zij het belang zien van beïnvloeding van individueel gedrag door groepsnormen. Volgens Rhodes en Steers (1990) ontkent deze 'verzuimcultuur'-benadering echter teveel het bestaan van marges waarbinnen individueel gedrag toch nog kan variëren, ondanks de aanwezigheid van een verzuimcultuur.

### **- Ziekteverzuim als beslissingsgedrag**

<sup>13</sup> Rosse en Miller's model bevat naast kenmerken van de aanpassingstheorie ook beslissingselementen, waardoor het model ook enigszins tot de beslissingsbenaderingen gerekend kan worden.

Binnen onderzoek waarbij men ervan uit gaat dat ziekmelden bepaald wordt door individueel keuzegedrag, door het rationeel afwegen van voor- en nadelen van een bepaalde gedragskeuze, zijn twee denkstromen te onderscheiden: economisch versus psychologisch georiënteerd onderzoek.

Het *economisch* uitgangspunt stelt meestal de verhouding tussen 'effort', de inspanningen van een werknemer, en de beloning die daar tegenover staat centraal (Deitsch & Dilts, 1981; Dunn & Youngblood, 1986). Diverse studies bevestigen de invloed van een onevenwichtige verhouding tussen input van een werknemer en wat de organisatie daar tegenover stelt (betaling, compensatie in vrije tijd e.d.) op de hoogte van ziekteverzuim (bijvoorbeeld Allen, 1981; Dalton & Perry, 1981). De al meer dan 25 jaar oude verwachtingstheorie van Vroom (1964), met toepassing door Lawler en Porter (1967) op absentisme, is het meest bekende *psychologische* beslissingsmodel met betrekking tot ziekteverzuim. Uitgangspunt is dat gedrag bepaald wordt door een combinatie van individuele motivatie met beslissingsmomenten, die ingegeven worden door de door de werknemer verwachte opbrengsten van gedrag. Vreemd genoeg is de verwachtingstheorie empirisch nooit uitgebreid op haar waarde getoetst. De relevantie ligt echter meer in het in ontwikkeling zetten van andere studies (o.a. Morgan & Herman, 1976; Ilgen & Hollenback, 1977; Steers & Rhodes, 1978, 1984). Daarnaast is Adam's billijkheidstheorie (1965), die tevens meer dan vijftientig onderzoeksjaren achter de rug heeft, in verband gebracht met absentisme. Tot op heden heeft deze benadering, waarin afhankelijk van de mate waarin men vindt dat men billijk behandeld wordt iemand zich bevoor- of benadeeld voelt ten opzichte van collega's of anderen, met ziekteverzuim als mogelijk gevolg, niet veel succes gehad (Rhodes & Steers, 1990). In recentelijk onderzoek werd echter wel enige ondersteuning voor de billijkheidstheorie gevonden (Geurts, Buunk & Schaufeli, 1991a,b; Van Gorp, Schaufeli & Hopstaken, 1993).

Door Youngblood (1984) is een combinatie gemaakt van de 'pain-avoidance'- met de beslissingsbenadering. Het resultaat daarvan kan, wat het correlationele onderzoek betreft, geslaagd genoemd worden. Belangrijkste conclusie die hieruit getrokken kan worden, is dat in het proces van het ontstaan van absentisme niet alleen de organisatie en het functioneren van een werknemer daarbinnen beschouwd moeten worden, maar dat ook de privé-omstandigheden van een werknemer in dit proces een rol van betekenis spelen.

### **Twee 'integrale' modellen**

Tot slot van deze poging om tot op heden toegepaste of ontwikkelde theorieën met betrekking tot ziekteverzuim te ordenen, noemen we twee uit diverse benaderingen samengestelde modellen ter verklaring van ziekteverzuim. Dit zijn Nicholson's AB-continuüm-model en Steers en Rhodes' aanwezigheidsmodel, die de discussies in de Angelsaksische literatuur domineren. De modellen omvatten zowel persoonsgerelateerde als meer 'attitudinal'gerichte variabelen (zoals arbeidstevredenheid), waardoor ze veel navolging onder

onderzoekers hebben gekregen (o.a. Porter & Steers, 1973; Steers & Rhodes, 1978; Dittich & Carrell, 1979; Keller, 1983; Smulders, 1984; Nicholson & Payne, 1987; Hackett, 1989; Hackett et al., 1989; Lee, 1989; Smith, 1977; Terborg, Lee & Smith, 1982). Steers en Rhodes (1978, 1984) ontwierpen een 'attendance'-model om het ontstaan van ziekteverzuim te verklaren; individuele motivatie om aanwezig te zijn en de mogelijkheden daartoe, staan centraal in deze benadering. Daarnaast werkten in dezelfde periode (eind 70 tot op heden) een groep onderzoekers rondom Nicholson (1977) aan een sociaal psychologische benadering van ziekteverzuim, waarbij absentisme nadrukkelijk als sociaal gedrag wordt beschouwd (Chadwick-Jones et al., 1982). Chadwick-Jones et al. (1982, p. 13) halen fel uit naar de opvattingen van Steers en Rhodes, omdat deze volgens hen een individu en individueel gedrag isoleren van de sociale context en socialisatie-aspecten buiten beschouwing laten. Steers en Rhodes (1984, p. 258 e.v.) en Rhodes en Steers (1990, p. 54) reageren vervolgens weer op deze kritiek.

De twee integrale modellen worden, ter afsluiting van het overzicht van het Angelsaksische verzuimonderzoek, hieronder weergegeven.

#### **- Het Steers en Rhodes' model**

Het Steers en Rhodes' model (1978, 1984) is ontwikkeld aan de hand van de vele in eerder onderzoek gevonden correlaties tussen de werkhouding (veelal arbeidssatisfactie) en aan- of afwezigheidsgedrag (Morgan & Herman, 1976; Smith, 1977; Ilgen & Hollenback, 1977; Steers & Rhodes, 1978). De achterliggende theoretische gedachte is dat de motivatie van een werknemer om naar het werk te komen de eerste bepalende factor is voor de aanwezigheid van die werknemer, onder het voorbehoud dat de werknemer ook in de mogelijkheid verkeert om te komen werken ('attendance motivation' en 'ability to attend'). De motivatie wordt bepaald door enerzijds de arbeidssatisfactie (als affectieve reactie van de werknemer op de werksituatie), en anderzijds de zogenaamde 'pressure to attend', gevormd door bijvoorbeeld belonings- of strafmaatregelen, arbeidsethos en werkbetrokkenheid. De 'ability' om aanwezig te zijn wordt bepaald door persoonlijke factoren, zoals leeftijd, opleiding e.d.) en kan een modererend effect hebben op de relatie tussen de motivatie om aanwezig te zijn en de feitelijke aanwezigheid. Een schematische weergave van het proces-model voor aanwezigheid wordt gegeven door Steers en Rhodes (1978). Steers en Rhodes noemen hun werk een aanzet tot een evolutie (door testen en modificeren van het aanvankelijke model) binnen het verzuimonderzoek. (Goodman & Atkin, 1984; Mowday, Porter & Steers, 1982). Ondanks navolging door een aantal onderzoekers, zoals Watson (1981) en Clegg (1983), wiens onderzoeken de door Steers en Rhodes gevonden verbanden niet of slechts ten dele bevestigden, en Brooke (1986) die een causaal 'absenteeism'-model afleidde van het 'attendance'-model, blijft het Steers en Rhodes-model empirisch moeilijk toetsbaar (Chadwick-Jones et al., 1982).

Hoewel Steers en Rhodes zelf aangeven dat het model als een aanzet voor toekomstig



onderzoek beschouwd moet worden, omdat het grotendeels gebaseerd is op literatuur en empirisch nauwelijks toetsing kent, zijn twee punten van kritiek onvermijdelijk. Ten eerste is in later onderzoek regelmatig aangetoond dat arbeidssatisfactie en absentie niet of nauwelijks verband houden met elkaar (Dittrich & Carrell, 1979; Hackett et al., 1989; Keller, 1983). Diverse onderzoekers wijzen op de betrekkelijkheid van het begrip arbeidssatisfactie in de context van ziekteverzuim: Hackett (1989) noemt het veronderstelde verband tussen arbeidssatisfactie en verzuim te simplistisch en Chadwick-Jones et al. (1982) merken op dat de overtuigend gebrachte bewering dat "happy workers are good attenders" gebaseerd moet zijn op selectief bewijsmateriaal. Zelf zijn Steers en Rhodes ook van mening dat de in hun model zeer centraal gestelde relatie tussen de arbeidstevredenheid en de motivatie om aanwezig te zijn, niet langer houdbaar is door de vele tegenstrijdige onderzoeksresultaten. Als afsluiting van een overzicht van relevante resultaten van nieuw ziekteverzuimonderzoek (tot eind jaren tachtig), presenteren Rhodes en Steers (1990) een vernieuwd diagnostisch 'attendance'-model, ditmaal inderdaad zonder de variabele arbeidssatisfactie.

Een tweede kritiekpunt richt zich op het hanteren van de 'aanwezigheid', in tegenstelling tot 'afwezig' zijn, als afhankelijke variabele (Smulders, 1980; Brooke, 1986). De vele onderzoeksresultaten, die aan de basis hebben gelegen van het attendance-model, zijn afkomstig uit onderzoek naar afwezigheid en niet uit onderzoek naar aanwezigheid. Steers en Rhodes beperkten zich tot het verklaren van aanwezigheid, terwijl hun keuze van de voorspellende variabelen gebaseerd was op het onderzoek van Morgan en Herman (1976), waarvan juist geen enkele variabele samenhang met aanwezigheid. Variabelen die aanwezigheid verklaren hebben bovendien niet per definitie een negatieve invloed op afwezigheid (Martin, 1979; Presthold, 1987, in Van Breukelen, 1989). Er is sprake van een matrix met vier cellen: argumenten om aanwezig te zijn en om afwezig te zijn, versus argumenten om niet aanwezig te zijn en om niet afwezig te zijn (Van Breukelen, 1989). Als er niet gesproken lijkt te kunnen worden van één type variabelen, dat zowel aan- als afwezigheid verklaart, ligt het meer voor de hand in onderzoek naar ziekteverzuim afwezigheid als afhankelijke variabele te beschouwen, aangezien een ziekmelding altijd tot afwezigheid leidt. Drie positieve opmerkingen moeten toch bij het Steers en Rhodes-model geplaatst worden, namelijk dat het tot een ordening van de veelheid aan gegevens heeft geleid, dat het multivariate analyses mogelijk maakt (in tegenstelling tot bijvoorbeeld de door Smulders (1984b) bekritiseerde bivariate onderzoekstradities) en dat het het onderzoek naar ziekteverzuim multidisciplinair heeft gemaakt (Brooke, 1986).

#### **- Het "attendance motivation" model van Nicholson**

In deze benadering wordt ziekteverzuim opgevat als *sociaal gedrag*, ziekmelden vindt plaats in en wordt beïnvloed door een sociale context. De Engelse onderzoekers Nicholson, Chadwick-Jones en Brown (o.a. 1971, 1976, 1977, 1985) laten werknemers een aantal

mogelijke aanleidingen tot ziekteverzuim op een denkbeeldige lijn tussen een A- en een B-punt plaatsen, het zogenaamde AB-continuüm. Afhankelijk van de mate waarin een werknemer een soort 'afwezigheids'-keuze heeft, krijgen de aanleidingen tot ziekteverzuim een plaats op dit AB-continuüm. Aan de A-zijde komen de aanleidingen die niet vermijdbaar zijn, zoals bijvoorbeeld een griep: de werknemer zelf heeft in dat geval geen andere keuze dan afwezig te zijn. De tegenovergestelde B-pool wordt gevormd door gebeurtenissen, waarbij de werknemer het zelf in de hand heeft om te kiezen voor afwezigheid, bijvoorbeeld in het geval van lichte hoofdpijn. Afhankelijk van persoonsfactoren en werkomstandigheden geven de werknemers bepaalde gebeurtenissen ergens aan de A- of aan de B-zijde van het continuüm een plaats. Deze gedachtengang heeft de basis gevormd voor later werk van Chadwick-Jones e.a. (1982) en Nicholson en Johns (1985), waarin sociale uitwisselingsprocessen en het bestaan van verzuimculturen een plaats kregen. Voor een volledige weergave van het "attendance motivation"model wordt verwezen naar Nicholson (1977, p. 251).

De benadering van onderzoekers als Chadwick-Jones en Nicholson combineert aspecten van sociaal gedrag met aspecten vanuit de individuele motivatie van werknemers; om tot het uiteindelijke gedrag te komen worden keuzes gedaan die gebaseerd zijn op beide (sociale en individuele) motieven. Dit verklaart ook waarom de ene werknemer met een gekneusde enkel bijvoorbeeld wel, en een collega (met precies dezelfde oorspronkelijke taken) met dezelfde aandoening niet komt werken. Ook wordt door middel van het AB-continuüm aandacht besteed aan het vóórkomen van het zogenaamde 'witte' (unavoidable) verzuim, terwijl de overige Angelsaksische onderzoekers dit gebied links laten liggen (Smulders, 1984b, verwijt de buitenlandse onderzoekers geen aandacht aan medisch veroorzaakt verzuim te besteden). Overigens is weinig onderzoek verricht ter toetsing c.q. verdere exploratie van dit model, onder andere omdat het lastig te operationaliseren is. Rhodes en Steers (1990) melden dat het model te veel uitgaat van de werksituatie en te veel voorbij gaat aan de thuissituatie, terwijl het principe van het model goed op beide omgevingen toegepast kan worden. Een van de sporadische empirische onderzoeken, een onderzoek van Nicholson en Payne (1987), duidt daarnaast op het probleem van sociale wenselijkheid, of een (onbewust) onbetrouwbare weergave van ingeschat gedrag. De ingeschatte momenten waarop men onder bepaalde omstandigheden tot ziekmelden zou overgaan, wijken in dit onderzoek af van de feitelijke redenen van ziekmelden. Bepaalde lichamelijke klachten die triviaal leken noemde men bijvoorbeeld vooraf niet als reden om zich ziek te melden, maar wanneer werd gekeken wat de redenen van het feitelijk verzuim waren geweest, dan bleken de triviale klachten, zoals verkoudheid en daarmee samenhangende klachten, wel tot verzuim te hebben geleid.

## **2.2. Keuze van een theoretische benadering**

Uit de door Smulders (1984a) gegeven samenvatting van de resultaten van 318 studies en de eerder genoemde Nederlandse onderzoeken van Grosfeld (1988) en Schalk (1989) is inmiddels bekend dat een immense hoeveelheid variabelen, die vanuit diverse theoretische invalshoeken met ziekteverzuim in verband zijn gebracht, een samenhang vertonen met verzuimgedrag. Er is geen sprake van één categorie variabelen die in het bijzonder samenhangt met verzuim.

Hoewel inmiddels een kleine tien jaar verstreken is na de studies van Smulders, bieden ook de ontwikkelingen ná die tijd (bijvoorbeeld Rhodes & Steers, 1990) geen duidelijkheid over de 'crux' van ziekteverzuim. Het lijkt ook niet mogelijk om één cluster van variabelen te noemen dat zowel tot afwezigheid ten gevolge van ziekte, als tot aanwezigheid op het werk leidt. Na de balans van vele verzuimonderzoeken opgemaakt te hebben, constateren Rhodes en Steers (1990) dat de kwaliteit van het verzuimonderzoek weliswaar toegenomen is (onder andere door een betere begripsdefiniëring), maar ook dat toekomstig verzuimonderzoek aan een aantal punten zeker aandacht zal moeten besteden. Genoemd worden: de behoefte aan onder andere modeltoetsend onderzoek onder realistische veldcondities, aan meer onderzoek naar de sociale psychologie van absentisme (waarin sociale determinanten van gedrag centraal staan), aan onderzoek naar de invloed van verzuimculturen op verzuimgedrag en aan aanvullend onderzoek naar de consequenties van verzuim.

Veerman (1990) geeft aan dat de recente stroom aan dissertaties het gebrek aan theorievorming ruimschoots heeft opgeheven. Hoewel er zeker sprake is van toenemend materiaal en feitenkennis, laat een theoretische verklaring vanuit de basiselementen van ziekteverzuim toch nog op zich wachten. We sluiten ons daarom aan bij Muchinsky (1977) en een eerdere uitspraak van Steers en Rhodes (1978) die, na uitgebreide literatuuroverzichten respectievelijk 15 en 16 jaar na dato, de uitspraak van Ås (1962, p. 278) onderstrepen dat ziekteverzuim "a social fact in need of a theory" is.

Wanneer we de verschillende theorieën en modellen omtrent ziekteverzuim doorlopen, worden diverse aanknopingspunten gevonden voor een theoretische benadering van het ziekteverzuim. Vooropgesteld wordt dat er niet gekozen dient te worden voor een samengesteld model van alle tot op heden significant aan verzuim gerelateerde variabelen. Onderzoeken van Smulders (1984b), Grosfeld (1988), Schalk (1989), Brooke en Price (1989) en Lee (1989) krijgen, ongeacht de al dan niet in oorsprong kernachtige modellen waarop men het onderzoek baseert, alle een multivariabel en gecompliceerd karakter. Nicholson (1993) geeft aan dat het verzuimonderzoek zich toelegt op het construeren van allerlei 'boxes and arrows' die ofwel niet afdoende zijn (niet genoeg blokken en pijlen), niet te toetsen zijn (teveel blokken en pijlen) of vooringenomen en partijdig zijn (niet de juiste blokken en pijlen). Reeds 13 jaar eerder gaf Smulders (1980) een soortgelijke kritiek op de onderzoekscultuur. Hij pleitte er toen voor het verzuimonderzoek te concentreren op een zogenaamde "unified" theorie, oftewel een stel uitspraken dat op een logische manier met elkaar samenhangt en inzicht geeft in de psychologische processen, die het op zich

gecompliceerde verzuimproces kunnen verklaren. Nicholson (1993, p. 288) deed aanbevelingen om het patroon van het vele afgeleide, en verder van de kern van verzuim afgeraakte, onderzoek naar ziekteverzuim te doorbreken. De aanbevelingen luiden in het kort: afbakening ("It is better to have a rich understanding of a modest range of facets of absence, than to create more muddle about the big picture"), andere designs dan cross-sectioneel correlatieel onderzoek ("..further advances will require more time consuming and painstaking efforts such as longitudinal designs, idiographic approaches and the triangulation of qualitative and quantitative data"), en rekening houden met de wisselwerking tussen de werkomgeving en de privé-omgeving ("Absence is transactional between work and nonwork life-space zones of individuals and communities. (...) This means contextualism").

#### *Ziekteverzuim: resultaat van een afwegingsproces*

In dit onderzoek wordt ziekteverzuim benaderd vanuit *de theorie van gepland gedrag* (Ajzen, 1985, 1987, 1988; Schifter & Ajzen, 1985; Ajzen & Madden, 1986). Deze theorie gaat er van uit, dat de intentie om gedrag uit te voeren uiteindelijk wordt bepaald door drie te onderscheiden groepen van overwegingen. Deze hebben betrekking op de waargenomen consequenties van het gedrag, op de normen die men bij andere mensen (aan wiens mening de persoon waarde hecht) ten aanzien van het gedrag waarneemt en op de inschatting van de eigen mogelijkheden om dit gedrag succesvol te realiseren. De drie soorten overwegingen vormen de basis voor respectievelijk de attitude, de waargenomen sociale normen en de waargenomen zelfeffectiviteit. Deze drie factoren oefenen direct invloed uit op de gedragsintentie en beïnvloeden via deze intentie het gedrag.

Om de volgende redenen sluit de benadering van ziekteverzuim vanuit de theorie van gepland gedrag aan bij het ziekteverzuimonderzoek dat in het voorgaande aan de orde is geweest. Allereerst wordt ziekteverzuim opgevat als een *individueel beslissingsproces*, hetgeen aansluit bij belangrijke benaderingen van ziekteverzuim, zoals die van Philipsen (1969), Smulders (1980) en Hackett, Bycio en Guion (1989). Nagegaan wordt wat de rol en betekenis van ziekmelden is vanuit het perspectief van de werknemer. Zoals wordt aangegeven door o.a. Morgan en Herman (1976), Smulders (1980) en Hackett (1989) maakt een individu, bewust of onbewust, en onder invloed van verschillende omstandigheden keuzes. Verzuimgedrag wordt opgevat als de uitkomst van een proces waarin een bepaalde mate van beslissingsvrijheid bestaat. In het geval van wit verzuim is de beslissingsruimte niet aanwezig of verwaarloosbaar (mogelijk treedt "ziek doorwerken" hier op). Aangezien het verzuim dat onder de noemer 'wit verzuim' valt maximaal 20 procent van alle verzuimgevallen betreft, is de focus van deze studie niet gericht op het medisch objectiveerbare verzuim. Ervaren gezondheidsklachten blijven daarmee buiten het bestek van deze studie.

Ten tweede wordt in de theorie van gepland gedrag een belangrijke rol toegekend aan de

rol van de *sociale omgeving*. Naar aanleiding van de onderzoeken van Steers en Rhodes en Nicholson en collega's kan geconcludeerd worden dat verzuim niet een louter individuele aangelegenheid betreft; de sociale context levert een wezenlijke bijdrage aan het besluit om zich wel of niet ziek te melden. Ook de rol van zogenaamde 'extraorganizational influences', waarvan het belang door onder meer Morgan en Herman (1976), Johns en Nicholson (1982), Steers en Rhodes (1984) en recentelijk door Nicholson (1993) is benadrukt, krijgt hierin een plaats. De invloed van factoren die buiten de organisatie liggen, zoals persoonlijke aangelegenheden, behoefte aan vrije tijd e.d., is groter dan in de traditionele verzuimonderzoeken wordt vermoed (Youngblood, 1984; Fichman, 1984). In de derde plaats sluit de *waargenomen zelfeffectiviteit*, als onderdeel van de theorie van gepland gedrag, aan bij de suggesties van Rhodes en Steers (1990) en O'Reilly (1991) om in onderzoek naar ziekteverzuim plaats in te ruimen voor de waargenomen gedragscontrole. Rhodes en Steers (1990) schrijven (p. 54): "...the original Steers and Rhodes model (.....) failed to make explicit that ability has a perceptual component such that the critical factor becomes the employee's *perceived* ability to attend" en op dezelfde pagina "What is important is how the individual treats the event and how he or she interprets its impact on ability to attend". Verderop wijden Rhodes en Steers een apart hoofdstuk aan mogelijkheden om de 'ability to attend' te verbeteren, waaronder zelfmanagement-trainingsprogramma's (Frayne & Latham, 1987; Latham & Frayne, 1989), die afgeleid zijn van Bandura's sociale leertheorie (1982). Het is met name de perceptie door een individu van zijn of haar gedragmogelijkheden die leidt tot het uitvoeren van gedrag.

Eerder werd door Newman (1974) in de discussie naar aanleiding van zijn onderzoek naar verloop en afwezigheid aandacht gevraagd voor gedragscontrole. Overigens was afwezigheid in deze studie gedefinieerd als 'afwezigheid zonder reden', waarbij het argument ziekte niet noodzakelijk een rol speelt (unexcused absenteeism, vergelijkbaar met zwart verzuim). De gegevens bestonden bijvoorbeeld uit 'wel-of-niet-aanwezig', gemeten als dichotome variabele, en niet uit het aantal keren dat men aan- of afwezig was. Newman onderzocht zowel vrijwillig ontslag - oftewel verloop - als afwezigheid aan de hand van het toenmalige Fishbein-model (Fishbein, 1967; Ajzen & Fishbein, 1969), de vroegste versie van wat later de theorie van beredeneerd gedrag genoemd zou worden. In deze theorie wordt verondersteld dat gedrag alleen bepaald wordt door enerzijds de eigen attitudes tegenover dat gedrag, en anderzijds de waargenomen normen in de sociale omgeving. Newman voerde het eerste veldonderzoek uit met behulp van dit model en vergeleek de resultaten van deze studie met andere gegevens, opgedaan in laboratorium-situaties. Aan het slot opperde hij dat "the relationship of attitudes and intentions to behavior is likely constrained to the extent that the person lacks control over the behavior" (p. 615). Hij stelde voor in toekomstig onderzoek de omstandigheden beter te specificeren, bijvoorbeeld door rekening te houden met de mate waarin een persoon controle uit kan oefenen over het criteriumgedrag (zie ook Kuhl, 1984). In een onderzoek met onder

andere 'schoolattendance' als afhankelijke variabele vonden Ajzen en Madden (1986) inderdaad bevestiging voor de onafhankelijke rol van zelfeffectiviteit, naast de attitude en waargenomen sociale normen, bij het voorspellen van gedragsintenties.

Tot slot zagen we in het literatuuroverzicht dat het uitgangspunt bij onderzoeken van Philipsen (1969) en Smulders (1984a) bestond uit het verklaren van verschillen in ziekteverzuim tussen diverse organisaties. Er bestaan echter steekhoudende argumenten om het ontstaan van ziekteverzuim ook juist *binnen een organisatie* te onderzoeken, omdat er dan sprake is van een homogene groep (bijvoorbeeld wat arbeidsvoorwaarden, organisatie-cultuur e.d. betreft). Dit past in het beeld van Chadwick-Jones, Nicholson en Brown (1982), dat ziekteverzuim deel uitmaakt van een sociaal uitwisselingsproces, wat zelf weer beïnvloed wordt door de organisatie-cultuur. Ziekteverzuim wordt mede bepaald door de aanwezige normen en waarden met betrekking tot ziekteverzuim, wat reden is om ziekteverzuim in strikte zin organisatie-specifiek te noemen (Chadwick-Jones, Brown, Nicholson & Sheppard, 1971; Johns & Nicholson, 1990; Rhodes & Steers, 1990).

### **3. Theorie van gepland gedrag**

De theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1985, 1987, 1988, 1991; Schifter & Ajzen, 1985; Ajzen & Madden, 1986) gaat er van uit dat gedrag het beste te voorspellen is door mensen te vragen of zij de intentie hebben dat gedrag te willen vertonen. De gedrags*intentie* wordt bepaald door: de *attitude* van een persoon ten aanzien van het gedrag in kwestie, de sociale norm die men bij anderen ten aanzien van dat gedrag aanwezig acht (*de subjectieve of waargenomen sociale norm*), en de mate van waargenomen gedragscontrole, of de inschatting van het eigen vermogen om het gedrag tot uitvoer te brengen (*waargenomen zelfeffectiviteit*). Modelmatig kan de theorie van gepland gedrag als volgt worden afgebeeld (Figuur 1).

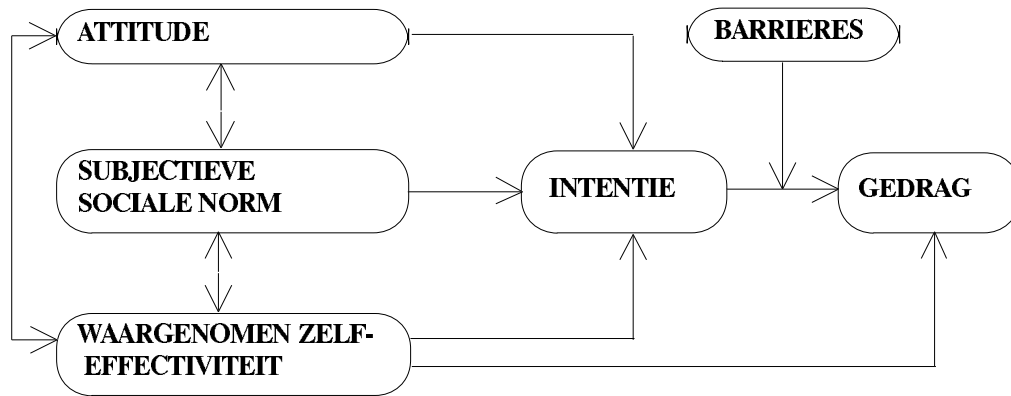
Figuur 1. Schematische weergave van de theorie van gepland gedrag (ontleend aan Ajzen, 1987; De Vries, Kuhlman & Dijkstra, 1987)

De verschillende onderzoeksvariabelen binnen de theorie van gepland gedrag worden hieronder toegelicht.

### *Attitude*

Het attitude-onderzoek kent een lange geschiedenis, waarin wisselende eigenschappen aan attitudes zijn toegekend. Een overzicht wordt gegeven door Van Breukelen (1991) en Eagly (1992). Ondanks de grote rol van attitudes in sociaal psychologisch onderzoek, is er geen "algemeen aanvaarde, precieze definitie van attitude" (Van der Pligt & De Vries 1991, p. 285). Eagly (1992, p. 2) stelt bijvoorbeeld dat een attitude op basis van evaluatieve responsen ontstaat; een individu heeft geen attitude totdat hij of zij evaluatief reageert ten aanzien van iets op een affectieve, cognitieve, of gedragsmatige basis. Ajzen (1988, p. 4) definieert een attitude als een dispositie die bepaalt of men een positieve of negatieve houding heeft ten opzichte van een bepaald object, persoon, instelling of gebeurtenis. Eagly en Chaiken (1993) geven echter aan, dat de term 'dispositie' associaties oproept met het beschrijven van een toestand die relatief langdurig en stabiel is, zoals binnen de persoonlijkheidsleer gebruikelijk is. Attitudes kunnen daarentegen ook van tijdelijke aard zijn en aan verandering onderhevig zijn. Daarom geven Eagly en Chaiken (1993) de voorkeur aan het beschrijven van een attitude als een *tendens* om evaluatief op iets te reageren, ondanks dat vele attitudes langdurig onveranderd blijven. Een attitude is volgens hen "een psychologische tendens die wordt uitgedrukt door de evaluatie van een bepaalde entiteit waaruit een voorkeur- of afkeur blijkt" (p. 1).

De bijzondere opvatting in de theorie van Fishbein en Ajzen is, dat de attitude met betrekking tot 'iets', zijnde een object, niet zozeer van belang is, maar dat met name de attitude jegens een bepaald *gedrag* (zoals in dit onderzoek het ziekmelden) bepalend is voor het al





dan niet uitvoeren van dat gedrag (o.a. Fishbein & Ajzen, 1975, 1981). Hoewel de formele definities van een attitude uiteenlopen, is het gemeenschappelijke element dat steeds terugkomt het plaatsen van een object, bij de theorie van gepland gedrag het plaatsen van gedrag, op een evaluatieve dimensie (bijvoorbeeld 'voor' versus 'tegen', 'plezierig' versus 'onplezierig') (Ajzen, 1988).

Een attitude heeft twee antecedenten: de overweging, of 'behavioral belief' en de evaluatie of waardering daarvan. Een 'belief' kan men beschouwen als een cognitie met een bepaalde sterkte, welke de 'belief'-sterkte wordt genoemd. In het kort gezegd wordt op basis van kennis of ervaring een zekere waarschijnlijkheid toegekend aan het optreden van bepaalde consequenties van gedrag: dit zijn de zogenaamde 'behavioral beliefs'. Daarnaast wordt elke consequentie geëvalueerd (de 'waardering'). De afzonderlijke bijdrage van een verwachte gedragsconsequentie aan de uiteindelijke attitude kan nu worden berekend door de overweging (beliefsterkte:  $b$ ) te vermenigvuldigen met de waardering ( $e$ ) van een bepaalde consequentie. De attitude ( $a$ ) als geheel is gebaseerd op de som van alle mogelijke geëvalueerde overwegingen:  $a = \sum b \times e$ . Niet alle consequenties van gedrag spelen een even belangrijke rol. Binnen de overwegingen die de basis voor een attitude vormen, worden zogenaamde saillante 'beliefs' onderscheiden. Voor groepen mensen zijn dit gemiddeld genomen vijf à negen overwegingen per gedragsintentie (Fishbein & Ajzen, 1975; Oostveen & Kok, 1987), die het sterkst correleren met het attitude-construct.

#### *Subjectieve sociale norm*

In de theorie van gepland gedrag wordt verondersteld dat de waargenomen sociale norm een belangrijke rol speelt bij het verklaren van gedrag en gedragsintenties. De subjectieve norm bestaat uit de verwachte opvattingen van anderen, bijvoorbeeld personen uit je directe omgeving, over het gedrag in kwestie. Deze 'anderen' zijn referentie-personen uit de omgeving van de persoon, die voor hem of haar belangrijk zijn. De context waarin deze referentie-personen zich bevinden kan bijvoorbeeld bestaan uit de familiekring, vriendenkringen of contacten die men beroepshalve heeft. Even belangrijk is echter in hoeverre men zich iets aantrekt van de verwachte opvattingen van die anderen. Gezamenlijk oefenen beide factoren invloed uit op iemands gedragsintentie. Belangrijk is dat de sociale norm die men waarneemt niet overeen hoeft te komen met daadwerkelijk optredende sociale normen. Het inschatten van de opvattingen van andere mensen binnen iemands sociale context worden de 'normatieve beliefs' genoemd ( $nb$ ); de mate waarin men geneigd is zich iets aan te trekken van de mening van een ander vormt de 'motivation to comply' ( $mc$ ). Aan beide begrippen wordt een waarde, een sterkte, toegekend. Vergelijkbaar met de opbouw van de attitude ontstaat de subjectieve sociale norm door het optellen van de produkten van beide:  $ssn = \sum nb \times mc$ . Qua structuur komt de sociale norm overeen met de attitude (een 'opvatting' waaraan men in een bepaalde mate belang

hecht). De opvattingen van personen door wie iemand zich het meest laat beïnvloeden, worden ook hier 'saillant' genoemd (ofwel saillante referentiepersonen).

In eerste instantie werd verondersteld en bevestigd dat de gedragsintentie verklaard kan worden uit de attitude van een persoon en de subjectieve sociale norm (Fishbein, 1967; Ajzen & Fishbein, 1970, 1973, 1977, 1980; Fishbein & Ajzen, 1980 etc.). Inmiddels is daar in de theorie van gepland gedrag, zoals al eerder werd aangegeven, het concept van waargenomen gedragscontrole of zelfeffectiviteit aan toegevoegd (Schifter & Ajzen, 1985; Ajzen, 1985; Ajzen & Madden, 1986; Ajzen, 1988; Ajzen, 1991).

### *Waargenomen zelfeffectiviteit*

De *waargenomen of verwachte* gedragscontrole vormt een belangrijke conceptuele aanvulling om gedragsintenties, en daarnaast rechtstreeks het uit te voeren gedrag, te voorspellen. Ter verduidelijking plaatst Ajzen deze ontwikkeling in lijn met de verschillende onderzoeksstromingen rondom de functie van 'controle'; Ajzen (1988) schetst ontwikkelingen omtrent Atkinson's "achievement motivation" (1964), Rotter's interne-externe beheersingsoriëntatie (1954, 1966), de Health Locus of Control van Wallston, Wallston, Kaplan en Maides (1976, 1978) en Bandura's "perceived self-efficacy" (1977a, 1977b, 1982). Het begrip "perceived behavioral control" komt sterk overeen met "perceived self-efficacy" uit de sociale leertheorie van Bandura (Ajzen & Madden, 1986). De inschatting van een individu van de mate waarin men het gedrag succesvol tot uitvoer kan brengen, vormt ook een determinant van de gedragsintentie en zelfs van het uiteindelijke gedrag.

Eind jaren zeventig kwam Bandura (1977a, 1977b) als reactie op bovengenoemde controle-theorieën met het begrip zelfeffectiviteit. Gedrag wordt volgens hem bepaald door de verwachtingen omtrent de zelfeffectiviteit en door de verwachtingen omtrent de uitkomsten van gedrag. Waargenomen zelfeffectiviteit geeft de inschatting weer, die een persoon maakt van diens mogelijkheden om gedrag daadwerkelijk uit te voeren.

Ajzen (1988) ziet in de waargenomen gedragscontrole de gewenste toevoeging aan de theorie van beredeneerd gedrag. Door dit concept aan het model toe te voegen kan een breder scala aan gedragingen worden verklaard, namelijk ook die waarbij sprake is van 'non-volitional' of 'incomplete volitional control'. Een eerder genoemd voorbeeld van een gedraging met een lage gedragscontrole is het stoppen met roken. Iemand wil stoppen met roken, heeft dat voornemen, maar slaagt er desondanks niet in om te stoppen. Ajzen (1988) definieert waargenomen gedragscontrole, in aansluiting op Bandura, als volgt: "Deze factor (..) verwijst naar de verwachte eenvoud of moeilijkheid waarmee men gedrag kan uitvoeren; verondersteld wordt dat zowel eerdere ervaringen als verwachte hindernissen en obstakels erin worden gereflecteerd" (p. 132). Van belang is dat het om een *waarneming* gaat ('perceived ease or difficulty'): de mate waarin men denkt succesvol een bepaald gedrag uit te oefenen. Rond 1985 introduceerde Ajzen het begrip 'control beliefs' (Schifter & Ajzen, 1985). Analoog aan de attitude en de subjectieve sociale norm, die

gebaseerd worden op afzonderlijke 'beliefs' (overwegingen), liggen deze 'control beliefs' aan de basis van de waargenomen zelfeffectiviteit. 'Control beliefs' bestaan uit de overwegingen van iemand dat hij of zij de kracht en mogelijkheden bezit, en tegenwerking of obstakels kan overwinnen, om gedrag succesvol uit te voeren. Een voorbeeld van een 'control belief' is de inschatting dat men zich kan neerleggen bij een ziekmelding, terwijl men niet 'ziek' wil zijn of het gevoel heeft dat men de collega's of de patiënten niet in de steek kan laten. Een ander voorbeeld van een 'control belief' is de verwachting dat men het kan opbrengen om te gaan werken, terwijl thuis bijvoorbeeld een ziek kind verzorging nodig heeft. Een 'control belief' (c), in hoeverre denkt men dat men de eigenschappen in huis heeft om het gedrag succesvol uit te voeren, wordt vermenigvuldigd met de sterkte ('power'), die weergeeft in welke mate men denkt dat men eventuele hindernissen kan nemen en het gedrag succesvol kan uitvoeren (p). De waargenomen gedragscontrole (pbc) wordt als volgt bepaald:  $pbc = \sum c \times p$ . Deze constructie doet echter wat gekunsteld aan en Ajzen voegt er zelf ook aan toe dat slechts in een paar studies (waaronder die van Ajzen & Madden, 1986) de relatie tussen de specifieke 'control beliefs' en de waargenomen zelfeffectiviteit is onderzocht. Normaliter wordt de waargenomen gedragscontrole als een direkt te meten variabele geoperationaliseerd.

Aangezien de begrippen *waargenomen zelfeffectiviteit* en *waargenomen gedragscontrole* nagenoeg elkaars synoniemen zijn, hanteren we in het vervolg voor beide begrippen de term '**zelfeffectiviteit**'.

### *Gedragsintentie en gedrag*

De theorie van gepland gedrag kent twee centrale afhankelijke variabelen. Dit zijn de gedragsintentie, die wordt bepaald door de zojuist beschreven onafhankelijke variabelen, en het feitelijk gedrag, dat weer door de gedragsintentie wordt bepaald. De intentie bestaat uit het voornemen dat men heeft om tot het gedrag over te gaan. Overigens wordt vaak geen aandacht besteed aan het uiteindelijk gedrag, wat een punt van kritiek is op het onderzoek aan de hand van de theorie van gepland gedrag (o.a. De Vries, 1988). Een reden hiervoor is dat het meten van het gedrag zelf problemen oplevert en daarom achterwege wordt gelaten. Daarnaast kan men pas na een bepaalde tijd over de gegevens met betrekking tot het gedrag beschikken, omdat het gedrag altijd ná de gedragsintentie plaatsvindt (bijvoorbeeld: ik ben van plan over drie weken op die kandidaat te stemmen, ik ben van plan de komende maanden niet of wel eens te roken, of te spijbelen).

Over de *relatie tussen de gedragsintentie en gedrag* is veel discussie gevoerd (Sheppard, Hartwick & Warshaw, 1988). Vanaf de eerste ontwikkelingen van het Fishbein-model is melding gemaakt van modererende, of doorkruisende, factoren (Ajzen, 1988). Een factor die van invloed is op de relatie tussen intentie en gedrag is bijvoorbeeld de tijd die verstrijkt tussen het meten van de intentie en het meten van het gedrag (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1977, 1980). Naarmate de tussenliggende tijd langer is, zal de

gedragsvoorspellende waarde minder zijn. Tevens is het belangrijk het gedrag op dezelfde wijze als bij de intentie te specificeren naar doel, context en plaats van het gedrag, omdat de intentie een betere voorspeller is voor het gedrag naarmate deze factoren zo identiek mogelijk zijn benoemd. Als voorbeelden van andere factoren die de relatie tussen intentie en gedrag kunnen beïnvloeden noemt Ajzen (1988) onder andere informatie-voorziening, vaardigheden, afhankelijkheid van andere mensen en het zich al dan niet voordoen van de geschikte gelegenheid.

In sommige onderzoeken worden zogenaamde '**barrières**' opgenomen, die de relatie tussen gedragsintentie en gedrag zouden beïnvloeden (o.a. Kok & Oostveen, 1987). Ondanks de aanwezigheid van een gedragsintentie verhinderen barrières alsnog dat het gedrag wordt uitgevoerd. Dit kan zijn omdat er zich onverwachts iets voordoet (bijvoorbeeld: onderweg zijn naar je werk en de auto begeeft het: overmacht), of omdat men niet in staat is adequaat te reageren (bijvoorbeeld: je wilt een vergadering voorbereiden, maar kunt je er niet toe zetten om de stukken te lezen). In het eerste geval spreken we van een omgevingsfactor, een *externe barrière*, die iemand ervan weerhoudt om het gedrag uit te voeren. In het tweede geval is er sprake van een '*interne*' *barrière*: iets in jezelf weerhoudt je ervan om het gedrag uit te voeren. Barrières kunnen het uitvoeren van voorgenomen gedrag uiteindelijk belemmeren. Het effect van interne barrières op het uit te voeren gedrag lijkt voor een groot deel overeen te komen met de invloed van de zelfeffectiviteit op het gedrag. De interne barrières hebben echter een onverwacht en incidenteel karakter, waardoor de invloed op het gedrag pas optreedt ná het vormen van een gedragsintentie. Wanneer er een gedragsintentie is gevormd en men schiet *onverwacht* tekort om deze in feitelijk gedrag om te zetten, is er sprake van een interne barrière. Een voorbeeld: men is van plan om 's middags naar een receptie te gaan, maar vergeet die middag vervolgens om te gaan. De zelfeffectiviteit daarentegen bestaat uit de persoonlijke inschatting, een proces dat *bewust* plaatsvindt en dat rechtstreeks de gedragsintentie of het gedrag beïnvloedt. Als we het voorbeeld van de receptie aanhouden: omdat men verlegen is gaat men liever niet naar die receptie, met als gevolg dat men niet van plan is om te gaan.

De attitude en sociale norm beïnvloeden, binnen het model van de theorie van gepland gedrag, alleen via de gedragsintentie het gedrag. Van de zelfeffectiviteit worden echter twee directe relaties verondersteld: één met de gedragsintentie en één met het uiteindelijk gedrag. Zelfeffectiviteit ten opzichte van het uit te voeren gedrag bepaalt, gezamenlijk met de gedragsintentie, of het gedrag uitgevoerd wordt. Het verwachte directe verband tussen zelfeffectiviteit en intentie berust op de veronderstelling dat zelfeffectiviteit motivationele implicaties heeft voor de intentie. Mensen die er vanuit gaan dat zij op generlei wijze in staat zijn een bepaald gedrag uit te voeren zullen met betrekking tot dat gedrag geen sterke intentie vormen, ook niet wanneer dat op grond van attitude en subjectieve sociale norm wel te verwachten is (Ajzen, 1988). Wat de veronderstelde directe relatie tussen zelfeffectiviteit en uiteindelijk gedrag betreft, zijn er volgens Ajzen (1988, 1991) twee

redenen om dit verband te verwachten: ten eerste zal men meer moeite doen om gedrag succesvol uit te voeren wanneer de zelfeffectiviteit hoog is (Ajzen, 1991, illustreert dit met het volgende voorbeeld: van twee personen die beide even graag willen leren skiën en dit beide proberen, zal degene die er vertrouwen in heeft dat hij of zij het skiën leert dit ook sneller onder de knie krijgen dan degene die twijfelt heeft over diens vermogen om skiën te leren). De tweede reden om een directe relatie van zelfeffectiviteit met het uiteindelijk uitgevoerde gedrag te verwachten, is dat de zelfeffectiviteit een afspiegeling is van de feitelijke controle over gedrag ("actual control") (Ajzen, 1988). Afhankelijk van de mate waarin de verwachte zelfeffectiviteit een realistische weergave is van feitelijke controle, vormt het een goede voorspeller van het succesvol uitvoeren van het gedrag in kwestie (Ajzen, 1985, 1991).

Ziekmelden en gaan werken zijn beide te beschouwen als gedragingen waarin een bepaalde mate van controle een rol speelt. Overwegingen wat de consequenties van ziekmelden zijn, verwachte normatieve reacties uit de omgeving en de inschatting bij zichzelf of men dat kan doen wat men wil doen (gaan werken of ziekmelden), bepalen de intentie tot ziekmelden. Een aantal versturende factoren kan de relatie tussen de intentie tot ziekmelden en het feitelijke ziekmelden vertroebelen. Barrières kunnen verhinderen dat de intentie tot ziekmelden in een ziekmelding wordt omgezet. Een externe barrière zou kunnen bestaan uit het niet in de gelegenheid zijn om te bellen naar je werk, terwijl je je ziek zou willen melden; het gedrag, ziekmelden, gebeurt niet. Voorbeeld van een interne barrière is dat je van plan bent om te gaan werken, maar onverwachts voel je je onwel. In beide gevallen wordt het 'target'gedrag, ziekmelden of werken, niet bereikt door het optreden van barrières. Ajzen (1988) stelt, dat het succesvol uitvoeren van voorgenomen gedrag mede afhankelijk is van de controle die men heeft over de vele factoren die het uitvoeren van het gedrag kunnen tegenhouden. Diverse interne en externe factoren en de uiteindelijk mate van controle of het gebrek aan controle daarover bepalen het tot stand komen van het ziekmelden.

### **3.1. Empirische ondersteuning**

Voor de relaties zoals gespecificeerd in de theorie van beredeneerd gedrag is in een groot aantal studies ondersteuning gevonden (zie o.a. Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1988). Desondanks groeide de ontevredenheid over het model, omdat het model een aantal beperkingen kent, waardoor niet alle gedragingen kunnen worden verklaard.

De theorie van Fishbein en Ajzen werd alleen geldig verondersteld onder bepaalde voorwaarden. Sheppard, Hartwick en Warshaw (1988) geven deze als volgt weer. Ten *eerste* moet er sprake zijn van werkelijk 'gedrag' en niet van gedragsuitkomsten als resultaat. Het

afhankelijke gedrag dat men meet, moet betrekking hebben op het feitelijk gedrag en niet op het resultaat dat nagestreefd wordt met dit gedrag. Bijvoorbeeld 'afvallen' of 'aan de lijn doen' is een gedrag, waarbij het afgenomen gewicht of het aantal verloren kilo's het resultaat is. Een *tweede* voorwaarde houdt in, dat het gedrag binnen dit attitude-gedragsmodel moet gaan over het wel of niet, of over het meer of minder vertonen van bepaald gedrag, en niet om keuzes tussen verschillende gedragsalternatieven. Een *derde* uitgangspunt bij het gebruik van de theorie van beredeneerd gedrag is dat de gedragsintentie uit een werkelijk voornemen moet bestaan, en niet uit een verwachting. Bij de eerste wordt een intentie gemeten aan de hand van de vraag "Do you intend to do X?", terwijl bij een zogenaamde 'estimation' gevraagd wordt: "Are you likely to do X?", of "Will you do X?" (Sheppard et al. 1988, p. 327).

De theorie van beredeneerd gedrag werd echter herhaaldelijk toegepast onder condities, die afwijken van de oorspronkelijk geldende voorwaarden. Een meta-analyse van Sheppard et al. (1988) zet de belangrijkste onderzoeksresultaten van 87 studies (de oudste daterend uit 1968, de meest recente uit 1985), gebaseerd op de theorie van beredeneerd gedrag, op een rij. Hiervoor hebben zij deze studies ingedeeld naar bovengenoemde drie uitgangspunten. Bijlage 1 geeft het overzicht weer, met de in de literatuur gevonden correlaties tussen attitude en subjectieve normen enerzijds en de intentie anderzijds (Bijlage 1A) en tussen de intentie en gedrag (Bijlage 1B). In een meta-analyse over 87 studies heen is onderzocht in hoeverre de intentie verklaard werd door de attitude en de subjectieve sociale norm; in een tweede meta-analyse over eveneens 87 studies werd berekend in hoeverre het gedrag verklaard kon worden door de intenties.

Uit de inventarisatie bleek dat de attitude en subjectieve norm inderdaad een onafhankelijke *predictieve waarde* hadden voor de gedragsintentie, welke op zich weer een goede voorspeller bleek te zijn voor het gedrag. De gemiddelde meervoudige correlatie tussen attitude en subjectieve sociale norm enerzijds en de gedragsintentie anderzijds was  $R = .66$  (87 studies, totale  $N = 12,624$ ;  $p < .001$ ). De meervoudige correlatie tussen de intentie en het werkelijk uitgevoerde gedrag was  $R = .53$  (87 studies, totale  $N = 11,566$ ;  $p < .01$ ). In slechts 11% van de studies (10 in aantal) waarin het verband tussen attitude, sociale norm en gedragsintentie was onderzocht, werd echter voldaan aan de door Fishbein en Ajzen aanwezig veronderstelde condities. Voor het onderzochte verband tussen de gedragsintentie en het uiteindelijk gedrag was dit bij 20% van de studies (17 onderzoeken) het geval. Hoewel de veronderstelde relaties binnen het model werden bevestigd, voldeed derhalve slechts 10 à 20% van de onderzoeken aan de eisen die gesteld worden aan het gedrag (doel, keuze en intentie) in de context van de theorie van beredeneerd gedrag.

Sheppard et al. zijn vervolgens nagegaan of de theorie van beredeneerd gedrag meer voorspellende waarde krijgt indien niet aan de drie oorspronkelijke uitgangspunten werd voldaan. De relatie tussen de attitude, subjectieve norm en intentie bleek inderdaad, zoals de theorie aangeeft, sterker te zijn wanneer expliciet gevraagd werd naar de *intentie als*

*voornemen* ("ik ben van plan om het gedrag uit te voeren"), dan wanneer gevraagd werd naar de *verwachting* dat men tot het gedrag zou overgaan ("ik zal het gedrag uitvoeren"). Maar aan de andere kant leverde het hanteren van de verwachting, en niet van de intentie, juist een sterker verband op met het gedrag zelf.

Tevens werd nagegaan welke verschillen er optreden in de relatie tussen de intentie (wederom als voornemen en als verwachting) en het gedrag, wanneer er gebruik wordt gemaakt van een *gedraging* (zoals 'ziekmelden') of van *het gedrag als resultaat* (zoals 'thuis zijn als gevolg van een ziekmelding') als afhankelijke variabele. De sterkste correlatie met de intentie als voornemen werd gevonden wanneer 'gedrag' de te voorspellen variabele was, de relatie met 'gedrag als resultaat' als afhankelijke variabele was wat lager. Wanneer echter de correlaties met de intentie als verwachting werden berekend, was het verband met 'gedrag als resultaat' als afhankelijke variabele juist aanzienlijk hoger dan met een 'gedraging' als afhankelijke variabele. Wanneer we ervan uitgaan dat de gedragsintentie uit een voornemen moet bestaan wordt Fishbein en Ajzen's voorkeur bevestigd, namelijk dat de afhankelijke variabele moet bestaan uit een 'gedraging' op zich en niet uit een 'gedrag als resultaat'.

Wat de *gedragsalternatieven* betreft: gedrag dat wordt geoperationaliseerd aan de hand van verschillende gedragsalternatieven leidt tot sterkere correlaties tussen attitude en sociale norm enerzijds en de intentie als voornemen anderzijds, dan wanneer er slechts van één gedragsalternatief sprake is. Bij de verwachting van het gedrag (in tegenstelling tot intentie als voornemen) was het verschil tussen één of meerdere gedragsalternatieven als afhankelijke variabele minder groot. Ook het verband tussen intentie als voornemen en gedrag blijkt sterker te zijn in het geval men meerdere gedragsalternatieven heeft, dan wanneer er sprake is van slechts één gedragsvorm. De voorspellende waarde van de theorie van beredeneerd gedrag lijkt dus groter te zijn wanneer er sprake is van een keuze uit verschillende gedragsalternatieven, terwijl Fishbein en Ajzen juist als restrictie aan hun theorie verbonden dat er slechts sprake mocht zijn van één gedraging als te verklaren variabele.

Sheppard et al. concludeerden dat de theorie weliswaar grote voorspellende waarde heeft wanneer aan de door Fishbein en Ajzen genoemde basiscondities wordt voldaan, maar dat de voorspellende kracht *groter* is wanneer *niet* aan de oorspronkelijke condities is voldaan. Door de drie variabelen te operationaliseren op een wijze die afwijkt van de aanvankelijk gestelde voorwaarden (die luiden: het meten van gedrag en niet van resultaat, het meten van één gedragsalternatief in tegenstelling tot meerdere alternatieven en het meten van de intentie als voornemen in plaats van een verwachting) wordt een aanzienlijk deel van de variantie verklaard. Voor het verband tussen intentie en gedrag was dit ruim 47 procent, en voor de relatie tussen de attitude en sociale norm aan de ene kant en de intentie aan de andere kant zelfs 64.6 procent. Deze bevindingen geven aanleiding om toekomstig onderzoek meer te richten op modificatie van de theorie van beredeneerd gedrag, waarin ook andere uitgangssituaties en operationalisaties een plaats krijgen (het te onderzoeken gedrag

kan een 'resultaat' weergeven, het kan bestaan uit diverse gedragsopties en men kan het gedrag voorspellen aan de hand van verwachtingen, in plaats van voornemens als intentie).

#### - *Zelfeffectiviteit*

De eerste studies waarin de zelfeffectiviteit als gedragsdeterminant is opgenomen binnen het oorspronkelijke Fishbein en Ajzen-model, zijn uitgevoerd door Schifter en Ajzen (1985), die het model gedeeltelijk onderzochten, en Ajzen en Madden (1986) die als eersten het volledige model toetsten. Ook in Nederlandse en Angelsaksische studies is de theorie van gepland gedrag toegepast in gedragsverklarend onderzoek (o.a. Beale & Manstead, 1991; Beck & Ajzen, 1991; Madden, Ellen & Ajzen, 1992; den Ouden, 1992). De Nederlandse onderzoeken leggen zich vaak toe op gezondheidsgerelateerd gedrag, zoals rookgedrag (De Vries & Kok, 1986; Mudde, 1987; De Vries, Kuhlman & Dijkstra, 1987; Backbier & De Vries, 1993), intraveneus drugsgebruik en Aids (Paulussen, Kok, Knibbe & Cramer, 1989), bedrijfsfitness (Peeters, Oostveen & Kok, 1991) en 'veilig vrijen' (Bakker, Buunk & Siero, 1993) in het kader van Aids-preventie. Recentelijk is door Van Breukelen (1991) een longitudinale studie afgesloten naar het verloop onder marine-personeel. Verzuim en verloop liggen in elkaars verlengde, wanneer beide opgevat worden als een vorm van terugtrek- of vermijdingsgedrag ('withdrawal' van het werk of uit de organisatie).

Inmiddels is in een aantal onderzoeken empirische ondersteuning gevonden voor de toegenomen voorspelbaarheid van gedrag, wanneer zelfeffectiviteit als determinant wordt toegevoegd aan de attitude en subjectieve sociale normen. Ajzen (1991) geeft in een overzicht de resultaten van 12 studies weer; één daarvan had betrekking op het verklaren van 'schoolattendance' (Ajzen & Madden, 1986). Uit de resultaten blijkt dat veelvuldig een lage correlatie wordt gevonden tussen de gedragsintentie en het gedrag. Volgens Ajzen zijn hiervoor twee oorzaken aan te geven: ten eerste kan (vanzelfsprekend) de meting onbetrouwbaar en niet valide zijn (Ajzen verwijst daarbij naar Sheppard, Hartwick & Warshaw, 1988), en ten tweede kunnen lage correlaties veroorzaakt worden doordat het gedrag zich kenmerkt door een lage mate van gedragscontrole.

Uit een recente publikatie (Madden, Ellen & Ajzen, 1992) bleek dat toevoeging van zelfeffectiviteit aan het theoretisch model leidde tot een hogere verklaarde variantie in de gedragsintentie voor gedrag dat in geringe mate controleerbaar is. Onderzocht werd welke gedragingen, die variëren in de mate waarin men er controle op kan uitoefenen, beter voorspeld kunnen worden door de toevoeging van zelfeffectiviteit aan het theoretisch model. Tien verschillende activiteiten werden voorgelegd aan 94 studenten. Gevraagd werd naar de attitude, subjectieve norm en zelfeffectiviteit ten aanzien van het uitvoeren van de genoemde gedragingen gedurende de komende twee weken. De activiteiten bestonden bijvoorbeeld uit slapen en met een vriend gaan winkelen (lage controle), geen koffie



drinken en de was doen (middelmatig controleerbaar) en vitamine-tabletten slikken, luisteren naar muziek en video huren (hoge controle). De verklaarde variantie in diverse gedragsintenties werd in eerste instantie berekend zónder en in tweede analyses met zelf-effectiviteit. Door het toevoegen van zelfeffectiviteit als gedragsdeterminant nam de verklaarde variantie in de gedragsintentie toe voor de gedragingen die een lage mate van controleerbaarheid kenden. De twee hypothesen - uitbreiding met zelfeffectiviteit vergroot de voorspelling van de gedragsintentie en het gedrag zelf; de voorspelling van het uiteindelijk gedrag zelf neemt toe naarmate de zelfeffectiviteit groter is - werden beide bevestigd.

In eerste instantie werd er van uitgegaan, dat de zelfeffectiviteit betrekking moest hebben op hele specifieke, op een bepaalde situatie toegesneden inschattingen van wat men kan of niet kan (Bandura, 1982, 1989a, 1989b; Schunk & Carbonari, 1984). Uit onderzoek van Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs en Rogers (1982) bleek echter, dat eerdere ervaringen die in een andere context zijn opgedaan, zoals bijvoorbeeld op school, een hogere algemene zelfeffectiviteitsverwachting tot gevolg hadden. Wanneer succes toegeschreven kan worden aan vaardigheden heeft dit een verhoging van de zelfeffectiviteitsverwachting tot gevolg; de zelfeffectiviteit kent een zekere generalisatie, waardoor deze optreedt ongeacht specificatie van de situatie of het uit te voeren gedrag. Zelfeffectiviteit is kennelijk een bruikbaar concept voor de voorspelling van een complex gedrag als het zich ziekmelden, waarbij de voorspelling niet situatiegebonden hoeft te zijn.

Tot slot wordt het belang van de *waarneming* van zelfeffectiviteit, tegenover de feitelijke zelfeffectiviteit, benadrukt in een studie van Collins (in: Bandura, 1986). Kinderen met gelijke vaardigheden in het oplossen van wiskundige problemen leverden, tegen de verwachting in, niet dezelfde prestaties als gevolg van verschillen in de zelfeffectiviteit. Naast de werkelijke controle vormt de waargenomen effectiviteit een gedragsdeterminant die, gedeeltelijk onafhankelijk van feitelijk aanwezige vaardigheden, gedrag beïnvloedt.

### **3.2. Ziekteverzuim en de theorie van gepland gedrag**

Voor zover bekend is niet één studie verricht naar *ziekteverzuim* aan de hand van de theorie van gepland gedrag. Wel noemden we al eerder dat door Newman (1974) het verschijnsel 'be absent from work', waartoe alle vormen van afwezigheid zonder reden behoorden, is onderzocht met behulp van het model van Fishbein. In dit model werd verondersteld dat de gedragsintentie gebaseerd was op de attitude tegenover gedrag en de normatieve opvattingen, vermenigvuldigd met de mate van instemming. Ook enkele andere studies zijn relevant, omdat ze trachten aanwezigheid of afwezigheid - zonder dat er specifiek sprake is van ziekteverzuim - te verklaren. In de reeds aangehaalde studie van Ajzen en Madden (1986) werd aanwezigheid op college onderzocht met de theorie van

gepland gedrag. Frayne en Latham (1987) evalueerden een zelfmanagement-training welke als doel had de aanwezigheid op het werk te vergroten door de zelfeffectiviteit om te gaan werken te vergroten. Deze studies en het hierboven al genoemde onderzoek van Van Breukelen (1991) over het verklaren van personeelsverloop met behulp van de theorie van gepland gedrag, worden hieronder kort besproken.

*Newman (1974)*

Zoals eerder al werd aangehaald heeft Newman (1974) met behulp van het model van Fishbein (1967) verzuim - als afwezigheid zonder opgaaf van reden - en verloop - bestaande uit een vrijwillige ontslagaanvraag - onderzocht. Verzuim en verloop in zijn onderzoek waren volgens de eerder genoemde criteria van Sheppard et al. (1988) op de volgende manier te kenmerken: gedrag staat centraal (in tegenstelling tot resultaat), er is slechts één gedragsalternatief (en geen keuze tussen diverse alternatieven), en de intentie bestaat uit een verwachting (in plaats van een voornemen). De respondenten bestonden uit 108 medewerkers van een verzorgingstehuis, waaronder zowel verplegend als bijvoorbeeld huishoudelijk en administratief personeel. Newman vergeleek in dit onderzoek de voorspellende waarde van traditionele werkattitude-schalen met het attitude-model van Fishbein in een veldsituatie. Tot dan toe was het model van Fishbein slechts in een negental laboratoriumstudies toegepast (Fishbein, 1976). Wanneer we ons beperken tot de bevindingen die Newman op grond van Fishbein's model heeft opgedaan, zien we dat verzuim en verloop beduidend minder goed voorspeld kunnen worden in het veldonderzoek dan op grond van de resultaten van de laboratoriumstudies werd verwacht. De correlatie tussen de gedragsintentie en afwezigheid bedroeg in het veldonderzoek  $r = .10$ , terwijl in de laboratoriumsituaties van Fishbein (1976) een gemiddeld verband van  $r = .70$  ( $p < .01$ ) tussen intentie en gedrag werd gevonden. Ook bij het voorspellen van de gedragsintentie op basis van attitude en sociale norm werd in het veldonderzoek een beduidend lagere meervoudige correlatie gevonden dan in de laboratoriumstudies:  $R = .45$  tegenover  $R = .80$  (beide  $p < .01$ ). Ontslag nemen kon enigszins beter worden verklaard door het theoretisch model, maar de hoeveelheid verklaarde variantie was eveneens gering. Overigens moet worden opgemerkt, dat afwezigheid werd gemeten als dichotome variabele en niet als een frequentie-score.

Newman concludeerde dat het Fishbein-model in realistische veldsituaties minder variantie verklaart dan in laboratoriumsettings. In realistische situaties komt kennelijk een mate van ruis voor en is de voorspelbaarheid van het gedrag geringer door het optreden van factoren, die niet volledig onder controle van de onderzoeker zijn. Daarnaast wees Newman op de noodzaak van verder onderzoek dat zich concentreert op de complexiteit en dynamica van een veldsituatie. Al eerder gaven we aan dat Newman suggereerde dat de mate waarin iemand controle kan uitoefenen op het criterium-gedrag, een belangrijke begrenzende conditie zou kunnen vormen. Ook pleitte hij voor het regelmatig meten van de attitudes

gedurende de periode voorafgaand aan het vaststellen van het criteriumgedrag. Op die manier konden de relaties tussen attitude, attitudeverandering en gedrag wellicht meer voorspellende waarde krijgen dan wanneer de tot dan toe gewoonlijke (cross-sectionele) procedure werd gevolgd, namelijk het meten van attitude en gedrag op hetzelfde moment.

*Ajzen en Madden (1986)*

Zoals in het voorgaande al werd opgemerkt, hebben Ajzen en Madden (1986) als eersten de theorie van gepland gedrag in haar geheel in een onderzoek toegepast. In een onderzoek naar 'school attendance' onder 169 studenten werd het effect van zelfeffectiviteit op aanwezigheid versus spijbelgedrag gemeten. Hiervoor werden meervoudige hiërarchische regressies, in eerste instantie zonder en daarna met de zelfeffectiviteit, uitgevoerd met de gedragsintentie en met het feitelijk gedrag als afhankelijke variabelen. Door het toevoegen van zelfeffectiviteit nam de meervoudige correlatie wel significant toe bij het verklaren van de gedragsintentie, maar niet bij het verklaren van het feitelijk gedrag. Deze bevinding komt overeen met de verwachting van Ajzen en Madden, dat wanneer men gedrag wil voorspellen dat relatief goed in de hand te houden is (hoge feitelijk controle) de zelfeffectiviteit niets significant toevoegt aan de verklarende kracht van de theorie van beredeneerd gedrag. In een wat ingewikkelder tweede experiment werd het behalen van een goed cijfer, gedrag met relatief lage controle, als te verklaren gedrag genomen. Er waren in dit geval twee meetmomenten, de eerste al snel in het semester en de tweede later, zodat men toen reeds een indruk had gevormd van de eigen zelfeffectiviteit en verwachtingen van het eigen prestatie-niveau. De resultaten van het eerste meetmoment bevestigden de eerdere bevindingen: de verklaarde variantie in de intentie nam toe en in het gedrag veranderde niet door toevoeging van zelfeffectiviteit. In het tweede meetmoment steeg wederom de verklaarde variantie in de intentie na toevoegen van de zelfeffectiviteit; de verklaarde variantie in het gedrag zelf, het behalen van een goed cijfer, steeg nu ook. Ajzen en Madden concludeerden, dat de zelfeffectiviteit een eigen significante bijdrage aan de voorspelling van de gedragsintentie levert én dat naarmate de overeenkomst tussen de zelfeffectiviteit en de feitelijke effectiviteit groter is ook het uiteindelijke gedrag mede verklaard wordt door de zelfeffectiviteit.

Wat de intentie tot ziekmelden betreft zou alleen in het geval van het zogenaamde 'zwarte' verzuim sprake zijn van gedrag met een hoge mate van gedragscontrole. Zonder een bijzondere aanleiding van school of je werk wegblijven, bijvoorbeeld omdat je een dag gewoon geen zin hebt in school of werk, kan opgevat worden als gedrag waarin de zelfeffectiviteit in sterke mate overeenkomt met feitelijke gedragscontrole.

*Frayne en Latham (1987)*

Een training gericht op het vergroten van iemands aanwezigheid op het werk werd door Frayne en Latham (1987) geëvalueerd. De zelfeffectiviteit in deze studie bestond uit de inschatting van de eigen mogelijkheden om zo weinig mogelijk afwezig te zijn van het werk. Aan een groep van twintig werknemers werd een training in zelfmanagement gegeven; een even grote controlegroep kreeg deze training niet. Er werd een significant verschil gevonden tussen beide groepen wat de hoogte van de zelfeffectiviteit betreft na de training in zelfmanagement. Interessant is ook dat dit verschil in de loop van de tijd zelfs nog toenam. Overigens waren er geen significante verschillen tussen beide groepen wat de aanwezigheid zelf betreft, in tegenstelling tot het significante verschil in zelfeffectiviteit als gevolg van de training.

Frayne en Latham vonden hun studie van theoretisch belang, omdat zelfeffectiviteit een belangrijke factor bleek in de verklaring van verzuim (gedefinieerd als 'sick-leave'). De resultaten van dit experiment werden in verband gebracht met de invloed van sociale normen op aan- of afwezigheid (Nicholson c.s., 1976, 1977, 1987; Chadwick-Jones c.s., 1982). Volgens Frayne en Latham is het mogelijk dat mensen die komen werken juist die personen zijn, die erin slagen om persoonlijke obstakels te overwinnen, zoals familieproblemen. Daarnaast zijn deze personen in staat de door Chadwick-Jones c.s. (1982) aangegeven cultuur- en groepsnormen, die iemands waargenomen mogelijkheden om te komen werken aantasten, te overwinnen (zoals collega's die iemand wijzen op de rechten om thuis te kunnen blijven). Volgens deze gedachtengang is de zelfeffectiviteit niet nevenge-schikt aan, maar een determinant van de subjectieve sociale normen: hoe hoger de zelfeffectiviteit om zich niets van de omgeving aan te trekken, hoe lager de invloed van de omgeving op het uit te voeren gedrag. Een tweede belangrijke bevinding is, volgens Frayne en Latham, dat de uitkomstverwachtingen (vergelijkbaar met Fishbein en Ajzen's verwachte gedragsconsequenties) *op zich* geen uiteindelijke invloed hebben op het wel of niet gaan werken. Van doorslag was of men zichzelf in staat achtte om persoonlijke en sociale obstakels bij het gaan werken te overwinnen. Voor Ajzen's model bij de theorie van gepland gedrag zou dit betekenen, dat de zelfeffectiviteit een wezenlijk andere rol speelt in het verklaren van het gedrag dan de attitude en de waargenomen sociale normen.

*Van Breukelen (1991)*

Het laatste onderzoek waarop we in dit overzicht met empirische bevindingen ingaan is het onderzoek naar het personeelsverloop in een organisatie van Van Breukelen (1991). Verzuim en verloop kunnen beide opgevat worden als het zich onttrekken aan het werk of de organisatie. De gedragsverwachting bleek de beste predictor te zijn voor het verloop; invloed van de verloopintentie op het feitelijk ontslaggedrag verliep via de gedragsverwachting. Mogelijk dat de oorzaak hiervan was dat de ontslagverwachting zeer specifiek, en nauwkeuriger dan de ontslagintentie, in de vragenlijst was opgenomen. Zowel ontslagverwachting als ontslagintentie werden bepaald door de attitude en waargenomen norm

van de partner ten aanzien van het verloop. Meningen over de werksituatie en de organisatie verklaarden overigens buiten de attitude, de waargenomen norm en zelfeffectiviteit een deel van de ontslagverwachting en ontslagintentie. Er was nauwelijks een bijdrage van zelfeffectiviteit aan het verloopgedrag; deze gaf een kleine aanvulling op de variantie die de ontslagintentie van het verloopgedrag verklaarde, maar vulde de verklaarde variantie door de verloopverwachting niet aan. De geringe invloed van zelfeffectiviteit duidt er mogelijk op, dat het verloopgedrag, het vrijwillig ontslag nemen, een gedraging betreft die volledig onder controle is van het individu: als men ontslag wil nemen, dan kan men daar kennelijk toe overgaan. De attitude en subjectieve sociale normen vormen de voorspellers van verloopgedrag, waarop de zelfeffectiviteit niet van toepassing is. Naast regressie-analyses werden ook berekeningen uitgevoerd met behulp van lineair structurele vergelijkingen (het EQS-programma van Bentler, 1989). De uitkomsten van beide analysemethoden weken nauwelijks van elkaar af.

Ter afsluiting concluderen we dat de theorie van beredeneerd gedrag een geschikt kader lijkt te vormen om gedragsintenties te verklaren. We zagen echter enerzijds dat de voorwaarden, waaraan gedrag aanvankelijk zou moeten voldoen alvorens de theorie van beredeneerd gedrag toegepast kon worden (= voorwaarden met betrekking tot soorten gedrag die door attitude en subjectieve sociale normen verklaard zouden kunnen worden), niet houdbaar zijn gebleken (Sheppard et al., 1988). Anderzijds bleek de theorie van beredeneerd gedrag eigenlijk alleen geschikt om die gedragingen te verklaren, waarover men in hoge mate controle heeft. Wanneer men het gedrag wilde uitvoeren (positieve attitude en sociale stimulans, waardoor positieve intentie), dan kón men dat gedrag ook uitvoeren.

Door toevoeging van zelfeffectiviteit (Schifter & Ajzen, 1985; Ajzen, 1987) als gedragsdeterminant is de theorie van gepland gedrag van waarde gebleken om gedrag, dat men niet onder helemal onder controle heeft, te verklaren. Ziekmelden is een voorbeeld van een gedraging die niet volledig te controleren is door een individu: misschien wil men zeer graag gaan werken, maar is men zo ziek dat men zich noodgedwongen moet ziekmelden. Van de andere kant is het gaan werken als alternatief gedrag eveneens afhankelijk van de mate waarin men het zelf in de hand heeft om te gaan werken: er kunnen problemen zijn op het werk, waar iemand niet op een adequate manier mee om kan gaan. Dit kan resulteren in een ziekmelding, omdat men de situatie niet aankan en een ziekmelding een tijdelijke oplossing biedt. Hierbij moet wel onderscheid gemaakt worden naar de rol van zelfeffectiviteit bij het verklaren van gedragsintenties, en van het uitgevoerde gedrag zelf. In het eerste geval wordt verwacht dat de zelfeffectiviteit altijd een waardevolle aanvulling is op de voorspellende kracht van attitude en sociale norm. In het tweede geval echter, het rechtstreeks verklaren van de gedraging, hangt de mogelijke betekenis van de zelfeffectiviteit voor het voorspellen van het gedrag samen met het type gedrag dat men tracht te

verklaren: wanneer het gedrag in kwestie goed controleerbaar is, is het effect van zelfeffectiviteit als predictor verwaarloosbaar; wanneer het echter een gedraging betreft die wisselend te reguleren of door iemand onder controle te houden is heeft de zelfeffectiviteit wel een betekenisvolle invloed op het verklaren en mogelijk daardoor voorspellen van gedrag.

### *Globale vraagstelling*

De in dit overzicht weergegeven literatuurbevindingen vormen de basis voor de volgende globale vraagstelling. Nagegaan wordt in hoeverre de intentie tot ziekmelden, geformuleerd als de verwachting dat men zich in bepaalde omstandigheden zal ziekmelden, verklaard kan worden door de attitude ten aanzien van ziekmelden, de subjectieve sociale normen ten aanzien van ziekmelden en de zelfeffectiviteit ten aanzien van ziekmelden. Dezelfde vragen worden gesteld met betrekking tot het gedrag 'gaan werken'.

Voorts wordt onderzocht welke overwegingen aan de attitudes ten grondslag liggen: het gaat hier om de consequenties die verbonden worden aan ziekmelden of gaan werken en om de evaluaties daarvan. Eveneens wordt nagegaan uit welke belangrijke andere personen de sociale context bestaat en wat men zich van de mening van deze mensen over ziekmelden of gaan werken aantrekt. De zelfeffectiviteit bestaat uit de inschatting dat men controle heeft over het realiseren of succesvol uitvoeren van het ziekmelden of gaan werken. De zelfeffectiviteit kan bijvoorbeeld betrekking hebben op gezondheidsklachten, conflicten op het werk of problemen thuis. Afhankelijk van de verschillende oorzaken die aan een ziekmelding ten grondslag kunnen liggen - in dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen wit, grijs en zwart verzuim - valt het gedrag ziekmelden meer of minder binnen de controlemogelijkheden van een individu. De ziekmelding die volgt op hoge koorts, als symptoom van een epidemische griep, is minder te beïnvloeden door het individu dan de ziekmelding die volgt op het ervaren van problemen in het werk.

Tot slot wordt nagegaan in hoeverre het feitelijk ziekmelden en gaan werken te verklaren zijn door de intentie en de zelfeffectiviteit om zich ziek te melden, respectievelijk de intentie en de zelfeffectiviteit om te gaan werken. Aanvankelijk was het ook de bedoeling de invloed van barrières op het uiteindelijk tot stand komen van het gedrag te onderzoeken. Om de redenen die in het vooronderzoek worden genoemd is daar echter van afgezien. In het hoofdonderzoek is nagegaan in hoeverre de theorie van gepland gedrag een geschikt kader vormt om het ziekmelden en gaan werken te verklaren. Om dat vast te kunnen stellen is tevens onderzocht in hoeverre ook het eerdere ziekteverzuim en externe factoren direct van invloed zijn op de intentie en het gedrag. Volgens de theorie van gepland gedrag zou de invloed van deze variabelen alleen via de modelfactoren mogen plaatsvinden. In het volgende hoofdstuk (het vooronderzoek) wordt de ontwikkeling van een vragenlijst beschreven.

## **Hoofdstuk III**

---

## Vooronderzoek

---

Om een vragenlijst te ontwikkelen, waarmee inzicht verkregen kan worden in het tot stand komen van de beslissing zich ziek te melden of te gaan werken, zijn twee studies uitgevoerd. De eerste is een kwalitatieve studie in de vorm van interviews, op grond waarvan een concept-vragenlijst is ontwikkeld. Deze is vervolgens in een tweede, kwantitatieve, studie getoetst. In dit deel worden achtereenvolgens Studie 1 en Studie 2 beschreven.

### 1. Studie 1

In het hierna volgende wordt de vraagstelling van het eerste deel van het vooronderzoek beschreven (§ 1.1), waarna de methode (§ 1.2), de resultaten (§ 1.3) en afsluitend een aantal discussiepunten (§ 1.4) volgen.

#### 1.1. Vraagstelling

De vragenlijst in het hoofdonderzoek moest een operationalisatie bevatten van de theoretische concepten van de theorie van gepland gedrag. Het doel van Studie 1 bestond dan ook uit het inventariseren van mogelijke consequenties van ziekmelden en gaan werken, de evaluaties van de verwachte consequenties en de attitudes ten aanzien van ziekmelden en gaan werken. Daarnaast bestond het doel uit het achterhalen van wie de mogelijke belangrijke andere personen zijn, wat de verwachte normen van die anderen zijn ten aanzien van het ziekmelden en gaan werken, en in hoeverre men zich iets zal aantrekken van de normatieve opvattingen van die ander. Wat de zelfeffectiviteit betreft werd gevraagd in welke situaties en om welke redenen men zichzelf juist wel of juist niet in staat achtte om zich ziek te melden of om te gaan werken.

Daarnaast werd een inventarisatie uitgevoerd van mogelijke barrières, die de relatie tussen gedragsintentie en gedrag uiteindelijk nog kunnen beïnvloeden. Het ging hier om de eventuele barrières die iemand er mogelijk van konden weerhouden om, ondanks de gedragsintentie, het 'gaan werken' of het 'ziekmelden' uiteindelijk ook uit te voeren.

## 1.2. Methode

Ten behoeve van het vooronderzoek is een gestratificeerde steekproef van 20 werknemers getrokken uit het totale personeelsbestand van circa 900 werknemers van het psychiatrisch ziekenhuis, waar het uiteindelijke hoofdonderzoek (hoofdstuk IV) zal worden uitgevoerd. Aangezien de steekproef ongeveer 2 procent uitmaakt van het totale personeelsbestand is de kans reëel dat de steekproef niet representatief is voor het gehele personeel. Getracht is om door een zo groot mogelijke zorgvuldigheid, waar mogelijk, het streven naar representativiteit te doen slagen. De steekproef is geselecteerd op grond van de criteria 'soort formatieplaats', geslacht, leeftijd en gemiddeld aantal verzuimde dagen (zie Bijlage 2). De laatste drie variabelen zijn door middel van een a-selecte trekking aan de acht verschillende formatieplaatsen gekoppeld. De kans voor elke vertegenwoordiger van een bepaalde formatieplaats om in de steekproef te worden opgenomen wordt weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1<sup>14</sup>. Kansen van toekennen variabelen aan de verschillende formatieplaatsen

kans	geslacht	kans	verzuimdagen	kans	geboortejaar
.57	vrouw	.33	$\leq 28$	.37	1975 t/m 1961
				.33	1960 t/m 1951
				.27	1950 t/m 1925
		.33	$29 \leq x \leq 43$	.37	1975 t/m 1961
				.33	1960 t/m 1951
				.27	1950 t/m 1925
		.33	$\geq 44$	.37	1975 t/m 1961
				.33	1960 t/m 1951
				.27	1950 t/m 1925
.43	man	.33	$\leq 14$	.37	1975 t/m 1961
				.33	1960 t/m 1951
				.27	1950 t/m 1925
		.33	$15 \leq x \leq 29$	.37	1975 t/m 1961
				.33	1960 t/m 1951
				.27	1950 t/m 1925
		.33	$\geq 30$	.37	1975 t/m 1961
				.33	1960 t/m 1951
				.27	1950 t/m 1925

<sup>14</sup> Tabel 1 is als volgt te lezen: de kans dat bij een bepaalde formatieplaats het geslacht vrouw wordt getrokken is 57%. De kans dat deze vrouw vervolgens in het afgelopen jaar minder dan 28 ziekte-dagen heeft gehad is 33%, terwijl er 37% kans is dat deze vrouw tussen 1975 en 1961 is geboren.



Op basis van de in Tabel 1 weergegeven combinaties van de vier variabelen zijn vervolgens 20 werknemers uit het personeelsbestand getrokken die aan de getrokken combinaties van variabelen voldoen. Afwisselend de eerste en laatste werknemer die, volgens het geregistreerd ziekteverzuim over het jaar 1989, op de namenlijst voorkwam van personeelsleden die aan de benodigde eisen bleken te voldoen, is benaderd met het verzoek mee te werken aan het interview. In het geval een werknemer niet bereid of in staat was aan het interview mee te werken, is de volgende werknemer die volgens de verzuimgegevens anno 1989 aan bovengenoemde voorwaarden voldeed, benaderd.

De vragen die in het interview zijn gesteld, zijn geformuleerd op basis van vraaggesprekken met clustercoördinatoren over ziekteverzuim binnen hun cluster, literatuur over de theorie van gepland gedrag (Ajzen & Madden, 1986; Ajzen, 1987; Ajzen, 1988) en de ervaringen opgedaan bij vier proefinterviews. In het interview werd gevraagd naar eventuele consequenties van ziekmelden en gaan werken, naar de attitude tegenover ziekmelden en gaan werken, naar de verwachte opvattingen van anderen over ziekmelden of werken en door wiens mening de geïnterviewde zich zou laten beïnvloeden, naar de verwachting dat de geïnterviewde in staat is om zich onder alle omstandigheden zich ziek te melden of te gaan werken en om welke redenen men daar onder bepaalde omstandigheden niet toe in staat is en welke praktische problemen het de geïnterviewde kunnen beletten om zich ziek te melden dan wel te gaan werken.

Het semi-gestructureerd interview is door twee interviewers in de maanden augustus en september (1990) bij respectievelijk elf en negen personen afgenomen. Elk interview werd op band opgenomen, waarna (om redenen van intersubjectiviteit) beide interviewers de band op relevante informatie hebben gescoord en uitgeschreven.

### **1.3. Resultaten**

In eerste instantie zijn de in de interviews genoemde overwegingen, waarop de attitude, de subjectieve sociale norm en de zelfeffectiviteit worden gebaseerd, naar inhoud gegroepeerd. Vervolgens is de bepaald hoe vaak alle genoemde overwegingen of referentiepersonen binnen een groep werden genoemd. De strekking van de antwoorden wordt hier beknopt weergegeven. De letterlijk gegeven antwoorden en het aantal keer dat eenzelfde soort overweging is genoemd zijn opgenomen in Bijlage 3.

#### **Consequenties van 'gaan werken'**

Er zijn 30 verschillende soorten consequenties van 'gaan werken' genoemd. Het meest gegeven antwoord (13x) had betrekking op de collega's en het werken in een team, gevolgd door het ervaren van een hoge werkdruk (9x), leuk vinden om met patiënten om te gaan (7x), zichzelf door werken te kunnen ontwikkelen en ontplooiën (7x). Overige

antwoorden hadden bijvoorbeeld betrekking op de werksfeer, het werkoverleg, invallen voor zieke collega's, weinig of juist veel verantwoordelijkheid in het werk hebben (alle 6x genoemd). Voor de overige antwoordcategorieën wordt naar Bijlage 3 verwezen.

### **Consequenties van 'niet gaan werken'**

Zeven verschillende soorten consequenties van het niet gaan werken zijn genoemd. Deze zijn: het extra belasten van collega's (10x), het werk blijft liggen (9x), uit kunnen rusten en slapen (6x), kunnen herstellen, beter worden (4x), belangstelling van collega's ontvangen (3x), er wordt gebeld wanneer men weer komt werken (2x) en afspraken met patiënten kunnen niet doorgaan (2x).

### **Subjectieve sociale normen**

Hier zijn in totaal 14 referentiepersonen of -groepen genoemd. Bijna alle respondenten noemden de 'mensen van mijn afdeling' (19x), gevolgd door 'mensen in mijn privé-omgeving' (9x), echtgenoot (4x) en echtgenote (2x), kennissen (2x), de organisatie (2x), de directe leidinggevende (3x) en 'thuis' bestaande uit ouder(s) (3x). Tot slot werden door éénmaal genoemd: de bedrijfsarts en 'de kinderen'. De opvattingen van deze anderen over ziekmelden versus gaan werken varieerden met de redenen voor een ziekmelding; deze werden opengelaten in de interviews.

### **Zelfeffectiviteit**

Er zijn 11 soorten redenen gegeven waardoor men het moeilijk vond om te gaan werken. Deze waren: bij problemen thuis (6x), bij (collegiale) spanningen op het werk (5x), bij drukte op de afdeling (5x), wanneer men moe is (5x), als patiënten gespannen zijn (4x), als je je zin niet krijgt (bijvoorbeeld gewenste vrije dag) (3x), wanneer het op de afdeling slecht geregeld is (3x), als het mooi weer is (2x), als de vakantie net voorbij is (2x), als er veel invalkrachten zijn (2x) en wanneer veel vergaderd wordt (2x).

Twee categorieën antwoorden zijn gegeven op de vraag om welke redenen men het moeilijk vindt om zich ziek te melden. Deze zijn: dat collega's daarvoor moeten opdraaien, zich ziekmelden wanneer men weet dat ook andere collega's ziek zijn (8x) en dat werk blijft liggen en werk later ingehaald moet worden (bijvoorbeeld slecht voor therapeutische relaties) (3x).

### **Barrières**

Twee hoofdgroepen van barrières bestaan uit: ziekte in het gezin (bijvoorbeeld vrouw ziek, kind ziek) (4x) en problemen met vervoer (5x). Drie antwoorden werden ieder een keer genoemd: schoonvader ernstig ziek, ziekte van goede vrienden en kinderopvang.

Op basis van de overwegingen die door meerdere respondenten zijn genoemd, werden

stellingen geformuleerd. Voor de antwoorden met betrekking tot de subjectieve sociale norm en de barrières gold dat ook op basis van de antwoorden die slechts één keer voorkwamen vragen of uitspraken geformuleerd werden. Vervolgens zijn deze 'uitspraken' tot een experimentele vragenlijst bewerkt, aan welke voorts een aantal biografische vragen en, analoog aan Ajzen en Madden (1986), een aantal zogenaamde 'direkte' of rechtstreekse vragen naar de attitude, sociale norm en waargenomen zelfeffectiviteit ten aanzien van ziekmelden of werken (de zogenaamde 'global measure'), is toegevoegd. Aangezien in Studie 2 van het vooronderzoek de vragenlijst als meetinstrument wordt getoetst, wordt deze daar verder besproken.

#### **1.4. Discussiepunten**

Naar aanleiding van de interview-ronde waren geen bijzonderheden te melden. De werknemers die tot de steekproef hoorden zijn pas tijdens het interview mondeling met de vragen geconfronteerd. Omdat men wellicht verrast zou kunnen zijn door het soort vragen dat gesteld werd (men weet slechts dat men gevraagd is een aantal vragen in het kader van een ziekteverzuimonderzoek te beantwoorden en verwacht mogelijk geheel andere vragen), is aan de geïnterviewden gevraagd of zij eventuele opmerkingen die hen na het interview alsnog te binnen zouden schieten alsnog wilden doorgeven. Er zijn geen aanvullingen gegeven op de reeds gegeven antwoorden.

Het is wel zo, dat bij het uitwerken van de antwoorden het 'ziekmelden' naast het 'gaan werken' als afhankelijk gedrag is beschouwd, en bijvoorbeeld niet: het door omstandigheden die mogelijk tot een ziekmelding hadden geleid 'later komen' (of andere vormen van arbeidsverzuim) of onverwachts een 'vrije dag' opnemen. Aanleidingen tot deze gedragingen zijn niet meegenomen in het uitwerken van de interviews. Dat het wellicht toch een interessante optie zou zijn geweest om de afhankelijke gedragsmaten niet strikt tot het ziekmelden of niet ziekmelden te beperken, blijkt uit de in hoofdstuk II besproken meta-analyses van Sheppard, Hartwick en Warshaw (1988). Deze constateerden dat bij de studies op het gebied van de theorie van beredeneerd gedrag de verklaarde variantie aanzienlijk toeneemt wanneer men een keuze kan maken uit meerdere gedragsalternatieven, in plaats van wanneer er slechts sprake is van een dichotome afhankelijke variabele, in dit geval: ziekmelden of niet, dan wel gaan werken of niet.

## **2. Studie 2**

In dit deel van het vooronderzoek is de vragenlijst, die gebaseerd is op de resultaten van de interviews, ontwikkeld en getest. Doelstelling van de proefafname was het verkrijgen

van informatie op grond waarvan een betrouwbaar en valide meetinstrument voor het hoofdonderzoek ontwikkeld kon worden. Het toetsen van (een deel van) het onderzoeksmodel, voor zover de vragenlijst inmiddels al uit betrouwbare delen zou blijken te bestaan, vormde een nevendoelelstelling.

De resultaten van de interviews vormden het uitgangspunt voor de vragenlijstconstructie. In overeenstemming met de weergave door de meeste Nederlandse onderzoekers (Kok & Oostveen, 1987; De Vries, 1988; Kok, De Vries, Mudde & Strecher, 1991) en in tegenstelling tot het model van Fishbein en Ajzen, werd aanvankelijk een aparte plaats in het model toebedacht aan eventuele externe barrières. De barrières, gedefinieerd als onvoorziene gebeurtenissen waardoor men uiteindelijk niet in staat is een gedragsintentie in de gedraging om te zetten, zouden ondanks een gedragsintentie de uitoefening van het gedrag kunnen belemmeren. De in de interviews verkregen antwoorden, zoals de gebeurtenis dat een familielid ziek is of dat men niet over kinderopvang beschikt, lijken een plotselinge noodzaak te kunnen vormen om zich ziek te melden.

Aangezien de intentie twee gedragingen betreft zijn de overwegingen, de evaluaties, de attitude, de subjectieve sociale norm en de zelfeffectiviteit eveneens tweeledig, namelijk betreffende het gedrag 'werken' en het gedrag 'ziekmelden'.

Achtereenvolgens komen hieronder de vraagstellingen (§ 2.1), procedure (§ 2.2), resultaten (§ 2.3) en discussie (§ 2.4) aan bod.

## **2.1. Vraagstellingen**

Naast de vraag naar betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst zijn de volgende vragen onderzocht als een voorlopige verkenning van de vraagstellingen in het hoofdonderzoek:

1. Wat is het verband tussen de overwegingen, evaluaties en som van de combinatie van beide enerzijds en de attitude anderzijds?
2. Wat is de relatie tussen de attitude en de intentie tot ziekmelden of werken?
3. Wat is de relatie tussen de subjectieve sociale normen en de intentie tot ziekmelden of werken?
4. Wat is de relatie tussen de zelfeffectiviteit en de intentie tot ziekmelden of werken?
5. In hoeverre leveren de attitude, subjectieve sociale norm en zelfeffectiviteit een onafhankelijke bijdrage aan het verklaren van de intentie tot ziekmelden of werken?

Omdat het vooronderzoek tot doelstelling had het ontwikkelen van de vragenlijst voor het uiteindelijke onderzoek, is het uiteindelijk verzuimgedrag, waarvan de gegevens pas na een jaar beschikbaar gekomen zouden zijn, niet in het vooronderzoek betrokken. Vandaar dat ook de invloed van de barrières op de relatie tussen gedragsintentie en uiteindelijk gedrag

niet in een vraagstelling kon worden opgenomen; wel is getracht operationalisaties van de barrières te ontwikkelen ten behoeve van het hoofdonderzoek.

## 2.2. Methode

### 2.2.1. Procedure

Om de uitvoering van het hoofdonderzoek op een later tijdstip niet te belemmeren, heeft de proefafname van de vragenlijst plaatsgehad in een instelling voor geestelijk gehandicapten. Deze instelling is gehuisvest op hetzelfde terrein als het algemeen psychiatrisch ziekenhuis en maakte tot 1991 deel uit van eenzelfde overkoepelende stichting. Van bepaalde behandelactiviteiten, zoals arbeids- en bezigheidstherapie, wordt bijvoorbeeld nog gelijktijdig door de bewoners van zowel het algemeen psychiatrisch ziekenhuis als het centrum voor geestelijk gehandicapten gebruik gemaakt. De organisatie telt 181 werknemers en bestaat uit een dertiental woongroepen voor geestelijk gehandicapten op het terrein, een achttal sociowoningen verspreid in de omgeving, ondersteunende en voorwaardenscheppende diensten, zoals een staf, een begeleidingsteam (o.a. psychomotorische en fysio- en ergotherapie) en een huishoudelijke dienst.

Het onderzoek werd mondeling en schriftelijk geïntroduceerd in de beleidsgroep en de hoofdenvergadering; benadrukt werd dat het onderzoek het ontwikkelen van de vragenlijst tot doel had en dat de medewerkers, naast het invullen van de vragenlijst, tevens gevraagd zouden worden hun mening te geven over de vragenlijst zelf. Medewerkers die op het moment van het onderzoek langdurig ziek waren hebben de vragenlijst via hun afdelingshoofd ontvangen. In het begeleidend schrijven werd het onderzoek kort uiteengezet en werden anonimiteit en vertrouwelijkheid verzekerd. De groep van respondenten is als volgt samengesteld: 90 respondenten zijn werkzaam in de verpleging en verzorging (respons: 61% van 147 personen), 6 respondenten zijn afkomstig uit de begeleidingsgroep, zoals psychomotorisch therapeuten, fysiotherapeuten (respons: 86% van 7 personen), 4 respondenten hebben een huishoudelijke functie (respons: 20% van 20 personen) en alle 7 stafleden (respons: 100%) vulden de vragenlijst in. De totale respondentengroep bestaat uit 107 personen: de respons over de gehele instelling is 60%. Geconcludeerd wordt dat de betrokkenheid van de mensen werkzaam in de huishoudelijke dienst bij het onderzoek laag is.

#### *Kenmerken van de onderzoeksgroep*

De 107 werknemers die de vragenlijst retourneerden waren 73 vrouwen en 30 mannen (68% respectievelijk 28% van de respondenten, vier respondenten lieten deze vraag onbeantwoord). De gemiddelde leeftijd lag tussen 31 en 35 jaar. Achttien procent had een leidinggevende functie en 57% had een full-time dienstverband. Het aantal jaar dat men in

dienst van de instelling was bedroeg gemiddeld negen jaar, waarvan men gemiddeld genomen vier jaar werkzaam was op de huidige afdeling. Het aantal ziekmeldingen in het vorig jaar (12 maanden voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst) bedroeg, naar eigen zeggen, gemiddeld bijna twee keer (1,8). Het totaal aantal dagen dat men ziek was in die periode lag, volgens eigen opgave, gemiddeld genomen op zes dagen.

### 2.2.2. *Operationalisaties*

Van de onderzoeksvariabelen behorende bij de theorie van gepland gedrag wordt aangegeven op welke wijze ze in de vragenlijst zijn opgenomen. De meeste variabelen uit het onderzoeksmodel (attitude, sociale norm en zelfeffectiviteit) zijn op rechtstreekse wijze en op basis van overwegingen geoperationaliseerd. Daarna worden de resultaten van analyses over betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst beschreven<sup>15</sup>.

Hoewel volgens de theorie van gepland gedrag de vragen over de verschillende variabelen in het model moeten overeenstemmen (corresponderen) wat betreft de tijd, situatie, handeling en plaats van handeling, was daarvan niet altijd sprake in deze studie. Bij de formulering van de vragen naar de overwegingen en naar de attitude werd niet altijd expliciet verwezen naar identieke situaties. Beide gedragingen waarop de attitude en overwegingen betrekking hebben, het werken of het ziekmelden, werden wel steeds eenduidig benoemd en in de kopteksten opgenomen, bijvoorbeeld: 'De volgende uitspraken gaan over wat de gevolgen zijn als u zich ziekmeldt' (voor de waargenomen consequenties van ziekmelden), en 'Als u zich niet 100% fit voelt kunt u twijfelen of u wel of niet gaat werken: Wat vindt u in zo'n geval van een ziekmelding' (als attitude tegenover ziekmelden). We zien echter dat in de formulering van de vraag naar de attitude een conditie werd genoemd ('Als u zich niet 100% fit voelt, etc..'), welke niet als zodanig werd genoemd in de vragen naar de consequenties van ziekmelden.

Een ander voorbeeld van gebrek aan correspondentie is dat in de vragen naar de intentie de periode van een jaar werd genoemd, maar in de vragen naar de overwegingen bij mogelijke consequenties van een ziekmelding geen tijdaanduiding was vermeld. Volledige correspondentie bleek echter moeilijk te bewerkstelligen, omdat er vele herhalingen voorkomen die enerzijds veel leeswerk met zich meebrengen en anderzijds de vragenlijst onduidelijk maken en gekunsteld doen overkomen. In hoofdstuk IV, bij de beschrijving van de definitieve vragenlijst, komen we hier nog op terug.

Aangevuld met vragen naar demografische gegevens van de respondent, die relevant zijn gebleken in het kader van verzuimonderzoek, zoals geslacht, leeftijd, dienstjaren, functie, afdeling en deeltijdfactor (o.a. Smulders, 1984b; Grosfeld, 1988; Klein-Hesselink et al., 1993), werden de variabelen als volgt in de testvragenlijst opgenomen.

<sup>15</sup> Bij de frequentie-verdelingen is als norm gehanteerd dat het item behouden blijft indien niet meer dan 80% van het totale aantal respondenten hetzelfde antwoord geeft.

### 1. Eerder vertoonde verzuimgedrag

Dit betreft het verzuimgedrag, door de respondent zelf weergegeven in aantal ziekmeldingen en totaal aantal verzuimde dagen, over het jaar voorafgaand aan het moment waarop men de vragenlijst invult. De termijn van een jaar is gebaseerd op mogelijke seizoensgebonden verzuimoorzaken (zie Allegro & Veerman, 1990). Daarnaast is er een voorkeur vanwege statistische redenen (o.a. scheefheid) om de periode van één jaar te hanteren (Hammer & Landau 1981; Harrison & Hulin 1989; Tharenou, 1993).

De gemiddelden van de gerapporteerde meldfrequentie en het aantal verzuimde dagen kwamen redelijk overeen met de gemiddelden van de ziekteverzuimregistratie. Hoewel bijvoorbeeld de respons van het huishoudelijk personeel laag is, een categorie die een gemiddeld hoog verzuimpercentage heeft, was de weergave toch betrouwbaar. Besloten is om deze vragen in de uiteindelijke vragenlijst te handhaven, ondanks het subjectieve en mogelijk sociaal wenselijke karakter ervan. Een bijkomstigheid is dat, door deze vragen direct na de personalia op de eerste pagina van de vragenlijst te stellen, de respondent wordt herinnerd aan diens ziekmeldingen van het afgelopen jaar. Dit vormt een goed kader voor de daarop volgende vragen, die betrekkingen hebben op de overwegingen bij de consequenties van ziekmelden.

### 2. Overwegingen bij en evaluaties van gedragsconsequenties

Onder de overwegingen wordt verstaan: de opvattingen over de consequenties die men verwacht door uitoefening van het gedrag, ofwel de te verwachten voor- en nadelen van het betreffende gedrag. De gedragsconsequenties die in de interviews meer dan één keer zijn genoemd werden alle in de vragenlijst opgenomen. De antwoorden werden weergegeven op 5-punts-schalen, variërend van 'geheel mee eens' tot 'geheel mee oneens'. Op die manier werd de zogenaamde 'beliefssterkte' gemeten.

Tevens werd gevraagd naar de evaluatie van elke gedragsconsequentie door de respondent aan te laten geven in hoeverre men de gedragsconsequentie aangenaam of belangrijk vindt. De antwoordmogelijkheden bestonden uit een 5-punts-schaal. De keuze van de bijvoeglijke naamwoorden 'aangenaam' en 'belangrijk' werd gemaakt op grond van de inhoud van de items. Bijvoorbeeld: het aangeven van hoe "aangenaam" men het vindt om zich 'verder te ontwikkelen' of om zich 'te vervelen' nodigt uit tot sociaal wenselijke antwoorden. Er is daarom de voorkeur aan gegeven om deze items naar de mate van "belangrijkheid" te laten scoren.

#### *Items over 'gaan werken'*

Bij de (31) items over overwegingen om te gaan werken werden geen scheef verdeelde antwoorden aangetroffen; er werden daarom geen items geëlimineerd. Een factor-analyse gaf echter een tweedeling aan: de items met de antwoordcategorieën 'heel onaangenaam' versus 'heel aangenaam' laadden op de eerste factor, terwijl de items met de antwoord-

categorieën 'heel onbelangrijk' versus 'heel belangrijk' op een tweede factor laadden. De twee soorten antwoordcategorieën (aangenaam en belangrijk) vormen kennelijk geen homogene, samenhangende groep van evaluaties.

Ook de combinaties van overwegingen en evaluaties laadden, met een enkele uitzondering, afhankelijk van het hanteren van '(on)belangrijk' of '(on)aangenaam' op twee verschillende factoren. Hoewel gekozen uit het oogpunt van sociale wenselijkheid, was de keuze van de antwoordcategorie 'belangrijk' als evaluatie achteraf gezien vanuit het model van gepland gedrag minder gelukkig: naar evaluaties moet worden gevraagd in termen van plezierig, aangenaam e.d. Uit de gemiddelden van de evaluatieve items bleek bovendien dat de respondenten zeer homogeen reageerden wat de betreffende evaluaties betreft: alle items met de antwoorden 'heel belangrijk' versus 'heel onbelangrijk' scoorden gemiddeld hoger dan 4, terwijl de gemiddelde score op alle vragen met de antwoordmogelijkheid 'heel aangenaam' versus 'heel onaangenaam' lager dan 2,7 was (met uitzondering van 4 items). Besloten werd om de evaluaties en daarmee ook de produktvariabelen van overwegingen en evaluaties buiten beschouwing te laten. De verdere analyses in Studie 2 betreffen alleen de overwegingen.

#### *Items over ziekmelden*

Ook voor de overwegingen ten aanzien van ziekmelden geldt, dat om dezelfde redenen als hierboven bij de evaluaties van 'gaan werken' slechts de overwegingen in de analyses zijn betrokken. Er zijn geen scheef verdeelde items.

Op basis van item-totaalcorrelaties en de Cronbach's betrouwbaarheden zijn ten aanzien van de overwegingen om te gaan werken de volgende schalen geconstrueerd: een schaal die globaal satisfactie meet (8 items,  $\alpha = .85$ ), een schaal met betrekking tot werkdruk (4 items,  $\alpha = .65$ ), en een schaal betreffende de sfeer binnen een afdeling (2 items,  $\alpha = .62$ ). Deze drie schalen bestaan uit de variabelen die laadden op drie factoren, welke gezamenlijk tenminste 26% van de variantie binnen overwegingen om te gaan werken verklaarden. Dit percentage is laag, waardoor aan de items die in de schalen zijn opgenomen (geselecteerd op basis van de factoranalyse) nieuwe items in het hoofdonderzoek toegevoegd zouden moeten worden. Om redenen die later aan bod komen is echter besloten de afhankelijke variabele 'gaan werken' niet langer in het onderzoek te betrekken, maar het onderzoek te beperken tot het verklaren van het ziekmelden.

De factoranalyse over de overwegingen ten aanzien van ziekmelden leverde twee factoren op: één die te maken heeft met de gevolgen van ziekmelden op *het werk*, en één die te maken heeft met gevolgen van ziekmelden voor *de respondent* zelf. Omdat de schalen niet betrouwbaar waren (gevolgen werk:  $\alpha = .50$ , gevolgen respondent:  $\alpha = .53$ ), zijn in het hoofdonderzoek aan beide schalen items toegevoegd.



### 3. Attitude

Het is in de onderzoeken van Fishbein en Ajzen gebruikelijk de attitude met behulp van een semantische differentiaal te meten. Hiervoor werden voor het werken of ziekmelden acht dezelfde (bipolaire) evaluaties van ziekmelden respectievelijk gaan werken in de vragenlijst opgenomen. Voorbeelden zijn: 'ziekmelden / elke dag gaan werken is nuttig of nutteloos', en 'elke dag gaan werken / ziekmelden is prettig versus onprettig'. De antwoordmogelijkheden bestonden ditmaal uit 7-punts-schalen (van een zeer positieve tot zeer negatieve associatie bij werken dan wel ziekmelden). Een factoranalyse over de directe meting van de attitude ten aanzien van het elke dag gaan werken of zich ziekmelden, had tot resultaat dat beide schalen elk weer uiteen vielen in twee schalen. Zowel ten aanzien van werken als ten aanzien van ziekmelden ontstond een soort affectieve schaal, met vier items: werken/ziekmelden is '*aantrekkelijk*', '*prettig*', '*leuk*' en '*belonend*'

( $\alpha = .91$  resp.  $\alpha = .86$ ) en een schaal, die een meer rationele houding betrof: werken is '*goed*', '*verstandig*', '*goed voor mij*', en '*nuttig*' ( $\alpha = .89$  resp.  $\alpha = .91$ ). Op inhoudelijke grond is de laatste schaal uit de lijst verwijderd: hiermee werd een soort waarde-oordeel gemeten over werken in het algemeen, als vergelijking met de situatie dat men geen werk heeft. Zoals al even genoemd kwam in het hoofdonderzoek het 'gaan werken' als afhankelijke variabele te vervallen. In de uiteindelijke vragenlijst werd de attitude ten aanzien van ziekmelden gemeten door middel van de vraag in hoeverre men ziekmelden acceptabel dan wel niet acceptabel vindt. Daarbij werden zeven verschillende situaties genoemd als context waarin men zich zou kunnen ziekmelden. Gevraagd werd naar iemands attitude jegens ziekmelden, gegeven de genoemde situatie. Bijvoorbeeld: in hoeverre vindt u een ziekmelding acceptabel dan wel niet acceptabel, wanneer u zich niet helemaal fit voelt, of: wanneer u gewoon even iets leuks wilt doen, of: wanneer u zich beroerd voelt.

### 4. Subjectieve sociale norm

De meningen van een ander over het gedrag in kwestie en de mate waarin iemand zich iets van de mening van die ander aantrekt vormen samen de subjectieve sociale norm. Specificatie van 'de ander' was op grond van de interviewgegevens tot stand gekomen. De vragen hoe een ander over het gedrag oordeelt en in hoeverre de respondent zich iets van de mening van die ander aantrekt werden voor zowel gaan werken als ziekmelden in de vragenlijst opgenomen. Het produkt van beide variabelen geeft de waarschijnlijkheid weer waarmee een beslissing beïnvloed wordt door de mening van anderen. Gevraagd werd bijvoorbeeld: "De volgende personen vinden dat ik kost wat kost moet gaan werken", waarna zeven referentiepersonen volgden (collega's, partner e.d.), en "In welke mate trekt u zich, in het algemeen, iets aan van de mening van...", gevolgd door dezelfde zeven referentiepersonen. Beide antwoorden werden weergegeven op een 5-punts-schaal.

Zowel de meting van de normatieve opvattingen van anderen ten aanzien van het gaan werken (7 items, elk bestaande uit een referentiepersoon) als ten aanzien van het zich ziek

melden (dezelfde 7 items) laadden in een factoranalyse op twee factoren. Voor beide vormde zich een factor van vier items in de privé-omgeving (werken:  $\alpha = .81$  en ziekmelden:  $\alpha = .79$ ). Tevens vormde zich een factor, bestaande uit drie items, die voor de respondent de werkomgeving vormde (werken:  $\alpha = .87$  en ziekmelden:  $\alpha = .92$ ). De twee factoren ten aanzien van werken verklaarden tezamen 76.3% van de variantie, de factor ten aanzien van ziekmelden op zich 77.5%.

De op basis van de factoren geconstrueerde schalen bevatten weliswaar een gering aantal items, maar leken toch een volledige verzameling van referentiepersonen te bevatten (deze personen werden bij de interviews genoemd). Er was geen aanleiding om extra personen, van wie een normatieve invloed verwacht mag worden, aan de vragenlijst toe te voegen. Dit veranderde niet als gevolg van het weglaten van het 'gaan werken' als afhankelijke variabele.

### 5. Zelfeffectiviteit

Met ziekmelden als afhankelijke variabele ontstaat een wat onwerkelijke omschrijving van zelfeffectiviteit, namelijk: in hoeverre verwacht men dat men zich ziek kan melden. Vandaar dat het toevoegen van een specifieke situatie, waarin het gedrag uitgevoerd zou moeten, een noodzakelijke aanvulling is. Een voorbeeld luidt dan: "In hoeverre acht je jezelf in staat je ziek te melden als je weet dat je collega's daardoor harder moeten werken", of: "...als je weet dat er dan afspraken met patiënten moeten worden afgezegd". Andersom, met betrekking tot het gaan werken, kan de vraag bijvoorbeeld luiden: "In hoeverre ben je in staat te gaan werken als je in de laatste dagen van een lange dienst zit", of: "... als je thuis een ziek kind hebt".

Analoog aan Ajzen en Madden (1986) was aan de hand van 'control beliefs' naar de zelfeffectiviteit gevraagd. Daartoe werden een aantal situaties, zoals hierboven zijn genoemd, aan de respondent voorgelegd, waarbij gevraagd werd in hoeverre deze, gegeven de genoemde situatie, verwachtte in staat te zijn om te gaan werken, of om zich ondanks de gegeven situatie ziek te melden. De genoemde situaties waren verkregen uit de interviews.

Daarnaast werden ook zes rechtstreekse vragen opgenomen over de zelfeffectiviteit, waarin men gevraagd werd aan te geven of men in staat is 'elke dag te gaan werken', of 'zichzelf ziek te melden' (bijvoorbeeld: 'als ik het echt wil kan ik elke dag gaan werken' respectievelijk 'ik vind het voor mijzelf moeilijk om mij ziek te melden'). Voor alle vragen werd wederom een 5-punts-schaal toegepast.

Er werden geen items verwijderd op grond van scheve verdeling bij de frequentie-analyse. Voor de zelfeffectiviteit met betrekking tot gaan werken ontstonden na een factoranalyse drie schalen: situaties die zich binnen het werk voor kunnen doen (6 items;  $\alpha = .84$ ), aanleidingen of problemen thuis, zoals een ziek familielid (3 items;  $\alpha = .74$ ), en bij vermoeidheid van de respondent (3 items;  $\alpha = .62$ ). De drie factoren verklaarden

tezamen 63.9% van de variantie. De rechtstreekse vragen zijn onbetrouwbaar gebleken: (3 items;  $\alpha = .34$ ). De op de 'control beliefs' gebaseerde meting van de zelfeffectiviteit ten aanzien van ziekmelden vormde een betrouwbare schaal (3 items;  $\alpha = .72$ ). De rechtstreekse vragen vormden geen betrouwbare schaal (3 items;  $\alpha = .23$ ).

Omdat de schaal van de zelfeffectiviteit ten aanzien van ziekmelden uit slechts 3 items bestaat werden in de vragenlijst voor het hoofdonderzoek meerdere items opgenomen. Twee schalen met betrekking tot de zelfeffectiviteit om 'te gaan werken', namelijk bij problemen thuis en bij klachten van vermoeidheid, bleven met enige aanvullende items gehandhaafd in het hoofdonderzoek; wanneer de zelfeffectiviteit om te gaan werken laag is in deze situaties, is de kans op een ziekmelding immers aanwezig. De rechtstreeks geformuleerde vragen naar zelfeffectiviteit waren te algemeen van karakter, zodat ze weinig informatie opleverden over het in staat zijn te gaan werken versus zich ziek te melden. Besloten werd om deze rechtstreekse meting in het hoofdonderzoek te laten vervallen.

## 6. Intentie

De gedragsintentie om elke dag te gaan werken werd bepaald door de mate van instemming (5-punts-schaal) met de volgende drie uitspraken: "Ik zal me het komende jaar waarschijnlijk niet ziekmelden", "Het is mijn voornemen me het komende jaar niet ziek te melden" en "Het komende jaar zal ik mij ... dagen ziekmelden". Ongeveer dezelfde uitspraken werden gedaan voor de intentie tot ziekmelden. Tevens werd via een 'open' vraag de respondenten gevraagd een schatting te geven van het aantal dagen dat men komend jaar afwezig denkt te zijn op grond van een ziekmelding. In termen van Sheppard, Hartwick en Warshaw (1988) wordt de intentie opgevat als een verwachting.

De intentie ten aanzien van het elke dag gaan werken werd gemeten door middel van drie items welke, indien zij tot schaal werden gecombineerd een betrouwbaarheid opleverden van  $\alpha = .75$ . De schaal waarmee de intentie tot ziekmelden werd gemeten bestond ook uit drie items ( $\alpha = .69$ ). De operationalisaties van zowel werken als ziekmelden in het vooronderzoek sloten echter niet aan bij de belevingswereld van de respondent, getuige de evaluatie van de vragenlijst door de respondenten. De formuleringen van de vragen, zoals "ik zal mij het komende jaar wel eens ziekmelden", lagen te ver verwijderd van de wijze waarop ziekteverzuim normaliter wordt opvat. Zoals bij de attitude reeds werd aangegeven leiden diverse soorten verzuimoorzaken wellicht wel tot keuzes, waarvoor men in het dagelijks leven wordt gesteld. Door naar de verschillende achtergronden bij een intentie tot ziekmelden te vragen kon een dimensie worden aangebracht, die de legitimiteit van het verzuim, in dit onderzoek wit, grijs en zwart verzuim, weergaf. Voor het hoofdonderzoek werden nieuwe vragen naar de intentie tot ziekmelden worden geformuleerd.

### 7. Barrières

Een externe barrière bestaat uit een oorzaak of reden, buiten de persoon zelf, die onverwachts optreedt en die ertoe leidt dat men, ondanks het bestaan van een gedragsintentie, uiteindelijk toch niet tot het uitvoeren van het gedrag overgaat.

Op grond van in de interviews verkregen antwoorden, bij uitzondering ook die slechts één keer zijn genoemd, werd een vijftal redenen in de vragenlijst (5-punts-schaal) genoemd, die een ziekmelding in de hand kunnen werken terwijl er geen sprake is van een intentie tot ziekmelden. Hoewel men de intentie heeft om naar het werk te gaan, wordt het plotse-ling onmogelijk de intentie in gedrag om te zetten, zodat men zich uiteindelijk onverwacht ziekmeldt. Andersom lijkt het feit dat een intentie tot ziekmelden aanwezig is, die door een plotselinge oorzaak niet in uiteindelijk verzuimgedrag wordt omgezet, wat minder voor de hand te liggen. Theoretisch zou het zich uiteindelijk toch niet ziekmelden door het optreden van een barrière, bijvoorbeeld door afwezigheid van een telefoon, mogelijk zijn, maar de kans dat men dan ook werkelijk naar het werk komt is een denkbeeldige.

De antwoorden op de vijf vragen naar de mate van voorkomen van een barrière waren zonder uitzondering scheef verdeeld. Deze zijn verwijderd. Voor verder commentaar bij het verwijderen van de barrières wordt verwezen naar de conclusie en discussie.

### 8. Verzuimgedrag

Vergelijkbaar met het eerder vertoonde gedrag, dat in kaart gebracht werd door het aantal ziekmeldingen en het totaal aantal verzuimde dagen per werknemer gedurende één jaar, zou het afhankelijk gedrag als laatste variabele in het model opgenomen moeten worden. Deze variabele viel echter om praktische redenen, zoals het gegeven dat de verzuimcijfers pas een jaar na afname van de vragenlijst beschikbaar waren, buiten de vraagstellingen van het vooronderzoek. De operationalisatie van deze variabele wordt later, bij de beschrijving van het hoofdonderzoek in hoofdstuk IV, toegelicht.

#### *2.2.2.1. Aanpassing van de vragenlijst*

Bovenstaande bevindingen geven aan in welk opzicht de vragenlijst ten behoeve van het hoofdonderzoek gewijzigd moest worden. Tevens was een extra vraag aan de enquête toegevoegd, waarin de respondenten was gevraagd eventuele op- en/of aanmerkingen bij de vragenlijst weer te geven. Deze hebben geleid tot de volgende veranderingen in de vragenlijst voor het hoofdonderzoek.

De meest structurele verandering hield in dat de onderzoeksvraag verder werd afgebakend, door het weglaten van het gedrag 'gaan werken' als te verklaren variabele. Het bleek voor de respondenten lastig te zijn om een groot aantal nagenoeg gelijklopende vragen te moeten beantwoorden, die enerzijds betrekking hebben op naar het werk gaan en anderzijds op het zich ziekmelden. Van Breukelen (1989) waarschuwt ook voor een ogenschijnlijke compensatie van twee gedragsvarianten, namelijk als je gaat werken meld je je dus

niet ziek, en andersom: als je je ziekgemeld hebt, ga je dus niet werken. Omdat wij in eerste instantie geïnteresseerd zijn in het proces, voorafgaand aan een ziekmelding, is besloten alleen het ziekmelden en ziekteverzuim als het te onderzoeken gedrag te beschouwen. Verondersteld wordt immers ook dat geheel andere factoren ten grondslag kunnen liggen aan 'gaan werken', en dat afwezigheid van die factoren zeker niet automatisch tot ziekteverzuim leidt (Smulders, 1980; Van Breukelen, 1989).

Aangezien een aantal in het werk gelegen factoren wel het ziekmeldingsproces kunnen beïnvloeden, is er voor gekozen om deze als zogenaamde **externe factoren** in het onderzoek op te nemen. Verwacht wordt dat deze externe factoren niet rechtstreeks een gedragsintentie beïnvloeden, maar via de attitude, sociale norm of zelfeffectiviteit bijdragen aan het ontstaan van een intentie (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1988). De schalen van de externe factoren werden op grond van de analyses van het vooronderzoek gevormd.

De overige wijzigingen bestonden uit het aanvullen van de vragen ter operationalisatie van het ziekmeldingsproces met een aantal nieuwe items. De zelfeffectiviteit is als uitzondering nog wel tweeledig in het onderzoek opgenomen. De zelfeffectiviteit met betrekking tot naar je werk gaan onder bepaalde, nader gespecificeerde, omstandigheden, kan beschouwd worden als een soort 'facilitator' om zich ziek te melden. De eerder gebruikte schaal van diverse negatief ervaren werkomstandigheden en de zelfeffectiviteit om desondanks toch naar je werk te gaan is als beschrijving van het werk, als externe factor, in het hoofdonderzoek opgenomen. De zelfeffectiviteit ten aanzien van het ziekmelden kan worden opgevat als het kunnen realiseren van een ziekmelding, terwijl de persoon in kwestie daarvoor bepaalde 'interne barrières' moet overwinnen (in tegenstelling tot de faciliterende omstandigheden om niet te gaan werken, bijvoorbeeld wanneer een familielid ziek is e.d.). Een voorbeeld hiervan is dat men zich ten opzichte van de collega's bezwaard kan voelen bij een ziekmelding.

De vragenlijst die uiteindelijk in het hoofdonderzoek werd gebruikt, is opgenomen als Bijlage 4. Een verdere beschrijving wordt gegeven in hoofdstuk IV.

### 2.3. Resultaten

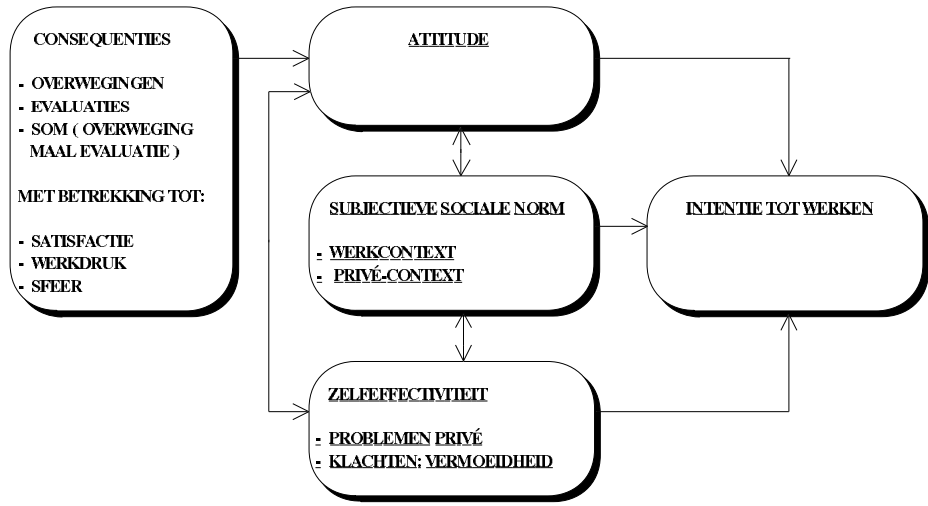
Hoewel de uiteindelijke vragenlijst in een aantal opzichten gewijzigd werd omdat niet alle operationalisaties geschikt werden bevonden, is op basis van de voorlopige vragenlijst een analyse over het onderzoeksmodel uitgevoerd. Dit is gebeurd met zowel 'de intentie tot werken' alsook met 'de intentie tot ziekmelden' als afhankelijke variabelen (kanttekening hierbij is dat de operationalisaties van ziekmelden en werken redelijk betrouwbaar waren, maar dat de proefpersonen aangaven dat de geformuleerde vragen over het algemeen niet in overeenstemming waren met de dagelijkse gang van zaken).

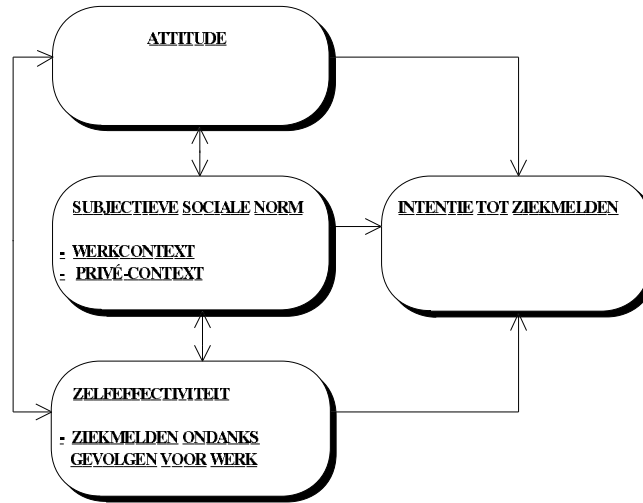
Op grond van factoranalyses waren een aantal schalen voor de twee gedragsvarianten

'gaan werken' en voor 'ziekmelden' gevormd. Deze kunnen als volgt in de onderzoeksmodellen voor 'gaan werken' en voor 'ziekmelden' als te verklaren gedragingen worden geplaatst (Figuur 2A respectievelijk Figuur 2B).

Figuur 2A. Voorlopig onderzoeksmodel voor 'gaan werken' (gebaseerd op Ajzen & Madden 1986; Ajzen 1988)

Figuur 2B. Voorlopig onderzoeksmodel voor ziekmelden (gebaseerd op Ajzen & Madden, 1986; Ajzen, 1988)







De intercorrelaties tussen de verschillende onafhankelijke variabelen zijn voor 'gaan werken' in Tabel 2 en voor 'ziekmelden' in Tabel 3 weergegeven.

Tabel 2 laat zien dat er een redelijk sterke relatie bestaat tussen overwegingen met betrekking tot de sfeer en die met betrekking tot arbeidssatisfactie. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat beide een bepaalde vorm van tevredenheid inhouden. Daarnaast bestaat er een redelijke samenhang tussen de attitude in het algemeen en de satisfactie.

*Tabel 2. Intercorrelaties tussen de onafhankelijke variabelen voor werken (N= 72)*

	1	2	3	4	5	6	7
1. Attitude	-						
Overwegingen							
2. satisfactie	.49**	-					
3. werkdruk	-.37**	-.13	-				
4. sfeer	.27**	.50**	-.07	-			
Subjectieve sociale norm							
5. privé	.32**	.15	-.35*	.19	-		
6. werk	.25	-.09	-.29*	.03	.59**	-	
Zelfeffectiviteit							
7. problemen privé	.19	.12	-.09	.11	.26	.22	-
8. vermoeidheid	.34*	.21	-.28*	.23	.39**	.11	.35**

(\* p <.01; \*\* p <.001)

De correlaties tussen de verschillende onafhankelijke variabelen zijn betrekkelijk laag (Tabel 3). Een uitzondering vormen de correlaties tussen de privé- en de werkschaal binnen de subjectieve sociale norm.

*Tabel 3. Intercorrelaties onafhankelijke variabelen voor ziekmelden (N= 51)*

	1	2	3
1. Attitude algemeen	-		
2. Subj. sociale norm privé	-.20	-	
3. Subj. sociale norm werk	.06	.57**	-
4. Zelfeffectiviteit ziekmelden	.26	-.19	-.38*

(\* p < .01; \*\* p < .001)

*Vraag 1. Wat is het verband tussen de overwegingen, evaluaties en som van de combinatie van beide enerzijds en de attitude anderzijds ?*

Vanwege de geringe constructvaliditeit blijven de evaluaties en de produktvariabelen van overwegingen met evaluaties buiten de verdere analyses. De berekeningen en resultaten

hebben verder alleen betrekking op de overwegingen. De attitude jegens gaan werken hangt redelijk substantieel samen met de verschillende overwegingen, die de schalen satisfactie, werkdruk en sfeer vormen (zie ook Tabel 2). De satisfactie-schaal hangt het meest met deze werkatteitude samen ( $p < .001$ ).

De correlatie-coëfficiënten tussen de afzonderlijke overwegingen en de attitude tegenover 'gaan werken' worden weergegeven in Tabel 4.

*Tabel 4. Correlaties afzonderlijke overwegingen met attitude jegens werken*

Overweging:	Pearson's r
- mijn werk geeft mij voldoening	.49**
- er is een goede sfeer op de afdeling	.42**
- ik voel me betrokken bij organisatie	.38**
- mijn werk is interessant	.34**
- ik voel me betrokken bij bewoners/patiënten	.25*
- er is te weinig personeel op de afdeling	-.24*
- ik sta er alleen voor in mijn werk	-.24*
- de werkdruk is hoog	-.11*

(\*  $p < .01$ ; \*\*  $p < .001$ )

Deze overwegingen vormen de 'saillante' overwegingen (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980): de overwegingen die het sterkst correleren met de attitude als geheel worden als het meest invloedrijk in de vorming van een gedragsattitude beschouwd. De correlaties die in deze pilot-studie zijn gevonden zijn significant en redelijk tot behoorlijk sterk. Correlaties tussen de overwegingen over ziekmelden en de verzuimattitude zijn geen van alle significant.

*Vraag 2. Wat is de relatie tussen de attitude en de intentie tot ziekmelden of werken?*

Het verband tussen de attitude en de intentie tot werken is  $r = .37$  ( $p < .01$ ). De samenhang van de overwegingen met de intentie tot werken is: voor 'werksatisfactie'  $r = .08$ , voor 'werkdruk'  $r = -.24$  en voor 'sfeer'  $r = .13$ . De intentie om elke dag naar het werk te gaan is groter naarmate men een positieve algemene houding heeft ten aanzien van het naar je werk gaan. De ervaren tevredenheid met het werk, de ervaren werkdruk en de waargenomen sfeer hebben geen directe invloed op de intentie om te gaan werken.

De correlatie tussen de attitude (semantische differentiaal) en de intentie tot ziekmelden bedraagt  $r = .26$  (niet significant). De intentie om je ziek te melden neemt niet toe of af naarmate men een positieve dan wel negatieve houding ten aanzien van ziekmelden heeft. Van de twee schalen met overwegingen bij de consequenties van ziekmelden zijn, in verband met de geringe betrouwbaarheid van beide schalen, geen correlaties met de intentie tot ziekmelden berekend.

*Vraag 3. Wat is de relatie tussen de subjectieve sociale normen en de intentie tot ziekmelden of werken ?*

Er bestaat een significant verband tussen de intentie om te gaan werken en de subjectieve normen in de privé-omgeving van de respondent:  $r = .30$  ( $p < .001$ ). Hoe meer anderen in de privé-omgeving de mening zijn toegedaan dat men moet gaan werken zolang dat maar enigszins kan, hoe meer men het voornemen heeft om te gaan werken. De gevonden correlatie van  $r = .25$  tussen de normen in de werkomgeving en de werkintentie is echter niet significant. Er werd geen noemenswaardig verband aangetroffen tussen de normen die de respondent in de omgeving waarneemt ten aanzien van ziekmelden en de eigen intentie daartoe: voor het werk  $r = .02$  en voor de privé-context  $r = .16$  (beide niet significant). De mening van anderen heeft blijkbaar geen invloed op het mogelijk van plan zijn zich ziek te melden.

*Vraag 4. Wat is de relatie tussen de zelfeffectiviteit en de intentie tot ziekmelden of werken?*

Er is een sterk verband gevonden ( $r = .61$ ,  $p < .001$ ) tussen de zelfeffectiviteit om je ziek te melden, ongeacht de hieraan verbonden gevolgen voor het werk, en de intentie tot ziekmelden. Men is sneller geneigd zich ziek te melden naarmate men zichzelf in staat acht dit te doen, door zich te (kunnen) onttrekken aan de negatieve gevolgen van een ziekmelding voor de collega's en het werk. Een redelijke correlatie van  $r = .37$  ( $p < .001$ ) is aangetroffen tussen de zelfeffectiviteit om toch naar het werk te gaan, ondanks dat de persoon in kwestie zich niet optimaal voelt (criterium: conditie werknemer, bijvoorbeeld last van vermoeidheid) en de voornemens om te gaan werken. De intentie om te werken blijkt derhalve mede afhankelijk te zijn van het in staat zijn zich over een mogelijke vermoeidheid heen te zetten en om ondanks klachten van die aard toch te gaan werken. Het in staat zijn toch te gaan werken ondanks dat er thuis wat aan de hand is (criterium: privé) hangt niet significant samen met de werkintentie ( $r = .06$ ). Het voornemen om naar je werk te gaan wordt dus niet zozeer beïnvloed door problemen thuis.

*Vraag 5. In hoeverre leveren de attitude, subjectieve sociale norm en zelfeffectiviteit een onafhankelijke bijdrage aan het verklaren van de intentie tot ziekmelden of werken?*

Hiervoor is een stapsgewijze multiële regressie uitgevoerd met de intentie tot werken en tot ziekmelden als afhankelijke variabelen en de diverse schalen als mogelijke predictoren. De enige variabele (van de negen ingevoerde schalen) die in de vergelijking wordt opgenomen wat de intentie om te werken betreft, is de zelfeffectiviteit om te gaan werken terwijl je klachten hebt over vermoeidheid, je niet helemaal fit voelt e.d. ( $R = .36$ ;  $R^2 = .13$ ;  $p < .002$ ).

Voor de intentie tot ziekmelden is eveneens één predictor gevonden: de zelfeffectiviteit om ziek te melden ondanks de gevolgen voor het werk ( $R = .67$ ;  $R^2 = .45$ ;  $p < .0001$ ). Deze

variabele geeft een indicatie in hoeverre ziek doorwerken vóórkomt als gevolg van het als problematisch ervaren dat men anderen op het werk met een ziekmelding belast. Het jezelf in staat achten je ziek te melden ongeacht de consequenties die daaruit voortvloeien voor je collega's of het werk, verklaarde toch 45% van de variantie van een verzuimintentie. Eerder werd ook een hoge correlatie tussen beide variabelen geconstateerd (Pearson's  $r = .61$ ).

#### 2.4. Conclusie en discussie

Wat de operationalisatie van het model betreft:

- de meeste *correlaties tussen de onafhankelijke variabelen* zijn matig. Geconcludeerd wordt dat de bij de multiple regressie-analyses gevonden predictoren redelijk onafhankelijk van elkaar een deel van de variantie in het werken of ziekmelden verklaren. Ook in andere onderzoeken worden vaak matige tot redelijke correlaties gevonden tussen de attitude, subjectieve sociale norm en zelfeffectiviteit (o.a. De Vries, Dijkstra & Kuhlman, 1988). Kok en Oostveen (1987) vermeldden dat de relaties tussen attitude, sociale norm en effectiviteit nog nauwelijks zijn onderzocht. Kok et al. (1990) schrijven daarentegen dat de correlaties tussen deze drie meestal substantieel zijn. Dat het optreden van enig verband tussen de verschillende predictoren niet uit te sluiten is, wordt bijvoorbeeld ook in De Vries (1988) geïllustreerd. Hij schrijft dat de sociale omgeving van een persoon invloed uitoefent op overtuigingen en waarderingen, en andersom dat mensen met verschillende attitudes ook hun sociale omgeving verschillend waarnemen. Naar aanleiding van een studie van Ryan (1982) concluderen Kok en Oostveen (1987) dat de attitude en sociale norm onderling zijn gerelateerd, maar wel een eigen bijdrage leveren aan de verklaring van gedrag.

Ook voor zelfeffectiviteit lijkt een dergelijk uitspraak gerechtvaardigd. De verbanden met de zelfeffectiviteit varieerden in dit onderzoek voor attitude en overwegingen ten aanzien van gaan werken tussen  $-.28 \leq r \leq .34$  (beide  $p < .01$ ) en ten aanzien van ziekmelden bedroeg de correlatie  $r = .26$ . De correlaties tussen de zelfeffectiviteit en de subjectieve sociale norm varieerden ten aanzien van gaan werken tussen  $.11 \leq r \leq .39$  (laatste  $p < .001$ ) en ten aanzien van ziekmelden tussen  $-.19 \leq r \leq -.38$  (laatste  $p < .01$ ). Wat de attitude betreft worden de verwachte gedragsconsequenties in ieder geval mede bepaald door de zelfeffectiviteit. Kok en Oostveen (1987) geven als voorbeeld: "Iemand die moet aangeven wat de mogelijke consequenties zijn van met de auto naar Griekenland op vakantie gaan in plaats van met het vliegtuig, zal de kans op een ongeval (belieft) lager inschatten naarmate de eigen effectiviteit met betrekking tot autorijden in moeilijke omstandigheden hoger is" (p. 230). De wisselwerking tussen sociale norm en zelfeffectiviteit verloopt mogelijk als volgt: naarmate iemand in diens omgeving meer negatieve reacties waarneemt over de kansen, die aan hem of haar toegekend worden, om een bepaald ge-

drag met goed gevolg uit te voeren, wordt de zelfeffectiviteit lager.

- er worden lage *correlaties* gevonden tussen de *combinatie van overwegingen en evaluaties en de attitude* wat het naar het werken gaan betreft. Dit betekent dat beide slechts gedeeltelijk hetzelfde construct meten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat bij de attitude de vraag gespecificeerd is door de formulering "elke dag gaan werken vind ik..."; hiermee wordt voldaan aan de gewenste exacte aanduiding van tijd en plaats, waarop de attitude ten aanzien van het (ook) gespecificeerde gedrag betrekking heeft (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1988). Deze nauwkeurigheid kon echter niet gehandhaafd blijven bij het formuleren van de overwegingen bij de consequenties van gaan werken, omdat dit gekunstelde formuleringen en betekenissen tot gevolg zou hebben, zoals "elke dag in een leuk team werken vind ik..." of "elke dag een onduidelijk organisatiebeleid vind ik...", etc. Het weglaten van 'elke dag' bij de overwegingen over het werk heeft mogelijk tot gevolg dat werkintrinsieke factoren, die een rol spelen bij het '(elke dag) naar je werk gaan' nu niet duidelijk zijn geworden. Zoals eerder is gesteld was de betrouwbaarheid van de som van de combinatie van overwegingen en evaluaties ten aanzien van ziekmelden te laag om deze in de analyses op te nemen.

- door het gebruik van verschillende *evaluatieve termen* is gebleken dat de produktvariabelen een andere inhoud hebben dan de attitude. De som van de combinatie van overwegingen en evaluaties is daardoor gedeeltelijk niet goed gemeten. Geconcludeerd is dat de antwoordcategorie '(on)belangrijk' niet adequaat is en dat in de uiteindelijke vragenlijst naar evaluaties in termen van '(on)aangenaam', '(on)prettig' e.d. gevraagd moet worden.

- op grond van een scheve verdeling van antwoorden zijn alle (= vijf) vragen naar *barrières* uit de vragenlijst verwijderd. Een mogelijke verklaring voor de scheve verdeling schuilt in de moeizame beantwoording van de vraag hierover in de interviews. Bij uitzondering zijn ook de items die slechts één keer waren genoemd in de vragenlijst opgenomen; het was de interviewers opgevallen dat men vrij lang moest nadenken over mogelijk ervaren barrières, waardoor wellicht ook hypothetische antwoorden zijn gegeven. De barrières lijken niet een absolute verhindering om te gaan werken te vormen, maar bijvoorbeeld vertraging tot gevolg te hebben. In de discussie bij studie 1 is reeds genoemd dat het wellicht zinvol zou zijn geweest om 'later komen' als gevolg van een barrière, in plaats van helemaal niet komen, ook als afhankelijke variabele op te nemen. Na de beperking om slechts het ziekmelden als afhankelijke variabele te onderzoeken, vervalt de motivatie om deze variant (later komen, in plaats van wel of niet komen werken) in het model op te nemen. Overigens is in feite het kenmerk van barrières dat deze niet voorspelbaar zijn en zich onverwachts voordoen. Vandaar dat het realistisch is dat deze niet op voorhand in een onderzoeksmodel worden opgenomen, maar door respondenten eigenlijk pas achteraf, bij de toelichting waarom een gedragsintentie niet in feitelijk gedrag is omgezet, kunnen worden genoemd.

Wat de procedure betreft:

- de gegevens die Studie 1, het interview, opleverde zijn in de voorlopige vragenlijst verwerkt. De geïnterviewden waren 20 personeelsleden van het psychiatrisch ziekenhuis, waar het vragenlijstonderzoek later uitgevoerd is. De voorlopige vragenlijst is echter getest binnen een *instelling voor verstandelijk gehandicapten*. Hoewel beide instellingen tot de categorie 'intramurale geestelijke gezondheidszorg' behoren, zijn er ook verschillen in patiëntenpopulatie en de daaraan verbonden zorg en behandeling. Een aantal kenmerken, zoals het bestaan van afdelingen die vaak ingedeeld zijn op soort zorg of patiëntenclassificatie, en bijvoorbeeld voor de verpleging het werken in een team, is goed vergelijkbaar. Wat de inhoud van het vak betreft (bijvoorbeeld kennis van ziektebeelden, de psychofarmaca, de mogelijke agressie e.d.), de aard van de problematiek, de communicatie met de patiënten of bewoners en met familie van hen, de grootte van de instelling e.d. zijn er echter wel verschillen tussen beide soorten van zorg en beide organisaties. De eerste bevindingen die zijn opgedaan met de pilot-studie binnen de zwakzinnigenzorg zijn dan ook nauwkeurig afgezet tegen de eerste interviewgegevens en vervolgens is steeds de afweging gemaakt of een bepaald item misschien binnen de pilot-studie minder relevant is voor het werk, maar binnen de psychiatrische setting wellicht toch essentieel verondersteld mag worden. De items zijn daarmee ook op grond van de verwachte aansluiting bij het werkveld van de zwakzinnigenzorg versus de psychiatrie beoordeeld.

- de *respons* in de pilot-studie bedroeg 60 procent, wat aan de lage kant was. Binnen de organisatie was weliswaar benadrukt dat het een testafname betrof, waardoor het geheel misschien een wat te vrijblijvend karakter heeft gekregen. Verontrustend was echter dat van één dienst binnen de instelling slechts 20 procent participeerde, terwijl dit de dienst was met het hoogste ziekteverzuim. Het was niet uitgesloten dat deze groep mensen over het algemeen de meeste weerstand ervoer bij 'een' onderzoek (schriftelijk komt mogelijk bedreigend over) of specifiek bij een onderzoek naar ziekteverzuim. Bij het hoofdonderzoek zou gelet moeten worden op het wegnemen van eventuele argwaan of weerstanden. Medewerking moest, meer dan in het vooronderzoek, worden gestimuleerd, bijvoorbeeld door een goede introductie van het onderzoek, toelichting bij de vragenlijst en het benadrukken van anonimiteit en vertrouwelijkheid.

## Hoofdstuk IV

---

### Hoofdonderzoek

---

De vragenlijst die op basis van het vooronderzoek is ontwikkeld, is in het kader van een onderzoek naar determinanten van ziekteverzuim afgenomen bij het algemeen psychiatrisch ziekenhuis, waar ook de interviews (Studie 1) zijn gehouden. In dit deel worden de vraagstellingen van het onderzoek (§ 1), de gehanteerde methode en gevolgde procedure (§ 2), de resultaten (§ 3) en enkele kanttekeningen (§ 4) weergegeven.

#### 1. Vraagstellingen

Op grond van de inzichten die Studie 2 heeft opgeleverd is een definitief onderzoeksmodel ontstaan. De belangrijkste veranderingen zijn:

- het weglaten van het 'gaan werken' en handhaven van het zich 'ziekmelden' als *afhankelijke variabele*; dit heeft consequenties voor alle onafhankelijke variabelen, die eveneens worden gespecificeerd met betrekking tot ziekmelden als uiteindelijk gedrag, bijvoorbeeld: de *intentie* wordt de intentie tot ziekmelden.
- het toevoegen van een aantal aan werk gerelateerde omgevingsvariabelen als *externe factoren*, waarvan wordt verondersteld dat deze bijdragen aan de vorming van attitude, sociale norm en zelfeffectiviteit.
- het *weglaten van barrières* als mogelijke intermediaërende variabele tussen de intentie en het gedrag.
- verbijzondering van de attitude en intentie in attitude en intentie ten aanzien van *wit, grijs* of *zwart* verzuim

Naast de intentie tot ziekmelden wordt nu ook het feitelijk verzuim, gemeten in aantal ziekmeldingen en aantal verzuimde dagen per respondent gedurende één jaar na invullen van de vragenlijst, in het model opgenomen. Door gebruik te maken van de schalen die het vooronderzoek opleverde is het volgende onderzoeksmodel ontwikkeld (Figuur 3).

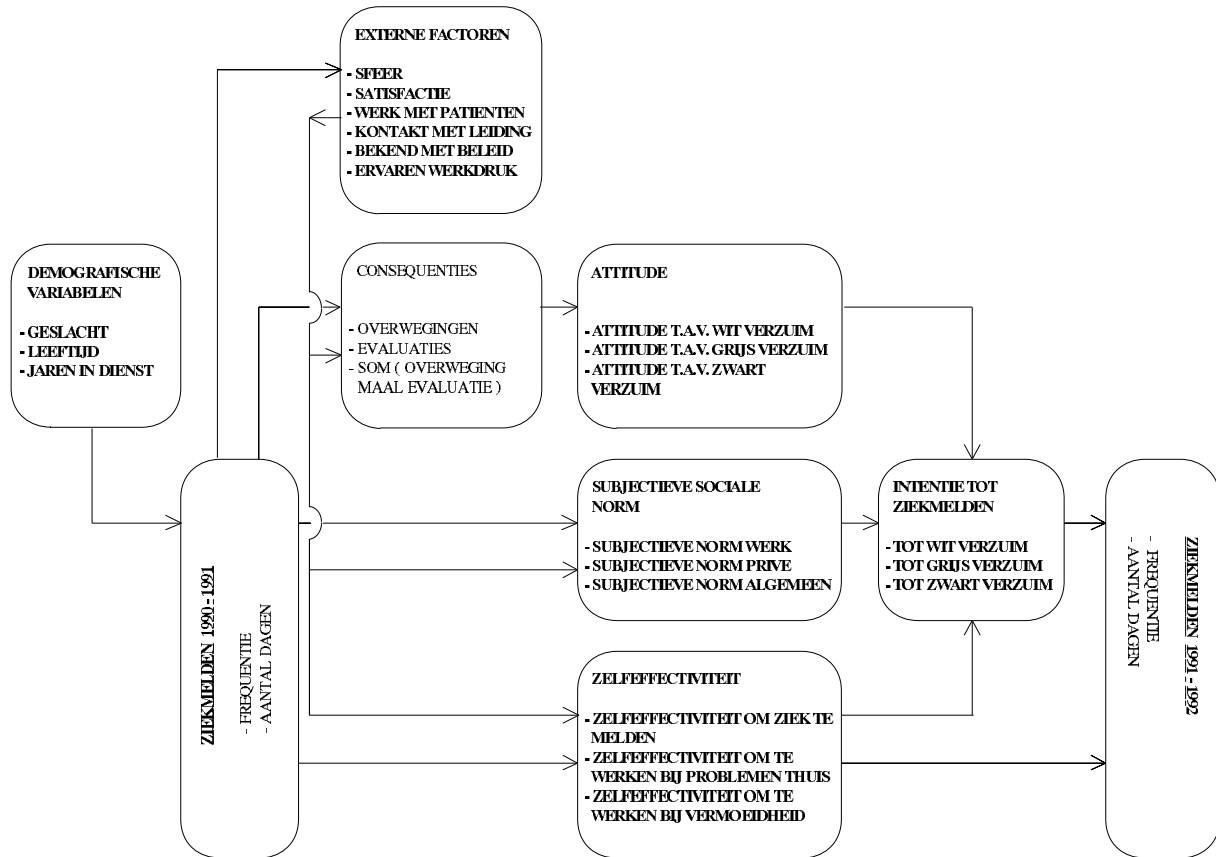
Figuur 3. Het onderzoeksmodel, gebaseerd op Ajzen (1988)

Er worden vier vraagstellingen geformuleerd: de **eerste** betreft de relaties tussen overwegingen, evaluaties en attitude: In hoeverre wordt de attitude bepaald door de combinatie van overwegingen en evaluaties, dat wil zeggen door de gesommeerde produkten van beide? Tevens vragen we ons af welke van de afzonderlijke overwegingen en evaluaties de beste voorspellers van de attitude zijn. Aansluitend wordt de vraag gesteld hoe deze verbanden zijn voor de attitude ten aanzien van wit, grijs en zwart verzuim (§ 3.1).

De **tweede** vraag betreft de relaties tussen de attitude, subjectieve sociale norm en zelfeffectiviteit enerzijds en de intentie tot ziekmelden anderzijds: in hoeverre leveren deze drie variabelen alle een onafhankelijke bijdrage aan de intentie? Aansluitend luidt de volgende vraag in hoeverre de intentie tot wit, grijs en zwart verzuim door deze drie onafhankelijke variabelen wordt verklaard (§ 3.2.1).

De **derde** onderzoeksvraag betreft de externe factoren in het onderzoek: in hoeverre hangen de zes externe variabelen samen met de drie gedragsdeterminanten, en in hoeverre beïnvloeden deze, zoals verondersteld in het model van Ajzen en Fishbein, via de determinanten en niet rechtstreeks, de intentie tot ziekmelden? Ook nu wordt de vraag gesteld hoe deze relaties zijn wanneer een onderscheid in de intentie tot wit, grijs en zwart verzuim





wordt gemaakt (§ 3.2.2).

In de **vierde** vraag wordt de invloed van eerder gedrag en de voorspellende waarde van de intentie en zelfeffectiviteit voor het 'toekomstige' gedrag in kaart gebracht. Aangenomen wordt dat de intentie en zelfeffectiviteit een directe invloed op het te verklaren gedrag hebben, en dat, zoals de theorie van Ajzen (1988) voorspelt, voorafgaand gedrag via de attitude een effect heeft op het latere gedrag. De laatste vraag betreft de invloed van een aantal externe factoren op het verzuimgedrag, van het eerdere verzuimgedrag, en tot slot van een aantal demografische variabelen, waarvan bekend is dat deze aan verzuim gerelateerd zijn. Verwacht wordt dat deze via de gedragsdeterminanten en via de intentie het verzuimgedrag mogelijk beïnvloeden (§ 3.3).

## **2. Methode en procedure**

Het onderzoek is uitgevoerd in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis met ruim 900 werknemers (bedcapaciteit  $\pm$  600). De verzuimcijfers ontwikkelden zich overeenkomstig de landelijke tendensen voor (psychiatrische ziekenhuizen in) de intramurale sector; de organisatie valt onder de semi-overheidsinstellingen en heeft arbeidsvoorwaarden conform het rijksambtenarenreglement. Wat de ziektewet en WAO betreft, fungeert het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds als wettelijk uitvoeringsorgaan en uitkeringsinstantie. De verzuimoorzaken van een ziekmelding die langer dan twee weken duurde zijn door de bedrijfsgezondheidsdienst volgens een erkende registratie ingedeeld in categorieën van verzuimoorzaken.

### **2.1. Procedure**

In het voorjaar van 1991 is een start gemaakt met het uitvoeren van het hoofdonderzoek. Opdrachtgever was de directie van het ziekenhuis. In diverse schriftelijke en mondelinge aankondigingen en een begeleidend schrijven bij de vragenlijst zijn de werknemers geïnformeerd; om de medewerkers van alle door hen gewenste informatie te voorzien, is herhaaldelijk gewezen op de mogelijkheid om met de onderzoekster contact op te nemen. Vervolgens is via een top-down benadering met de diverse clustercoördinatoren en afdelingshoofden van het ziekenhuis (de hiërarchische echelons) contact opgenomen, enerzijds om het onderzoek toe te lichten, anderzijds om te vragen op welke manier het onderzoek het best geïntroduceerd zou kunnen worden binnen het betreffende cluster/ afdeling. Getracht werd de mensen te overtuigen van het nut van een dergelijk onderzoek, en eventuele weerstanden weg te nemen. Als neveneffect van het gehele onderzoek werd beoogd een bewustwordingsproces op gang te brengen, waardoor men (leidinggevenden en

andere werknemers) zich actiever met ziekteverzuim als verschijnsel zou gaan bezighouden. Uitgangspunt bij de afspraken met het leidinggevend kader was het streven naar een gelijke benadering van de werknemers in verband met de uniformiteit in de onderzoeks-aanpak, tenzij om redenen van het responspercentage een andere werkwijze wenselijk of noodzakelijk geacht werd.

Daarna is het onderzoek met de bijbehorende vragenlijst door de onderzoekster, vanuit haar functie binnen de dienst Personeel & Organisatie, in de regel tijdens reguliere werk-overleg-situaties bij de werknemers geïntroduceerd en toegelicht. De vragenlijsten met retour-enveloppen zijn daarbij overhandigd; aangezien medewerking aan het onderzoek anoniem was, met vertrouwelijke verwerking van de gegevens, is bij de vragen op de eerste pagina (naar een aantal persoonlijke gegevens) een extra toelichting gegeven met betrekking tot waarom die vragen gesteld werden en dat er desondanks sprake was van een anonieme enquête. De betrokkenen hebben alle gelegenheid gehad om vragen te stellen en/of opmerkingen te plaatsen. Met betrekking tot het personeel van de civiele dienst en de technische dienst is de onderzoekster aanwezig gebleven bij het invullen van de vragenlijst in het werkoverleg (of apart belegde invulsessies). Deze oplossing is gekozen op grond van de resultaten van het vooronderzoek (Studie 2), waarbij de respons van de dienst beheer zeer laag was. De nu gekozen werkwijze stelde de werknemers in de gelegenheid om ook tijdens het invullen van de vragenlijst om verduidelijking te vragen, waardoor enerzijds de respons toenam en anderzijds de ingeleverde vragenlijsten volledig ingevuld waren.

Wat de langdurig zieken betrof, is na overleg met het afdelingshoofd de vragenlijst (met retour-envelop voorzien van een antwoordnummer) naar het huisadres gestuurd. Deze toezending werd voorafgegaan door een telefoontje van de onderzoekster, soms ook van het afdelingshoofd, om extra toelichting te geven en mogelijke gevoelens van persoonlijke bedreiging af te doen nemen. Wanneer telefonisch contact niet tot stand kwam (bijvoorbeeld bij werknemers met een geheim telefoonnummer) is een speciale brief ter begeleiding met de vragenlijst meegestuurd. Met het afdelingshoofd en de bedrijfsarts is overlegd of het in verband met de problematiek voor de werknemer bezwaarlijk zou zijn de vragenlijst te versturen. Bij hoge uitzondering<sup>16</sup> bleek de reden van afwezigheid van dien aard dat het niet juist zou zijn geweest de vragenlijst toe te sturen.

De **respons** leidde tot de volgende samenstelling van de **onderzoeksgroep**. Van de 875 uitgereikte vragenlijsten zijn er 600 terug ontvangen. De respons ligt daarmee na afronding op 69 procent. Onder de respondenten zijn 330 vrouwen en 263 mannen (55 respectievelijk 44 procent); zeven werknemers hebben hun geslacht niet vermeld. Van de 600 respon-

<sup>16</sup> Eén à twee personen in verband met zeer ingrijpende gezondheidsproblematiek plus een aantal werknemers bij wie afkeuringsprocedures (voor 100%) in een dermate ver gevorderd stadium verkeerden dat zij ruimschoots een jaar niet werkzaam waren.

denten hebben 346 personen een full-time en 240 personen een part-time dienstverband. De gemiddelde leeftijd is 36 jaar. Men is gemiddeld 10 jaar in dienst van de organisatie en werkt gemiddeld genomen sinds vijf jaar op de huidige werkplek. Wat het verzuim betreft heeft men zich het jaar voorafgaand aan het onderzoek gemiddeld 1,3 keer ziekmeld; het gemiddeld aantal verzuimde dagen bedroeg in totaal (dus níet de gemiddelde verzuimduur per ziekmelding) per respondent 18 dagen (jaar 1990/1991). De spreiding van de respons varieerde tussen de diverse afdelingen van 54% tot 100%. De samenstelling van de groep respondenten is representatief voor de organisatie, omdat de gerapporteerde verzuimde dagen voorafgaand aan het onderzoek in hoeveelheid en spreiding overeenkwamen met de in het verzuimsysteem geregistreerde meldingen en dagen over dat jaar. Dat betekent dat ook de langdurig zieken verhoudingsgewijs vertegenwoordigd zijn in de onderzoekspopulatie.

## 2.2. Methode

De meeste onderzoeksvariabelen zijn in Studie 2 gedefinieerd. Ook is bij het bespreken van de ontwikkeling van de vragenlijst aan de orde geweest hoe de verschillende variabelen zijn geoperationaliseerd. We zagen dat bij de constructie van de vragen niet in alle opzichten kon worden voldaan aan de eisen die Fishbein en Ajzen (1975) en Ajzen (1988) aan de operationalisaties stellen (het correspondentie-principe).

Ook in het hoofdonderzoek was het om verschillende redenen niet mogelijk de vragen over de overwegingen, attitude, waargenomen sociale norm, zelfeffectiviteit en intentie strikt met elkaar overeen te laten komen, bijvoorbeeld wat het expliciet benoemen van de tijd of situatie betreft. Soms lagen hieraan inhoudelijke argumenten ten grondslag: iemand vragen naar de mening van zowel partner als familie, collegae, etcetera, over een eventuele 'ziekmelding in het komende jaar wanneer ik me beroerd voel' heeft inhoudelijk geen waarde, aangezien antwoorden daarop niet veel uiteen zullen lopen. Een dergelijke volledige correspondentie van de vragen zou in dit voorbeeld tot gevolg hebben dat er 49 vragen geformuleerd worden: het aantal referentiepersonen dat voor het gedrag relevant is (in het hoofdonderzoek zijn dit er zeven), vermenigvuldigd met het aantal situaties dat binnen de gedragsmeting kan worden onderscheiden (eveneens zeven). Terwijl de intentie wel verbijzonderd kan worden aan de hand van een situatieschets, stond voorop vast dat dit voor de uiteindelijke gedragsmeting, het ziekmelden, niet mogelijk was: de gegevens bestaan immers uit de meldfrequentie en het totaal aantal ziekgemelde dagen, zonder achtergrondredenen.

Een tweede, niet minder belangrijke, reden voor de onvolledige correspondentie betreft de gebruikersvriendelijkheid van de vragenlijst. Hiervoor is gebruik gemaakt van de evaluatie van de vragenlijst door de respondenten in Studie 2. Met name het veelvuldig lezen van

dezelfde uitspraken (de 'overwegingen' bij de attitude en bij de subjectieve sociale normen) in andere delen van de vragenlijst, een keer om de mate van instemming aan te geven en een keer vanwege de evaluatie ervan, werd als vervelend ervaren. Om die reden werd in de uiteindelijke vragenlijst elke vraag over de overwegingen bij de consequenties direct gevolgd door de vraag naar de evaluatie van deze consequentie. Overigens speelde ook de mogelijke gevoeligheid van het onderzoeksonderwerp, namelijk het ziekmelden, mee. Niet vergeten moet worden dat het een onderzoek onder de werknemers van een organisatie betrof, dat in eigen beheer is uitgevoerd in opdracht van de directie van deze organisatie. Het is zinvol om onder dergelijke omstandigheden te anticiperen op een flinke dosis weerstand tegen het beantwoorden van vragen over, onder andere, opvattingen over verzuim, meningen van collega's daarover, een eigen intentie daartoe. Wat dit aspect betreft wijkt de mogelijke politieke gevoeligheid binnen Studie 2 ook af van het hoofdonderzoek: in Studie 2 is immers expliciet gesproken over een pilot-studie ten behoeve van het hoofdonderzoek, waardoor het initiatief en de uitvoering elders lagen.

### *Correspondentie*

Om bovengenoemde redenen is binnen dit onderzoek gekeken naar de aspecten waarop in ieder geval overeenstemming tussen alle vragen vereist is. De gevolgde argumentaties worden hier weergegeven.

In alle metingen is gevraagd naar het *gedrag* "zich ziekmelden". Er is geen gebruik gemaakt van het woord 'verzuimen', aangezien verzuimen conceptueel breder van betekenis is en niet per definitie gekoppeld is aan een ziekmelding. Het ziekmelden is het afhankelijke gedrag. Alleen bij de zelfeffectiviteit is een uitzondering gemaakt wat het criteriumgedrag betreft. Ten eerste wordt, aansluitend bij het gedrag, gevraagd naar de zelfeffectiviteit om zich ziek te melden. Hiermee wordt een klein deel van het effect van zelfeffectiviteit in kaart gebracht, namelijk of mensen zich wel ziekmelden wanneer dit nodig is; werknemers met een lage zelfeffectiviteit tot ziekmelden blijven naar verwachting doorwerken, bijvoorbeeld omdat ze het vervelend vinden dat collega's daardoor extra belast worden, of omdat ze zelf het werk niet kunnen missen of een belangrijke afspraak door willen laten gaan. Ten tweede zijn wat de zelfeffectiviteit betreft eveneens voor het tegenovergestelde gedrag - het gaan werken, maar dan wel met een verbijzondering naar twee specifieke condities - vragen in het hoofdonderzoek opgenomen. Hoewel naar aanleiding van Studie 2 is besloten om het gedrag 'gaan werken' niet als afhankelijke variabele, naast 'zich ziekmelden', te beschouwen is hierop gedeeltelijk een uitzondering gemaakt wat de zelfeffectiviteit betreft. Aan Studie 2 zijn namelijk twee condities ontleend, in welke men het moeilijk vond om te gaan werken zodat de kans op een ziekmelding aanwezig was. In de eerste conditie wordt gevraagd naar mogelijke omstandigheden in de privé-sfeer die het bemoeilijken om te gaan werken, zoals een familielid dat langdurig ziek is en verzorging nodig heeft, of een plotseling ziek geworden kind. In de tweede situatie

wordt gevraagd in hoeverre men het moeilijk vond om te gaan werken wanneer men last had van vermoeidheid, of het idee had iets niet aan te kunnen; de geschetste klachten zijn van dien aard dat men nog best of redelijk kan functioneren wanneer men toch naar het werk zou gaan.

Wat de *situatie* betreft zijn de vragen over de attitude en de intentie voorzien van een zevental situatieschetsen, zoals "wanneer ik me beroerd voel" of "wanneer ik gewoon geen zin heb". Gevraagd is in hoeverre men een ziekmelding van zichzelf in de gegeven situatie 'acceptabel' vond (de attitude) en in hoeverre men zich in die specifieke situatie wel ziek zou melden (de intentie). Deze situaties zijn, zoals boven al werd aangegeven, niet concreet aangehaald in de vragen naar de sociale norm en de zelfeffectiviteit.

Bij de subjectieve sociale normen is gevraagd in hoeverre men verwacht dat een ander het goed- of afkeurt dat men zich 'zomaar' ziekmeldt. Hoewel zuiver gesproken ook de indeling in zeven situaties gehanteerd had moeten worden, is hier om twee redenen niet voor gekozen. Enerzijds wordt er van uitgegaan dat normen in de omgeving overwegend het karakter hebben van opvattingen die vanuit de maatschappij gezien wenselijk zijn. Met andere woorden: het is triviaal om te vragen naar de indruk die iemand heeft van de meningen van anderen over ziekmelden, wanneer er sprake is van ziekte. Anderzijds zou de exacte combinatie van situatie van omstandigheden waarin men zich ziek zou kunnen melden en de normatieve mening hierover van referentie-personen ten eerste tot een absurd aantal vragen leiden (49 zoals al berekend was), en ten tweede hilariteit bij de respondenten oproepen vanwege de vreemd overkomende vraagconstructies, zoals '(referentiepersonen) vinden dat ik me niet ziek kan melden wanneer ik me beroerd voel' (mee eens - niet mee eens). Wat de zelfeffectiviteit betreft werd per item al een situatie-schets gegeven in hoeverre men van zichzelf inschatte dat men onder de genoemde omstandigheden tot ziekmelden of werken kon overgaan. De genoemde condities waren specifiekere dan de zeven situaties die in de attitude en intentie zijn geformuleerd. Elke 'control-belief' gaf juist een context weer, zoals een ziek familielid of het gevoel hebben helemaal 'op' te zijn, waarmee de essentie van het zelfeffectiviteitsbegrip in die bijzondere situatie werd aangegeven. Alleen wanneer daarnaast nog in een rechtstreekse vraag naar de zelfeffectiviteit was gevraagd, was het noemen van de zeven contexten waarop de attitude en intentie betrekking hadden (beroerd voelen, geen zin hebben e.d.) zinvol geweest. De directe vraag naar zelfeffectiviteit is echter op grond van Studie 2 vervallen, omdat de formulering daarvan te algemeen en daardoor nietszeggend was ("Ik verwacht dat ik me komend jaar wel ziek kan melden" of "(..) kan gaan werken"). Deze had, achteraf gezien, met aanvulling van deze zeven situaties wel meer betekenis kunnen krijgen.

Wat de *tijd* betreft is in de vragen naar de attitude, intentie, het gedrag en het eerdere verzuimgedrag steeds expliciet de tijdsperiode van één jaar vermeld. De zelfeffectiviteit om zich ziek te melden heeft betrekking op het 'ziekmelden' ondanks het optreden van mogelijke gevolgen daarvan, die in de vragen worden genoemd. De zelfeffectiviteit om te

gaan werken hebben als tijdsindicatie 'elke dag'. De inleidende vragen luiden: "In hoeverre maken bepaalde situaties, die zich buiten uw werk voor kunnen doen, het u moeilijk om elke dag naar uw werk te gaan?", en: "In hoeverre kan de toestand waarin u verkeert het u moeilijk maken om elke dag naar uw werk te gaan?". Bij de vragen naar de subjectieve sociale normen was toevoeging van de periode van een jaar, bijvoorbeeld in: "Collega's van mijn afdeling vinden dat ik me (komend jaar) niet zomaar ziek kan melden", niet realistisch; deze vragen zijn zonder vermelding van 'het komend jaar' gesteld.

Een praktisch argument geldt overigens voor het geheel: uitgangspunt in het onderzoek is het hanteren van een overzichtelijke, goed en snel in te vullen vragenlijst (in verband met de kosten in arbeidsuren en met de motivatie om de lijst goed in te vullen), die uniform te gebruiken is voor de gehele organisatie. Het taalgebruik is op MBO/HBO-opleidingsniveau afgestemd.

Aanvullingen op definities en operationalisaties worden in § 2.2.1 vermeld. De vragenlijst is in Bijlage 4 opgenomen; bij de hieronder beschreven onderdelen van de vragenlijst wordt aangegeven op welke paginanummers de vragen in Bijlage 4 zijn opgenomen. Op basis van frequentieverdelingen zijn scheef verdeelde items verwijderd; de betrouwbaarheden (Cronbach's  $\alpha$ ) worden met andere schaalgegevens in § 2.2.2 weergegeven.

### 2.2.1 Operationalisaties

De consequenties van ziekmelden zijn als volgt in de vragenlijst opgenomen:

- als *overwegingen bij de consequenties van ziekmelden* en *evaluaties van de consequenties*. Er zijn 19 overwegingen bij mogelijke consequenties van ziekmelden geformuleerd aan de hand van de resultaten van Studie 1 en Studie 2. Tevens is per overweging gevraagd naar een evaluatie van de betreffende te verwachten consequentie, ofwel: in hoeverre de consequentie als vervelend dan wel prettig wordt ervaren. Gezamenlijk vormen deze 19 overwegingen, vermenigvuldigd met de evaluaties, een maat voor de attitude ten aanzien van ziekmelden (Fishbein & Ajzen, 1975). De 19 overwegingen bestonden uit 12 mogelijke nadelige en 7 mogelijke positieve gevolgen van ziekmelden. Deze consequenties vormen eventueel twee schalen, zodat een schaal met verwachte nadelige en een schaal met mogelijke voordelige consequenties ontstaan.

De attitude tegenover ziekmelden is als volgt geoperationaliseerd:

- men is gevraagd aan te geven op een zeven-punts-schaal in hoeverre men een ziekmelding acceptabel dan wel niet acceptabel of verkeerd vindt in het geval een beschreven situatie zich voor zou doen. De antwoordcategorieën van de zeven-punts-schaal (een semantische differentiaal, met de kenmerken acceptabel en verkeerd aan weerszijden van de schaal) bestonden uit 'noch acceptabel, noch verkeerd', 'nauwelijks acceptabel' of 'nauwelijks verkeerd', 'nogal acceptabel' of 'nogal verkeerd', en 'heel acceptabel' of

'helemaal verkeerd'. Om een onderscheid te maken in de attitude ten aanzien van wit, grijs dan wel zwart verzuim, zijn drie soorten argumenten bij ziekmelden in de zeven situaties weergegeven: twee items bevatten een 'witte' verzuimreden, zoals zich beroerd voelen; twee vragen geven een 'grijze' verzuimreden weer, zoals ergens heel erg tegenop zien, en in drie items werd een 'zwarte' verzuimreden genoemd, zoals ziekmelden wanneer je gewoon geen zin in werken hebt. De totale attitude-schaal bestaat uit het samenvoegen van de zeven items.

De codering van de overwegingen en evaluaties was hoger naarmate men het geheel eens was met de overweging en naarmate men het verwachte gevolg prettig (en niet vervelend) vond. De codering van de attitude was hoger naarmate men het acceptabel vond om zich ziek te melden, omdat dit naar verwachting overeenkomt met een positieve intentie tot ziekmelden.

Naar de subjectieve sociale norm is op twee manieren gevraagd (vergelijkbaar met Fishbein & Ajzen, 1975):

- aan de hand van één vraag, namelijk "wat vinden *mensen die belangrijk voor mij zijn* ervan wanneer iemand zich 'zomaar' ziekmeldt" (de zogenaamde 'normatieve belief'), gevolgd door de vraag in hoeverre men zich iets aantrekt van de mening van 'belangrijke' anderen (de 'motivation to comply'). Zoals bij de overwegingen en evaluaties zijn beide scores met elkaar vermenigvuldigd;
- door naar de waargenomen mening van verschillende mensen, op het *werk* (collega, leidinggevende e.d.) of *thuis* (partner, familie e.d.) te vragen, eveneens aangevuld met de mate waarin men zich iets gelegen laat aan andermans normatieve mening. Ook hier is een produktscore berekend.

De gehanteerde codering hierbij was lager naarmate de norm strenger was, ofwel hoger naarmate de norm ten aanzien van ziekmelden soepeler was.

Zoals al vermeld is de zelfeffectiviteit als enige variabele ten aanzien van twee verschillende gedragingen geoperationaliseerd, namelijk:

- ten aanzien van *ziekmelden*: in hoeverre acht men zichzelf in staat om zich ziek te melden ongeacht consequenties voor het werk of de collega's (verzuiminhibiterend). Op deze manier wordt het effect van 'ziek doorwerken' zichtbaar. De verwachte mate van controle over het gedrag varieert naarmate er sprake is van wit verzuim (lage controle, ofwel ziek is ziek), grijs verzuim (men zou zich ziek kunnen melden, maar men zou eveneens kunnen werken: redelijke controle) dan wel zwart verzuim (men kan dat doen dat men wil doen: hoge controle). Omdat er verschil bestaat in de mate waarin het ziekmelden volitioneel van aard is, kan de zelfeffectiviteit tot ziekmelden verschillend zijn voor deze typen verzuim.
- ten aanzien van gaan *werken* zijn twee vormen van zelfeffectiviteit (verzuimfaciliterend)



te onderscheiden (op grond van de bevindingen in Studie 2):

- *zelfeffectiviteit om te werken wanneer de thuissituatie om aandacht vraagt*: in hoeverre verwacht men dat men in staat is te gaan werken wanneer er problemen thuis zijn, zoals wanneer een kind plotseling ziek is of wanneer er een langdurig zieke in de familie is, en
- *zelfeffectiviteit om te werken wanneer men last heeft van vermoeidheid*: in hoeverre verwacht men dat men kan werken wanneer men zich niet honderd procent fit voelt, bijvoorbeeld door (over)vermoeidheid e.d.

Hoewel Ajzen en Madden (1986) hiervoor een directe en een op overwegingen gebaseerde operationalisatie hadden, is in dit onderzoek gekozen voor het formuleren van vragen op basis van overwegingen. In Studie 2 werd immers geconstateerd dat een rechtstreekse vraagstelling tot een nietszeggende formulering leidt; de strekking van uitspraken (ik verwacht dat ik me ziek kan melden c.q. kan gaan werken) blijft algemeen en heeft daardoor weinig realiteitszin.

De intentie tot ziekmelden is, zoals de attitude ten aanzien van ziekmelden, aan de hand van zeven situatie-beschrijvingen gemeten. Gevraagd is in hoeverre men instemt met de vraag of men zich in de loop van het jaar, in het hypothetische geval dat de gegeven situatie zich voordoet, ziekmeldt. Evenals bij de verzuimattitude kan binnen de totale schaal die de intentie meet een onderscheid worden aangebracht naar drie soorten verzuimredenen: twee items hebben betrekking op de intentie tot 'wit', twee items op de intentie tot 'grijs' en drie items op de intentie tot 'zwart' verzuim. Mogelijk heeft het ontwikkelen van een intentie tot ziekmelden een hiërarchisch cumulatief verloop; een intentie tot zwart verzuim kan men mogelijk alleen ontwikkelen wanneer men in ieder geval ook geneigd is om zich ziek te melden in het geval van een 'grijze' verzuimreden, en zeker een meldintentie heeft wanneer er van wit verzuim sprake is. Het bestaan van een intentie tot ziekmelden (basisintentie, bij wit verzuim) is mogelijk een voorwaarde voor de neiging om zich onder omstandigheden van 'grijs' verzuim ziek te melden, en wanneer die intentie bestaat kan vervolgens een intentie tot zwart verzuim tot ontwikkeling komen. Om die reden zijn de verschillende items die vragen naar een intentie tot ziekmelden voorzien van een situatieschets, overeenkomstig de vragen omtrent de attitude ten aanzien van ziekmelden.

Het verzuimgedrag is gemeten aan de hand van de meldfrequentie en het aantal verzuimde dagen. Er zijn gegevens over het verzuim gedurende het jaar dat voorafging aan het vragenlijst-onderzoek, en gegevens die verzameld zijn gedurende het jaar ná het vragenlijst-onderzoek.

Wat het *eerdere ziekteverzuim* betreft: deze bestaat uit een subjectieve weergave door elke respondent van het aantal keer dat men ziek is geweest het afgelopen jaar, en het aantal

dagen dat dit betrof. Expliciet is in de vraag vermeld: 'exclusief zwangerschapsverlof', aangezien zwangerschaps- en bevallingsverlof officieel geregistreerd wordt als ziekteverzuim. De weergave door de respondenten zelf is geverifieerd aan de hand van verzamelstatistieken, gebaseerd op de geautomatiseerde verzuimregistratie van het ziekenhuis. Hierop is een handmatige correctie voor gravida toegepast, aangezien het registratie-systeem de verzuimdagen in het kader van zwangerschaps- en bevallingsverlof (toen nog) niet apart kon selecteren.

Voor de meting van het *uiteindelijke ziekteverzuim*, een jaar na het invullen van de vragenlijst, is wel gebruik gemaakt van de gegevens in het verzuimregistratie-systeem. Inmiddels kon dat aan de hand van een ingevoerde code de verzuimmeldingen en het aantal verzuimde dagen inclusief dan wel exclusief het gravida-verlof berekenen. Mutaties in het bestand gedurende het jaar, zoals overplaatsingen, eventuele functie-wijzigingen e.d., zijn zoveel mogelijk handmatig verwerkt, zodat de koppeling met de vragenlijst bleef bestaan. In verband met de anonimiteit van de vragenlijst zijn de twee systeembestanden, de vragenlijstgegevens en de apart geregistreerde verzuimgegevens, gematched aan de hand van zogenaamde 'sleutel'variabelen (key-variables), die in beide gegevensbestanden voorkwamen (zoals geslacht, full-time of part-time dienstverband, cluster en daarbinnen afdeling, functie en leeftijd). Het resultaat van de matching is voor alle 600 respondenten handmatig gecontroleerd op eventuele foutieve koppelingen (die kunnen optreden ten gevolge van mogelijke identieke 'cases', bijvoorbeeld in het geval twee personen van hetzelfde geslacht, even oud, beide part-time of juist full-time werkzaam, binnen hetzelfde cluster en daarbinnen op dezelfde afdeling werkzaam zijn). De gegevens van het ziekmeldingsbestand, die niet aan een vragenlijst gekoppeld konden worden, zijn gecontroleerd door de personalia (de sleutelvariabelen) te vergelijken met personalia van het vragenlijstbestand; daar zaten geen overeenkomstige gevallen bij, zodat geconcludeerd werd dat deze verzuimcijfers afkomstig waren van de groep non-respondenten). Omdat 'nulverzuim' ook als zodanig geregistreerd stond konden alle 600 respondenten van de feitelijke verzuimgegevens, ook wanneer men zich in het afgelopen jaar niet ziekgemeld had, worden voorzien.

Aan de hand van het vooronderzoek is een aantal werkgerelateerde factoren uitgewerkt in zes schalen; deze werden namelijk door de respondenten in Studie 1 (interviews) opgegeven als belangrijke variabelen in het werk, die mede van invloed zouden kunnen zijn op het ontwikkelen van een intentie tot ziekmelden. Deze krijgen in het model de functie van externe factoren. Uit analyses ten behoeve van Studie 2 konden drie schalen worden geformeerd (inhoud van het werk, satisfactie en werksfeer: percentage verklarende variatie 26%). Binnen de resterende items waren drie groepen te onderscheiden: items met betrekking tot de relatie tussen de respondent en de patiënten, het beleid van de organisatie en de personele bezetting (of werkdruk).

De codering binnen de zes externe factoren is oplopend naar de mate dat

- *sfeer*: men de sfeer op het werk goed vindt
- *satisfactie*: men tevreden is met de inhoud van het werk
- *patiënten*: men het leuk vindt om met patiënten te werken
- *leiding*: men een goede relatie met de directe leidinggevende heeft
- *beleid*: men op de hoogte is van het beleid van de organisatie
- *werkdruk*: men een hoge werkdruk ervaart.

Demografische variabelen: elke respondent is gevraagd een aantal persoonlijke gegevens te vermelden, zoals geslacht, leeftijd, functie, organisatie-cluster, afdeling, aantal jaren werkzaam op de huidige werkplek en aantal jaren dat men in dienst is van het ziekenhuis (naar de naam is niet gevraagd). Van een aantal van deze variabelen is bekend dat ze verzuimgerelateerd zijn, zoals leeftijd en aantal dienstjaren, terwijl vragen naar functie, cluster en afdeling differentiatie, bijvoorbeeld naar de aard van het werk en afdelingsgebonden kenmerken, binnen de heterogene onderzoeksgroep van 600 werknemers mogelijk maakt.

Als regel is overal expliciet de handeling (ziekmelden) en de tijd (gedurende het afgelopen of komende jaar) in de diverse vragen vermeld, zodat duidelijk is dat het eerdere verzuim, de intentie en het te verklaren verzuimgedrag daarop volgend betrekking hebben op een geheel jaar. Als argumenten om als tijdseenheid een geheel jaar of twaalf maanden te nemen golden het uitsluiten van seizoensinvloeden (o.a. Allegro & Veerman, 1990) en methodologische problemen bij het meten van verzuim (o.a. Tharenou, 1993; Landy, Vasey & Smith, 1984).

### **2.2.2. Gegevens over de vragenlijst**

Op grond van frequentieverdelingen is geen enkel item ten gevolge van een scheve antwoordverdeling verwijderd. Uitgangspunt was, zoals bij Studie 2, dat wanneer meer dan 80% van de antwoorden binnen één antwoordcategorie viel, het betreffende item verwijderd diende te worden. Eén item over de intentie tot ziekmelden had weliswaar in principe om die reden verwijderd moeten worden. Dit betrof het item: 'Ik zal me komend jaar wel eens ziekmelden als ik gewoon even iets leuks wil doen'. Hierop antwoordde 88.7 procent van de respondenten (533 in aantal) 'beslist niet'. Een half procent, 3 personen, zou dat '(waarschijnlijk of beslist) wel doen', en 42 personen 'waarschijnlijk niet'. Omdat de subschaal voor zwart verzuim uit drie items bestaat, is het item in de verdere analyses behouden.

De betrouwbaarheidscoëfficiënten (Cronbach's  $\alpha$ ) zijn met de gemiddelde schaalscores en standaarddeviaties in Tabel 5 opgenomen. Het bleek niet zinvol om bepaalde items te verwijderen teneinde de betrouwbaarheid van de schaal te vergroten, zodat alle items in

het onderzoek zijn gehandhaafd. Met uitzondering van de naar wit, grijs en zwart verzuim onderscheiden subschalen binnen de attitude en de intentie, zijn de schalen voldoende tot zeer betrouwbaar te noemen. De operationalisatie van alle cruciale variabelen is voldoende betrouwbaar. Wanneer de vraagstelling zich toespitst op wit, grijs en zwart verzuim ( $.54 < \alpha < .76$ ) is enige voorzichtigheid geboden bij het verbinden van conclusies aan de gevonden resultaten. Om die reden is de hypothese over een mogelijke cumulatieve opbouw van de intentie-schaal niet toetsbaar.

Wat het verzuimgedrag betreft kwamen de gemiddelde meldfrequentie en het aantal verzuimde dagen van de zelf weergegeven overeen met de officieel geregistreerde gegevens; ook stemde de standaarddeviatie overeen. Hieruit wordt geconcludeerd dat er een betrouwbare weergave is gedaan door de respondenten zelf; tevens interpreteren we uit dit gegeven dat de onderzoekspopulatie een representatieve afspiegeling is van de totale personele formatie.

Geconstateerd is dat er een grote overeenkomst bestaat tussen het door de respondenten vermelde eerdere verzuim en de in het verzuimregistratie-systeem genoteerde ziekmeldingen gedurende het jaar voorafgaand aan de vragenlijst ("Hoe vaak heeft u zich het afgelopen jaar ziekgemeld?" en "Hoeveel dagen (exclusief zwangerschapsverlof) bent u het afgelopen jaar afwezig geweest op grond van een ziekmelding?"). Daarom is besloten om, wat het gedrag in het verleden betreft, gebruik te maken van de subjectieve rapportage van de respondenten. Het koppelen van de geregistreerde gegevens zou aanzienlijk moeilijker zijn dan bij het voorspelde verzuim (de verzuim van medio 1991 tot medio 1992), aangezien de geregistreerde individuele ziekmeldingen gecorrigeerd zouden moeten worden voor tussentijdse mutaties gedurende het jaar voorafgaand aan de vragenlijst<sup>17</sup>. Een individuele werknemer herinnert zich daarentegen het aantal keer dat men zich ziekgemeld heeft en het aantal verzuimde dagen, en geeft kennelijk een betrouwbare weergave van dit ervaringsgegeven.

In Tabel 5 op de volgende pagina worden de schaalgegevens van de vragenlijst vermeld.

<sup>17</sup> Bijvoorbeeld: een werknemer met de functiecode van subhoofd wordt afdelingshoofd, waardoor enige verzuimgegevens onder de functie van subhoofd zijn geregistreerd, en enkele onder de code van een afdelingshoofd. Eveneens kan men bijvoorbeeld gedurende twee maanden op afdeling X werkzaam zijn, en vervolgens naar afdeling Y gaan, waardoor de resterende 10 maanden onder de code van afdeling Y zijn geregistreerd.

Tabel 5. *Schaalgegevens hoofdonderzoek: aantal items, gemiddelde schaalscores<sup>18</sup>, standaarddeviatie van schaalscores en betrouwbaarheden*

Schaalnaam	Aantal items	Gemiddelde schaalscores	Standaarddeviatie schaalscores	Cronbach's $\alpha$
<i>1) consequenties van ziekmelden:</i>				
- verwachte ongunstige gevolgen				
. overwegingen	12	38.3	7.3	.66
. evaluaties	12	33.9	6.1	.79
. overweging x evaluatie	12	114.4	31.0	.77
- verwachte gunstige gevolgen				
. overwegingen	7	22.9	4.8	.76
. evaluaties	7	14.2	2.7	.80
. overweging x evaluatie	7	43.1	9.0	.72
- som van alle combinaties van overwegingen en evaluaties	19	147.3	29.7	.74
<i>2) attitude:</i>				
- attitude tegenover ziekmelden	7	30.8	7.2	.79
. voor wit verzuim	2	7.2	3.4	.61
. voor grijs verzuim	2	11.9	2.6	.76
. voor zwart verzuim	3	18.1	3.3	.62
<i>3) subjectieve sociale norm:</i>				
- sociale norm werk	3	39.4	14.4	.87
- sociale norm privé	4	45.8	21.0	.77
<i>4) zelfeffectiviteit:</i>				
- zelfeffectiviteit ziekmelden	9	31.3	7.9	.91
- zelfeffectiviteit om te gaan werken:				
. bij problemen in privé-situatie	6	16.9	5.7	.70
. bij vermoeidheid	7	20.2	6.3	.79
<i>5) intentie:</i>				
- intentie tot ziekmelden	7	10.1	2.7	.76
. tot wit verzuim	2	4.2	1.3	.61
. tot grijs verzuim	2	3.1	1.0	.68
. tot zwart verzuim	3	3.9	1.3	.54
<i>6) externe factoren:</i>				
- sfeer	5	20.4	3.8	.85
- satisfactie	8	29.8	5.3	.85
- patiënten	6	18.9	8.9	.96
- leiding	7	29.2	5.4	.90
- werkdruk	10	29.8	8.4	.80
- beleid	7	26.3	4.5	.82

<sup>18</sup> De antwoordmogelijkheden bij de vragen lopen van 1 t/m 5. Uitzondering hierop vormen de antwoordcategorieën op de evaluatie-vragen, die van 1 t/m 4 lopen, en op de intentie-vragen, die van 1 t/m 7 lopen. De schaalscore is de som van alle items in de betreffende schaal, gedeeld door het aantal respondenten.

### 3. Resultaten

De vier vraagstellingen, die in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk zijn geformuleerd, worden successievelijk beantwoord in § 3.1, § 3.2 en § 3.3. Alvorens statistische analyses, zoals multiële regressies uit te voeren zijn de verschillende onderlinge relaties op lineariteit gecontroleerd. Berekening van  $\eta$ 's en weergave in spreidingsdiagrammen (puntenwolken) gaven geen indicaties voor niet-lineariteit.

Tenzij anders aangegeven, geven de in dit hoofdstuk gepresenteerde tabellen met uitkomsten van multiële regressie-analyses het volgende weer:  $r$  is de Pearson's correlatie-coëfficiënt;  $R$  is de meervoudige correlatie-coëfficiënt;  $R^2$  geeft aan welk deel van de variatie van de afhankelijke variabele wordt verklaard door de onafhankelijke variabelen en  $R^2$ -change geeft aan hoeveel de betreffende onafhankelijke variabele toevoegt aan  $R^2$ .  $F$ -change geeft de  $F$ -waarde voor de verandering in  $R^2$ , significantie  $F$ -change is aangegeven met \* ( $p < .05$ ), \*\* ( $p < .01$ ), \*\*\* ( $p < .001$ ), gevolgd door de vrijheidsgraden van  $F$ . De bèta ( $\beta$ ) is het regressie-gewicht dat een indicatie geeft van het relatieve belang van een variabele; het significantie-niveau van de  $t$ -waarde voor de bèta wordt aangegeven met \* ( $p < .05$ ), \*\* ( $p < .01$ ) en \*\*\* ( $p < .001$ ). Wanneer er sprake is van een verband tussen twee variabelen dat lager is dan  $r = .20$ , dan wordt gesproken van een zwak verband. Correlaties tussen  $r = .20$  en  $r = .40$  worden als matig tot redelijk beschreven en een correlatie van  $r = .40$  wordt aanzienlijk genoemd. Opgemerkt wordt dat tussen de verschillende tabellen sprake kan zijn van een wisselende  $N$ ; de oorzaak hiervoor ligt in het al dan niet opnemen van overwegingen en/of evaluaties in de analyses, aangezien de afzonderlijke vragen (19 in totaal) niet altijd door alle respondenten zijn beantwoord. Door de som van de combinaties van beide te hanteren ( $\Sigma bxe$ ) wordt dit effect versterkt. Bij de beschrijving van de afzonderlijke tabellen wordt deze opmerking verder achterwege gelaten.

De indeling is gebaseerd op drie te onderscheiden afhankelijke variabelen: in de eerste paragraaf vormt de attitude de afhankelijke variabele, gevolgd door het tweede deel met de intentie en het derde deel met het voorspelde gedrag als afhankelijke variabele.

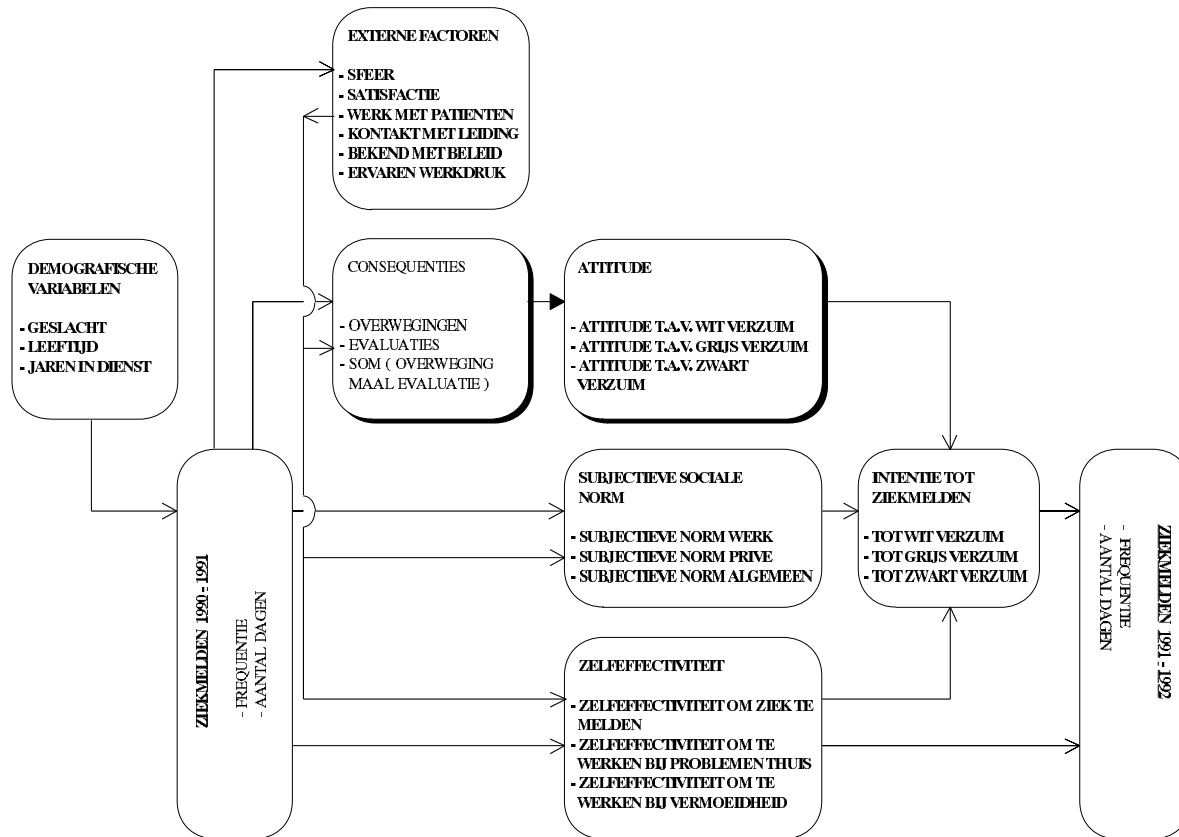
#### 3.1. Voorspelbaarheid van de attitude

De eerste vraagstelling betrof de voorspelbaarheid van de attitude tegenover ziekmelden uit de combinatie van overwegingen en evaluaties, ofwel uit de som van de produktvariabelen ( $\Sigma bxe$ ). Tevens wordt nagegaan in hoeverre de drie subschalen, de attitude tegenover wit, grijs en zwart verzuim, te verklaren zijn vanuit de som van de combinatie van overwegingen en evaluaties. Figuur 4 geeft aan welk deel van het onderzoeksmodel in deze paragraaf nader wordt beschouwd.

Figuur 4. De relatie tussen de combinaties van overwegingen en evaluaties bij ziekmelden enerzijds, en de attitude ten aanzien van ziekmelden anderzijds

De attitude correleerde met de som van het produkt van de zeven *positieve* overwegingen en bijbehorende evaluaties met  $r = .21$ . De correlatie van de som van het produkt van twaalf *negatieve* overwegingen en bijbehorende evaluaties was nagenoeg gelijk aan die van de overwegingen en evaluaties ten aanzien van positieve gevolgen, namelijk  $r = .18$ . Samenvoegen van alle mogelijke overwegingen en de evaluaties (in termen van Fishbein en Ajzen:  $\Sigma bxe$ ) leidde tot een wat sterkere samenhang met de attitude:  $r = .25$  (alle correlaties significant bij  $p < .001$ ). Hieruit blijkt dat de overwogen voordelige en nadelige consequenties van ziekmelden in vrijwel gelijke mate samenhangen met de attitude ten aanzien van ziekmelden. De relatie met de attitude is echter zwak; de variantie in de attitude zou voor vier respectievelijk drie procent worden verklaard. Door alle (19) overwegingen, vermenigvuldigd met de evaluaties, samen te voegen ontstaat een wat sterker verband: hierdoor wordt zes procent van de variantie in de attitude verklaard.

Uit de correlaties tussen elke overweging, elke evaluatie en de combinatie van beide enerzijds en de attitude anderzijds blijkt dat de evaluaties van de diverse overwegingen over het algemeen een sterker verband hebben met de attitude dan de afzonderlijke over-





wegingen of de combinatie van beide. In Bijlage 5A worden de correlaties weergegeven. Wanneer het produkt van de overweging met de evaluatie wordt beschouwd, blijkt dat de combinatie van de verwachte positieve consequenties van ziekmelden en de evaluaties sterker correleren met de attitude dan de combinaties van de verwachte negatieve consequenties en evaluaties. De correlaties zijn over het algemeen echter laag (maximaal  $r = .23$ ). Om na te gaan welke van de afzonderlijke overwegingen, vermenigvuldigd met de evaluatie, de attitude ten aanzien van ziekmelden het beste voorspellen, zijn stapsgewijze regressie-vergelijkingen uitgevoerd. Het resultaat hiervan staat in Tabel 6. Tevens zijn in deze tabel de Pearson's correlatie-coëfficiënten vermeld.

*Tabel 6. Pearson's r en regressie-uitkomsten van de combinatie van overweging en evaluatie van de consequenties, met de attitude ten aanzien van ziekmelden als afhankelijke variabele (stapsgewijze regressie)*

Multiple regressie (stapsgewijs)	Afhankelijke variabele: <b>attitude</b> ten aanzien van ziekteverzuim							
	Predictoren:	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> - change	F- change	df	β
Overweging x evaluatie:								
1. tijd om uit te rusten	.23	.23	.05	.05	17.1***	(1,349)	.22***	
2. maatregelen moeten worden getroffen	.21	.30	.09	.04	14.7**	(2,348)	.15**	
3. er wordt gebeld wanneer ik weer kom werken	-.14	.34	.12	.02	7.7*	(3,347)	-.16**	
4. afspraken met patiënten moeten afgezegd worden	.17	.36	.13	.01	5.6*	(4,346)	.12*	
5. ik word niet gemist en collega's nemen werk over	.13	.38	.14	.01	5.5*	(5,345)	.10*	

(\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ )

De regressie-analyse toont aan dat de combinaties van vijf overwegingen met de evaluaties gerelateerd zijn aan de verzuimattitude. We zien in Tabel 6 dat de correlaties (1e kolom) van deze overwegingen met de attitude zwak tot matig zijn. Overigens blijken ook vijf andere overwegingen significant te correleren met de verzuimattitude (zie Bijlage 5A), maar deze overwegingen leverden kennelijk na het uitpartialiseren van de vijf overwegingen in Tabel 6 geen unieke bijdrage aan het verklaren van de verzuimattitude.

Gezamenlijk verklaren de vijf combinaties van overwegingen en evaluaties van de betreffende consequentie 14 procent van de variantie in de directe attitude ten aanzien van ziekmelden ( $R = .38$ ;  $F(5,345) = 11.3$ ;  $p < .05$ ). Dit is aanzienlijk hoger dan wat de combinatie van negatieve overwegingen en evaluaties (drie procent), de combinatie van positieve overwegingen en evaluaties (vier procent) en alle overwegingen gezamenlijk, gecombineerd met de evaluaties (zes procent), verklaarden.

Als belangrijkste voorspeller van de attitude jegens ziekmelden komt naar voren dat men 'tijd heeft om uit te rusten', een positieve consequentie van ziekmelden. Opvallend is dat drie overwegingen, in combinatie met de evaluaties, waarvan verondersteld werd dat ze het ziekmelden zouden belemmeren, juist positief blijken samen te hangen met de verzuimattitude. Deze drie overwegingen zijn: dat maatregelen getroffen moeten worden wanneer men zich ziek meldt, dat afspraken met patiënten niet door kunnen gaan, en het negatieve gevoel dat men niet gemist wordt omdat men volledig vervangbaar is. Wat deze laatste betreft kan men zich voorstellen dat het eventueel bemoedigend werkt om thuis te blijven, wanneer men er toch van overtuigd is dat men niet gemist wordt. De idee van vervangbaarheid wordt kennelijk opgevat als een geruststelling, wat verzuimbevorderend werkt. Het missen van erkenning van een eigen bijdrage, ofwel het "niet gemist worden vanwege een eigen inbreng en invulling aan het werk, omdat collega's gewoon het werk kunnen overnemen" leidt, tegen de verwachting in, niet tot het voorkómen van ziekteverzuim. De enige wezenlijk belemmerende gedachte om zich ziek te melden is de overweging dat men opgebeld zal worden met de vraag wanneer men weer komt werken.

Naar aanleiding van het eerste deel van de vraag, in hoeverre de attitude voorspelbaar is uit de overwegingen en evaluaties, concluderen we dat de overwegingen bij de consequenties van ziekmelden, gecombineerd met de evaluaties van die consequenties naar de mate waarin men deze als vervelend of prettig ervaart, enigszins, maar niet sterk, samenhangen met de attitude ten aanzien van ziekmelden. Ter vergelijking: de correlatie tussen de attitude en de som van de produkten tussen overwegingen en evaluaties bedroeg in dit onderzoek  $r = .25$ , wat aanzienlijk lager is dan bijvoorbeeld de correlatie van  $r = .51$ , die Ajzen en Madden (1986) rapporteerden. Wanneer we een regressie-analyse uitvoeren met de combinaties van de afzonderlijke overwegingen en evaluaties als onafhankelijke variabelen, blijken vijf van deze combinaties echter meer van de variantie in de attitude te verklaren.

#### *De attitude ten aanzien van wit, grijs en zwart verzuim*

In hoeverre de attitude ten aanzien van wit, grijs, of zwart verzuim samenhangen met de afzonderlijke overwegingen en evaluaties, blijkt uit de resultaten van de volgende correlatie-analyses (zie Bijlage 5B voor details). De correlatie van de som van het produkt van de zeven *positieve* overwegingen en bijbehorende evaluaties, in termen van hoe prettig de verwachte consequenties worden bevonden, met de attitude ten aanzien van wit verzuim, is  $r = .20$  ( $p < .001$ ). Voor de attitude ten aanzien van grijs verzuim, evenals die van zwart verzuim, is de correlatie-coëfficiënt  $r = .15$  ( $p < .001$ ).

Een tweede correlatie-analyse geeft de samenhangen van de som van het produkt van de twaalf *negatieve* overwegingen en bijbehorende evaluaties, in termen van hoe vervelend men die vindt, met de attitude. De correlatie met de attitude jegens wit verzuim is laag ( $r = .09$ ,  $p < .01$ ). De attitude ten aanzien van grijs verzuim hangt even sterk samen met de

positieve als met de negatieve overwegingen:  $r = .15$  ( $p < .001$ ). De attitude ten aanzien van zwart verzuim hangt wat sterker samen met de te verwachten negatieve gevolgen dan met de te verwachten positieve consequenties, namelijk  $r = .19$  ( $p < .001$ ). Sommeren van alle mogelijke overwegingen en de evaluaties (in termen van Fishbein en Ajzen:  $\Sigma b_x e$ ) leidt tot correlaties die amper afwijken van de voorgaande: de correlatie-coëfficiënt van de som van produkten en de attitude ten aanzien van wit verzuim bedraagt  $r = .19$ , voor grijs verzuim  $r = .20$ , en voor de attitude tegenover zwart verzuim  $r = .20$  ( $p < .001$  voor alle correlaties).

Uit het voorgaande blijkt dat voor de attitude ten aanzien van wit verzuim met name de te verwachten voordelen van ziekmelden en de evaluaties daarvan met de attitude samenhangen; voor de attitude ten aanzien van zwart verzuim hangen juist de verwachte nadelen sterker samen met de attitude dan de verwachte voordelen. Het geheel aan verwachte voor- en nadelen, gecombineerd met de evaluaties, is voor alle verzuimattitudes praktisch even belangrijk.

#### *Regressie-analyse*

Tabel 7 geeft de uitkomsten van regressie-analyses met de drie verzuimattitudes als afhankelijke variabelen weer. Als predictor werden de combinaties van de overwegingen en evaluaties stapsgewijs ingevoerd. Ook nu zien we dat het verband tussen de combinatie van overwegingen en evaluaties en de attitude jegens wit, grijs en zwart verzuim als te voorspellen variabele klein is. Drie overwegingen zijn voor alle soorten attitude relevant, ongeacht het witte, grijze of zwarte karakter ervan. Dat men tijd heeft om uit te rusten, dat maatregelen getroffen moeten worden en dat vanuit het werk gebeld wordt met de vraag wanneer men weer komt werken, blijken bepalend te zijn voor de attitude ten aanzien van zowel wit, grijs als zwart verzuim. De enige specifieke overwegingen betreffen de gedachte dat afspraken met patiënten afgezegd moeten worden voor de attitude jegens grijs verzuim, en dat collega's extra werk krijgen door een ziekmelding voor de attitude tegenover zwart verzuim.

Van de attitude jegens wit verzuim wordt negen procent variantie verklaard ( $R = .30$ ;  $F(3,349) = 11.2$ ;  $p < .05$ ) door een drietal overwegingen, waarvan 'tijd hebben om uit te rusten' de meeste invloed op de attitude heeft (vijf procent verklarende waarde). De attitude tegenover zwart verzuim wordt in totaliteit voor acht procent verklaard ( $R = .29$ ;  $F(4,348) = 7.8$ ;  $p < .05$ ); belangrijkste overweging hierbij blijkt het gegeven dat maatregelen getroffen moeten worden wanneer er een ziekmelding is. De samenhang is ook hier, zoals bij het verklaren van de gehele attitude, positief: dat er maatregelen getroffen moeten worden leidt juist tot een positieve attitude ten opzichte van ziekmelden zonder verzuimreden. Een andere bijzondere invloed komt van de overweging dat collega's extra werk hebben door een ziekmelding; met een bèta van .12 heeft dit eveneens een positief effect op de attitude ten aanzien van zwart verzuim. De attitude jegens grijs verzuim wordt het

beste verklaard, namelijk twaalf procent van de variantie ( $R = .34$ ;  $F(5,349) = 9.2$ ;  $p < .05$ ). Het effect van het gegeven, dat men tijd krijgt om uit te rusten is ook hier het grootst ( $\beta = .20$ ).

*Tabel 7. Pearson's correlatie en regressie-uitkomsten van de combinatie van overwegingen en evaluaties ten aanzien van ziekmelden, met de attitude ten aanzien van wit, grijs en zwart verzuim als afhankelijke variabelen (stapsgewijze regressie)*

Multiple regressie (stapsgewijs)	Afhankelijke variabele: <b>attitude</b> ten aanzien van ziekteverzuim						
	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> - change	F- change	df	$\beta$
Combinatie overweging x evaluatie:							
attitude ten aanzien van <b>wit</b> verzuim							
1. tijd om uit te rusten	.23	.22	.05	.04	19.2***	(1,351)	.22***
2. er wordt gebeld wanneer ik weer kom werken	-.14	.27	.07	.02	7.8**	(2,350)	-.15**
3. maatregelen moeten worden getroffen	.15	.30	.09	.02	5.3*	(3,349)	.13**
attitude ten aanzien van <b>grijs</b> verzuim							
1. tijd om uit te rusten	.20	.20	.04	.04	14.8***	(1,353)	.20***
2. maatregelen moeten worden getroffen	.18	.26	.07	.03	13.8***	(2,352)	.15**
3. afspraken met patiënten moeten afgezegd worden	.17	.29	.09	.02	8.1**	(3,351)	.16**
4. werk blijft liggen	-.07	.32	.10	.01	5.4**	(4,350)	-.13*
5. er wordt gebeld wanneer ik weer kom werken	-.11	.34	.12	.01	5.1**	(5,349)	.12*
attitude ten aanzien van <b>zwart</b> verzuim							
1. maatregelen moeten worden getroffen	.19	.19	.04	.04	17.3***	(1,351)	.14**
2. tijd om uit te rusten	.15	.24	.06	.02	10.0**	(2,350)	.14**
3. collega's hebben extra werk	.17	.26	.07	.01	6.7**	(3,349)	.12*
4. er wordt gebeld wanneer ik weer kom werken	-.11	.29	.08	.01	4.5*	(4,348)	-.12*

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ )

Samenvattend constateren we dat een zwak verband wordt gevonden tussen de attitude tegenover ziekmelden enerzijds en de combinaties van de overwegingen en evaluaties anderzijds, ook wanneer de attitude wordt onderscheiden naar wit, grijs of zwart verzuim. Er zijn geen specifieke verwachte consequenties van ziekmelden die in het bijzonder met de attitude tegenover wit, grijs of zwart verzuim samenhangen. De correlaties van de attitude met de som van de combinaties van overwegingen en evaluaties bij gunstige consequenties, bij ongunstige consequenties en bij alle overwegingen en evaluaties geza-

menlijk worden niet verhoogd wanneer de verzuimattitude gescheiden wordt in de attitude tegenover wit, grijs dan wel zwart verzuim. Hetzelfde geldt voor de verklaarde variantie in de attitude, die niet hoger is voor een van de drie specifieke verzuimattitudes. Wel is een aantal van de overwegingen en evaluaties belangrijker voor bijvoorbeeld de attitude jegens wit verzuim, en amper van belang voor de attitude tegenover grijs of zwart verzuim. Feit blijft dat de mate waarin de combinaties van de overwegingen en evaluaties samenhangen met de verschillende attitudes jegens ziekmelden laag is. Ook wanneer de overwegingen en evaluaties afzonderlijk worden gerelateerd aan de verzuimattitudes, is de hoogst gevonden correlatie  $r = .26$ . Op basis van de correlaties tussen overwegingen en de diverse attitudes kunnen wel een aantal overwegingen worden genoemd, die voor de ene 'soort' attitude wel en voor de andere niet relevant zijn. Anders dan de veronderstelling op basis van het model van Ajzen (1988), wordt in dit onderzoek ten aanzien van ziekmelden slechts in beperkte mate overeenstemming gevonden tussen de schatting van de attitude vanuit de som van de combinatie van overwegingen en evaluaties (de zogenaamde 'belief-based' attitude) enerzijds en de attitude die op meer directe wijze is bepaald aan de hand van een semantische differentiaal anderzijds.

### 3.2. Voorspelbaarheid van de intentie

Voordat de intentie wordt voorspeld uit de attitude, de subjectieve sociale normen en de zelfeffectiviteit, worden de intercorrelaties tussen de onafhankelijke variabelen beschreven. In de studies van Ajzen en Fishbein worden significante intercorrelaties gerapporteerd, die, hoewel ze vrij sterk zijn, toch niet verhinderen dat de attitude, subjectieve norm en zelfeffectiviteit onafhankelijke bijdragen leveren aan de te verklaren variabele(n). Tabel 8 geeft de intercorrelaties weer.

Tabel 8. Intercorrelaties van de onafhankelijke variabelen ( $N = 543$ )

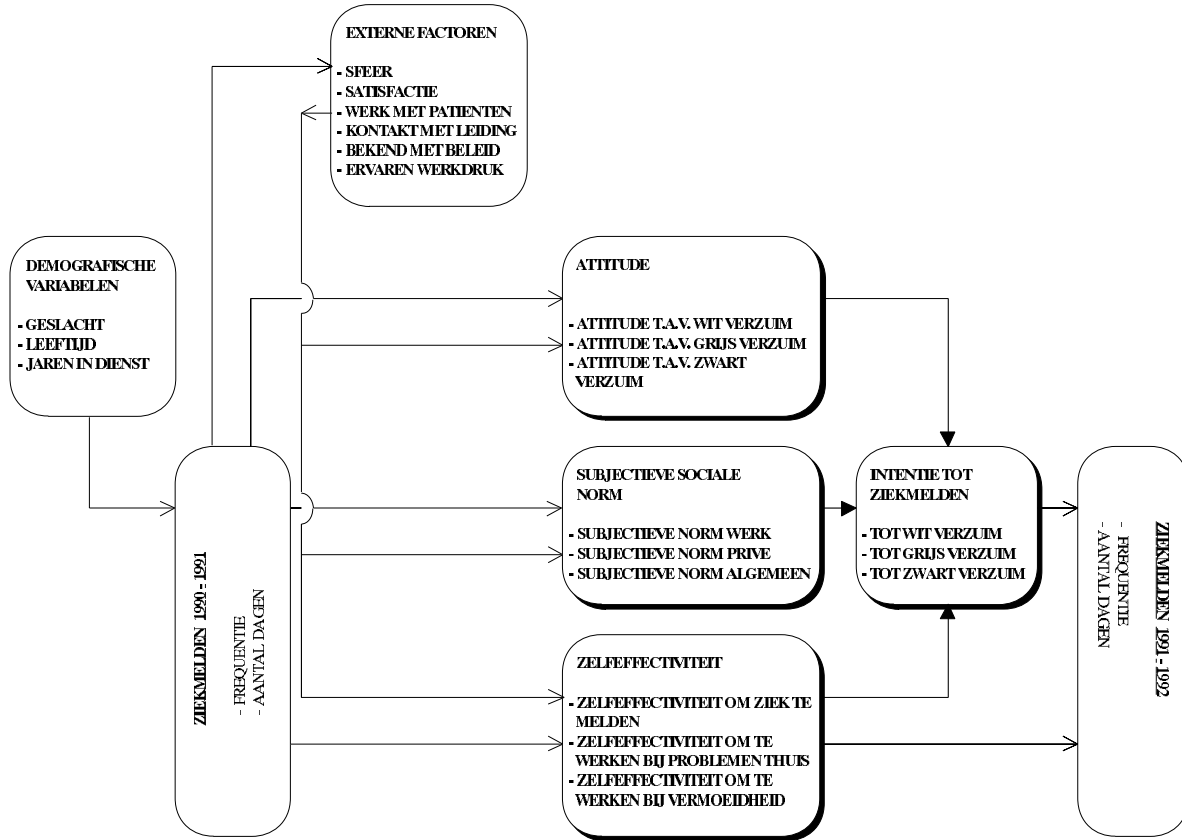
	1	2a	2b	2c	3a	3b
Attitude						
1. attitude	-					
Subjectieve sociale normen						
2a. sociale norm algemeen	-.21	-				
2b. sociale norm op het werk	-.22	.70	-			
2c. sociale norm in privé-situatie	-.18	.76	.70	-		
Zelfeffectiviteit						
3a. zelfeffectiviteit ziekmelden	.29	-.20	-.21	-.20	-	
3b. zelfeffectiviteit om te werken bij problemen in privé-situatie	-.12	.05	.12	.11	-.06	-
3c. zelfeffectiviteit om te werken bij vermoeidheid	-.18	.12	.16	.14	.06	.53

Over het algemeen zijn de correlaties laag tot matig. De gevonden hoge intercorrelaties betreffen die tussen de verschillende normen onderling, tussen de zelfeffectiviteit om te gaan werken bij problemen in de privé-situatie en om te gaan werken bij vermoeidheid, en tussen de zelfeffectiviteit om zich ziek te melden en de som van de overwegingen gecombineerd met de evaluaties. Met uitzondering van deze laatste relatie werden tussen de verschillende onafhankelijke componenten van het onderzoeksmodel (attitude, subjectieve sociale norm en zelfeffectiviteit), geen verbanden van betekenis gevonden.

### ***3.2.1. Attitude, subjectieve sociale norm en zelfeffectiviteit als determinanten***

De tweede vraagstelling betref de voorspelbaarheid van de intentie tot ziekmelden uit de attitude, de subjectieve sociale norm en de zelfeffectiviteit. Aanvullend daarop werd gevraagd naar de verbanden van deze variabelen met de specifieke intentie tot wit, grijs of zwart verzuim. In Figuur 5 wordt aangegeven welk deel van het onderzoeksmodel in de analyses wordt betrokken.

Figuur 5. Onderzoeksmodel met de intentie en de intentie tot wit, grijs en zwart verzuim als afhankelijke variabele.



De correlaties tussen de intentie om zich ziek te melden en de attitude, subjectieve sociale normen en zelfeffectiviteit zijn in Tabel 9 weergegeven. We zien dat de attitude en de intentie sterk met elkaar samenhangen. Hoe positiever de attitude tegenover een ziekmelding, hoe groter de intentie om tot ziekmelden over te gaan. De drie vormen van zelfeffectiviteit hangen redelijk samen met de intentie tot ziekmelden. De relaties tussen de subjectieve sociale normen en de intentie tot ziekmelden liggen ongeveer in dezelfde orde van grootte als die van de zelfeffectiviteit met de intentie. Alle correlaties zijn significant. Opmerkelijk is dat hoe strenger de normen zijn, hoe meer men geneigd is zich ziek te melden.

*Tabel 9. Correlaties onafhankelijke variabelen met intentie (N= 531)*

	Intentie tot ziekmelden
Attitude	
1. attitude	.67**
Subjectieve sociale norm	
2a. sociale norm algemeen	-.21**
2b. sociale norm op het werk	-.19**
2c. sociale norm in privé-situatie	-.16**
Zelfeffectiviteit	
3a. zelfeffectiviteit ziekmelden	.28**
3b. zelfeffectiviteit om te werken bij problemen in de privé-situatie	-.17**
3c. zelfeffectiviteit om te werken bij vermoeidheid	-.20**

(\*p < .01; \*\*p < .001)

In een stapsgewijze regressie blijken de attitude, de zelfeffectiviteit om te werken bij problemen in de privé-situatie, de zelfeffectiviteit om ziek te melden en de zelfeffectiviteit om te gaan werken wanneer men last heeft van vermoeidheid als predictoren in de vergelijking te worden opgenomen. De verklaarde variantie in de intentie vanuit de verzuimattitude bedroeg  $R^2 = .45$ . De drie zelfeffectiviteitschalen hadden elk nog een zeer geringe toevoegende waarde van minder dan één procent verklarende variantie ( $R = .69$ ;  $F(4,526) = 117.2$ ;  $p < .001$ ). Omdat het hier hele geringe bijdragen betrof, oefenden deze predictoren onderling invloed op elkaar uit met als gevolg dat de bèta van de zelfeffectiviteit om te gaan werken bij problemen in de privé-situatie niet significant was. Het resultaat van de regressie-analyse wordt weergegeven in Tabel 10.



Tabel 10. Correlaties en multipele regressie met intentie als afhankelijke variabele en de onafhankelijke variabelen (attitude, subjectieve sociale norm en zelfeffectiviteit) als predictoren (stapsgewijze invoer)

Multiple regressie (stapsgewijs)	Afhankelijke variabele: intentie tot ziekmelden						
	Predictoren:	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> - change	F- change	df
1. attitude	.67	.67	.45	.45	433.2***	(1,529)	.62***
2. zelfeffectiviteit om te werken bij problemen in de privé-situatie	-.17	.68	.46	.009	9.0**	(2,528)	-.06 <sup>n.s.</sup>
3. zelfeffectiviteit ziekmelden	.28	.68	.47	.007	7.3**	(3,527)	.11**
4. zelfeffectiviteit om te werken bij vermoeidheid	-.20	.69	.47	.004	4.4*	(4,526)	-.11***

(\*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001; <sup>n.s.</sup> = niet significant)

Om te bekijken wat de bijdragen van de variabelen zijn wanneer de attitude niet als eerste al een aanzienlijk deel van de variantie verklaart, werd een nieuwe multipele regressievergelijking uitgevoerd. Ditmaal werden de predictoren onafhankelijk van elkaar ingevoerd ('forced entry'), waarbij de attitude als laatste predictor werd toegevoegd. De attitude blijft ook dan veruit de sterkste predictor: met een aanvullende bijdrage van 36 procent verklarende variantie komt meer dan een derde van de variantie in de intentie tot ziekmelden op rekening van de attitude tegenover ziekmelden. De zelfeffectiviteit om zich ziek te melden en de zelfeffectiviteit om te gaan werken bij vermoeidheid of bij problemen in de privé-omgeving verklaren gezamenlijk 12 procent, voornamelijk door de zelfeffectiviteit om zich ziek te melden (zeven procent). De variantie in de intentie wordt voor 48 procent verklaard ( $R = .69$ ;  $F(4,536) = 121.7$ ;  $p < .001$ ).

Als antwoord op de tweede vraag wordt geconcludeerd dat de intentie tot ziekmelden voor een groot deel wordt verklaard door de verzuimattitude en dat de zelfeffectiviteit een significante bijdrage levert, die niet erg groot is. Opvallend is dat, in strijd met de verwachtingen, de subjectieve sociale normen geen onafhankelijke invloed hebben op de intentie tot ziekmelden, terwijl de correlaties matig tot redelijk en significant waren.

#### *De intentie tot wit, grijs en zwart verzuim*

Vervolgens bekijken we de correlaties tussen de diverse gedragsdeterminanten en de intentie tot ziekmelden, wanneer deze uitgesplitst wordt naar de intentie tot wit, grijs en zwart verzuim. Deze correlaties worden in Tabel 11 weergegeven.

Tabel 11. Correlaties onafhankelijke variabelen met intentie tot wit, grijs dan wel zwart verzuim (N= 531)

	Intentie - wit	Intentie - grijs	Intentie - zwart
Attitude			
1. attitude <sup>19</sup>	.54**	.54**	.53**
Subjectieve sociale norm			
2a. sociale norm algemeen	-.20**	-.10	-.19**
2b. sociale norm op het werk	-.17**	-.13*	-.15**
2c. sociale norm in privé-situatie	-.17**	-.08	-.12*
Zelfeffectiviteit			
3a. zelfeffectiviteit ziekmelden	.24**	.20**	.23**
3b. zelfeffectiviteit om te werken bij problemen in de privé-situatie	-.15**	-.13**	-.11**
3c. zelfeffectiviteit om te werken bij vermoeidheid	-.21**	-.15**	-.10*

(\*p < .01; \*\*p < .001)

We zien ook hier dat de attitude het sterkst met de verschillende intenties samenhangt. Naarmate men een positievere attitude heeft ten aanzien van ziekmelden is de intentie tot ziekmelden sterker.

De zelfeffectiviteit om zich ziek te melden hangt redelijk samen met de intentie tot ziekmelden; het maakt daarbij niet uit of de intentie tot ziekmelden op wit, grijs of zwart verzuim betrekking heeft. Men verwacht van zichzelf dat men zich ziek kan melden, ongeacht de redenen voor ziekmelden. Het verband van de zelfeffectiviteit om te gaan werken met de intentie tot ziekmelden is eveneens significant, maar wel minder sterk dan dat van de zelfeffectiviteit om zich ziek te melden. Naarmate men verwacht dat men kan werken ondanks problemen die zich in privé-sfeer voordoen, zoals wanneer een familielid ziek is, neemt de intentie tot ziekmelden af. Ook wanneer men zich bijvoorbeeld erg vermoeid voelt blijft de intentie om tot ziekmelden over te gaan laag, als men van zichzelf denkt dat men desondanks wel kan gaan werken.

Er is zo goed als geen relatie tussen de subjectieve sociale normen en de intentie tot grijs verzuim, maar de waargenomen normen hangen wel samen met de intentie tot wit en zwart verzuim. Dit is opvallend, omdat men zou verwachten dat juist bij grijs verzuim de mening van de omgeving een rol speelt. De beslissingsvrijheid bij grijs verzuim is immers groot: de verzuimreden bestaat uit het *ervaren* van klachten, die de ene persoon tot een ziekmelding doen besluiten, terwijl een ander de klachten niet als een belemmering voor werken ervaart. Ondanks de aanwezigheid van een beslissingsvrijheid laat men zich kennelijk niet door de omgevingsnormen beïnvloeden. De normen hangen juist wel samen

<sup>19</sup> De attitude tegenover wit verzuim is gerelateerd aan de intentie tot wit verzuim, idem dito voor de attitude en intentie met betrekking tot grijs en zwart verzuim.

met de intentie om zich ziek te melden wanneer er geen enkele reden toe is en wanneer er juist een medische reden voor is. De relatie is echter omgekeerd aan wat men zou verwachten: wanneer bekenden vinden dat je je niet zomaar kunt ziekmelden neemt de intentie tot ziekmelden toe, ongeacht of er sprake is van wit dan wel zwart verzuim.

### *Regressie-analyse*

Een stapsgewijze multiple regressie waarin de intentie opgesplitst is in de intentie ten aanzien van wit, grijs en zwart verzuim, gaf de uitkomsten zoals staan weergegeven in Tabel 12. De attitude als onafhankelijke variabele is daarbij eveneens gespecificeerd naar de attitude jegens wit, grijs of zwart verzuim.

*Tabel 12. Correlatie en multiple regressie met intentie tot wit, grijs en zwart verzuim als afhankelijke variabelen en de attitude jegens wit, grijs, resp. zwart verzuim, sociale norm en zelfeffectiviteit als onafhankelijke variabelen (stapsgewijze invoer)*

Multiple regressie (stapsgewijs)	Afhankelijke variabele: <b>intentie</b> tot ziekmelden							
	Predictoren:	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> - change	F- change	df	β
intentie tot <b>wit</b> verzuim								
1. attitude t.a.v. wit verzuim	.54	.77	.59	.59	817.0***	(1,533)	.75***	
2. zelfeffectiviteit werken bij problemen in privé-situatie	-.15	.77	.60	.01	7.8**	(2,532)	-.08**	
3. zelfeffectiviteit ziekmelden	.24	.78	.60	.01	5.0*	(3,531)	.06*	
intentie tot <b>grijs</b> verzuim								
1. attitude t.a.v. grijs verzuim	.54	.60	.36	.36	315.5***	(1,535)	.55***	
2. zelfeffectiviteit werken bij vermoeidheid	-.15	.61	.37	.01	7.5**	(2,534)	-.09**	
3. zelfeffectiviteit ziekmelden	.20	.61	.38	.01	6.3**	(3,533)	.08*	
intentie tot <b>zwart</b> verzuim								
1. attitude t.a.v. zwart verzuim	.53	.61	.37	.37	329.4***	(1,532)	.59***	
2. subjectieve sociale norm algemeen	-.19	.61	.37	.01	5.8*	(2,531)	-.07*	

(\*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001)

We zien dat de intentie tot ziekmelden, of het nu die ten aanzien van wit, grijs of zwart verzuim betreft, met name door de attitude ten opzichte van dat soort verzuim wordt bepaald. De tweede significante, maar marginaal bijdragende voorspeller bestaat uit de zelfeffectiviteit: het jezelf in staat achten te gaan werken wanneer je niet echt fit bent speelt een rol bij het grijze verzuim, de zelfeffectiviteit om te werken wanneer zich thuis problemen voordoen is van belang bij de intentie tot wit verzuim, en de zelfeffectiviteit om

zich ziek te melden, ondanks de gevolgen daarvan voor het werk, verklaart een deel van de intentie tot ziekmelden voor wit en grijs verzuim. Opvallend is dat de sociale norm wel significant blijkt te zijn als predictor voor de intentie tot zwart verzuim, maar voor de overige intenties niet significant is. Ook nu is de aanvullende betekenis, na de invloed die de attitude op de intentie tot ziekmelden uitoefent, gering<sup>20</sup>. Niettemin: wanneer men zich zonder legitieme reden ziek wil melden heeft de algemeen waargenomen norm blijkbaar een averechtse invloed. De variantie in de intentie tot wit verzuim wordt voor 60 procent verklaard ( $R = .78$ ;  $F(3,531) = 268.3$ ;  $p < .001$ ), de intentie tot grijs verzuim voor 38 procent ( $R = .61$ ;  $F(3,533) = 106.9$ ;  $p < .001$ ) en de intentie tot zwart verzuim voor 37 procent ( $R = .61$ ;  $F(2,531) = 157.0$ ;  $p < .001$ ).

Geconcludeerd wordt met betrekking tot de relatie tussen de attitude, subjectieve normen en zelfeffectiviteit en de intentie tot ziekmelden, dat met name de attitude en de verschillende vormen van zelfeffectiviteit van invloed zijn op het ontstaan van de intentie tot ziekmelden. In tegenstelling tot hetgeen verwacht wordt van de rol van sociale normen bij ziekmelden, blijken de subjectieve sociale normen niet van betekenis voor de intentie tot ziekmelden, behalve in geringe mate wanneer er sprake is van zwart verzuim: hoe afkeurender de normen die men in het algemeen waarneemt ten opzichte van 'zomaar ziekmelden', hoe sterker men overweegt om tot zwart verzuim over te gaan.

### ***3.2.2. De invloed van externe factoren***

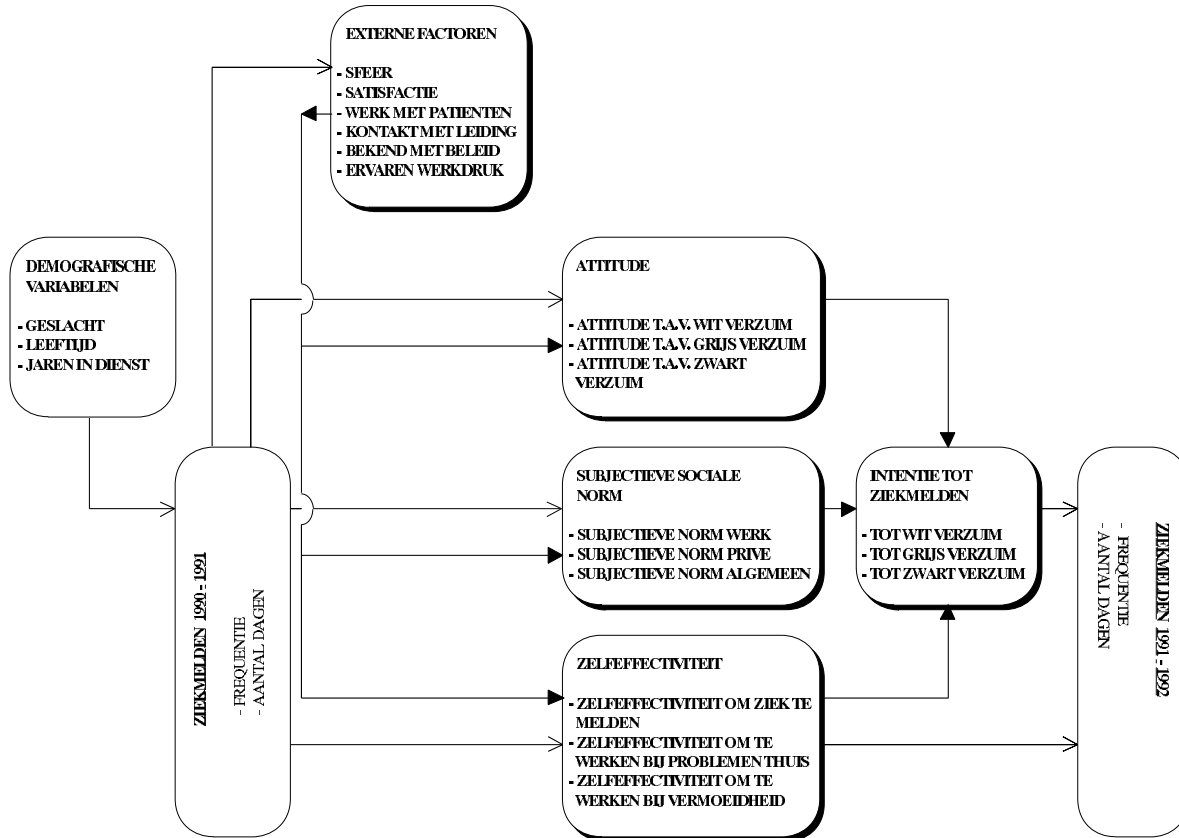
Een derde groep van vragen betrof de invloed die de externe factoren kunnen uitoefenen op de onafhankelijke variabelen en op de intentie tot ziekmelden. Een theoretische vooronderstelling, door Fishbein en Ajzen uitgesproken, is dat de externe factoren niet rechtstreeks van invloed zijn op de gedragsintentie, maar via beïnvloeding van de attitude, subjectieve norm en zelfeffectiviteit de gedragsintentie mede bepalen. Er worden zes externe factoren onderscheiden, namelijk algemene tevredenheid met de werkinhoud (satisfactie genoemd), tevredenheid met betrekking tot de werksfeer (sfeer), leuk vinden om met patiënten te werken (patiënten), een goed contact met de leiding (leiding), geïnformeerd zijn over het beleid (beleid) en tot slot de ervaren werkdruk (werkdruk). In Figuur 6 worden de verwachte relaties aangegeven.

<sup>20</sup> Dat de subjectieve norm zelfs niets aan wat al is verklaard lijkt toe te voegen ( $R^2$  blijft .37) is het gevolg van het afronden van de  $R^2$  van de attitude naar boven en van de sociale norm naar beneden.

Figuur 6. Relaties tussen de externe factoren, de gedragsdeterminanten en de intentie

De correlaties tussen de zes externe factoren enerzijds en de onafhankelijke variabelen anderzijds worden in Tabel 13 weergegeven.

De ervaren werkdruk, het contact met de leiding en met de patiënten lijken helemaal niet of nauwelijks van invloed te zijn op de verzuimattitude, sociale norm en zelfeffectiviteit. Er bestaat wel een relatie tussen de norm die op het werk wordt ervaren, en het contact met de leiding: hoe beter het contact met de leiding, hoe sterker men normen in de werkomgeving ervaart, die een ziekmelding zonder gegronde reden tolereren. Daarnaast hangen consequenties van ziekmelden samen met het gegeven dat men met patiënten werkt. Maar verder hebben deze drie externe factoren, werkdruk, leiding en werken met patiënten, geen enkele relatie met de onafhankelijke variabelen in het onderzoeksmodel. Beduidend sterkere relaties worden wel gevonden tussen de bekendheid met het beleid en de onafhankelijke variabelen. Slechts twee variabelen hangen in het geheel níet samen met de beleidsbekendheid, namelijk de zelfeffectiviteit om zich ziek te melden en de som van de consequenties en evaluaties van ziekmelden. Het verband tussen de norm op het werk en de bekendheid met het beleid is het sterkst: hoe sterker normen op het werk worden ervaren, hoe beter men op de hoogte is van beleidsinformatie, of andersom. Ook het



ervaren van een goede werksfeer en tevredenheid met het werk hangen aanzienlijk samen met de sociale norm op het werk. Verder valt de relatie tussen de attitude en de tevredenheid met het werk op, omdat we inmiddels op de hoogte zijn van de sterke relatie tussen de attitude en de intentie tot ziekmelden. Het verband hiertussen is even sterk als de relatie tussen het beleid en de verzuimattitude. De attitude tegenover ziekmelden is negatief, naarmate men tevreden is over de inhoud van het werk en op de hoogte is van beleidsinformatie. De overige externe variabelen - de sfeer op het werk, plezier in het werken met patiënten, een goed contact met de leidinggevende en de ervaren werkdruk - hangen niet samen met de attitude tegenover ziekmelden.

Tabel 13. Correlaties tussen de externe variabelen en de attitude, sociale norm en zelfeffectiviteit (N= 322)

	sfeer	satisfactie	patiënten	leiding	werkdruk	beleid
Attitude						
1. attitude	-.05	-.19**	.09	-.10	.02	-.19**
2. som van combinatie overweging x evaluatie	.13*	.09*	.18**	.11	.07	.07
Subjectieve sociale norm						
3a. sociale norm algemeen	.11	.12	.01	.11	.05	.23**
3b. sociale norm op het werk	.19**	.24**	.01	.16*	-.00	.28**
3c. sociale norm in privé-situatie	.11	.16*	.03	.10	.07	.20**
Zelfeffectiviteit						
4a. zelfeffectiviteit ziekmelden	.02	.01	.03	.03	-.07	.00
4b. zelfeffectiviteit om te werken bij problemen in privé-situatie	.02	.10	-.03	.10	-.06	.15**
4c. zelfeffectiviteit om te werken bij vermoeidheid	.12*	.12*	.09	.08	.10	.20**

(\*p <.01; \*\*p <.001)

### Regressie-analyse

Uit stapsgewijze regressie-analyses met de attitude, subjectieve sociale norm en zelfeffectiviteit als afhankelijke variabelen en de zes externe factoren als predictoren, blijkt dat in de volgende twaalf relaties de externe variabelen bepalend zijn voor een wezenlijk deel van de gedragsdeterminanten.

De *attitude* is voor een deel afhankelijk van één externe variabele, namelijk de bekendheid met het beleid ( $R = \beta = -.20$ ). Hoe beter men op de hoogte is van beleidsinformatie, hoe negatiever de attitude ten aanzien van ziekmelden is. Dat men het leuk vindt met patiënten te werken is de enige variabele die van invloed op de som van de overwegingen, gecombineerd met de evaluaties ( $R = \beta = .18$ ).

De subjectieve sociale normen worden alle drie voor een deel rechtstreeks door de externe variabelen bepaald: de sociale norm algemeen, dat wil zeggen de norm van allerlei

mensen die voor de respondent belangrijk zijn, hangt samen met beleidsinformatie ( $\beta = .20$ ) en de werkdruk ( $\beta = .13$ ;  $R = .23$ ). De indruk dat anderen het zullen tolereren dat je je zomaar ziekmeldt hangt samen met het op de hoogte zijn van informatie over het beleid en het ervaren van werkdruk. De sociale norm die op het werk wordt ervaren komt voor negen procent tot stand door drie externe factoren: hoe bekender met het beleid ( $\beta = .21$ ), hoe beter het contact met de leiding ( $\beta = .12$ ) en hoe meer werkdruk men ervaart ( $\beta = .11$ ;  $R = .29$ ), hoe toleranter de groepsnorm op het werk tegenover ziekmelden wordt waargenomen. De norm die men in de privé-context waarneemt wordt door twee externe variabelen verklaard: wederom hoe beter men op de hoogte is van beleidsinformatie ( $\beta = .18$ ) en hoe groter de ervaren werkdruk ( $\beta = .17$ ;  $R = .23$ ), des te meer ervaart men in de privé-omgeving dat ziekmelden zonder reden wel kan.

De enige van de gedragsdeterminanten die niet door de externe factoren wordt verklaard, is de zelfeffectiviteit om zich ziek te melden. Het van jezelf verwachten dat je je wel ziek kunt melden heeft geen oorsprong in het ervaren van de externe factoren. Beide andere vormen van zelfeffectiviteit worden wel voor een deel beïnvloed door twee van de externe factoren. De zelfeffectiviteit om te gaan werken bij problemen thuis komt voor een deel tot stand door het op de hoogte zijn van het beleid ( $R = \beta = .15$ ); het kunnen gaan werken wanneer men last heeft van vermoeidheid komt hierdoor eveneens voor een deel tot stand ( $\beta = .20$ ) en is tevens ten dele het gevolg van de ervaren werkdruk ( $\beta = .10$ ;  $R = .21$ ).

Samenvattend blijkt uit zowel de correlatie- als regressie-analyses, dat bij het tot stand komen van de attitude, sociale normen en zelfeffectiviteit om te gaan werken het in ieder geval mede een rol speelt of men op de hoogte is van het beleid van de organisatie. Hoewel er ook significante verbanden zijn gevonden tussen de mate van tevredenheid over de inhoud van het werk en de attitude, subjectieve sociale norm en zelfeffectiviteit, komt in regressie-analyses ná de bekendheid met het beleid vooral de ervaren werkdruk als tweede belangrijke factor voor het ontstaan van de gedragsdeterminanten naar voren. Zowel bekendheid met het beleid, de ervaren werkdruk als tevredenheid met het werk oefenen een significante invloed uit op het ontwikkelen van de attitude tegenover ziekmelden, op de verwachte sociale norm met betrekking tot ziekmelden en op de zelfeffectiviteit om te gaan werken.

Om na te gaan of de externe factoren ook ná de attitude, sociale norm en zelfeffectiviteit nog variantie van de intentie verklaren, is een stapsgewijze regressie-analyse in twee stappen uitgevoerd. In een eerste blok zijn de eerder van de attitude, subjectieve sociale normen en zelfeffectiviteit significant gebleken predictoren (zie ook Tabel 10) geforceerd ingevoerd. In een tweede stap is gekeken in hoeverre de zes externe factoren nog verklaarende waarde toevoegen. Het resultaat wordt in Tabel 14 weergegeven.



Tabel 14. Verklaarde variantie van de intentie door de gedragsdeterminanten (blok 1, methode 'enter'), aangevuld met de externe factoren (blok 2, methode stapsgewijs)

Multiple regressie	Afhankelijke variabele: intentie tot ziekmelden							
	Predictoren:	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> - change	F- change	df	β
BLOK 1:								
1. attitude	.67	.67	.45	.45	429.1***	(1,497)	.61**	
2. zelfeffectiviteit om te werken bij vermoeidheid	-.20	.68	.46	.01	10.4**	(2,496)	-.09**	
3. zelfeffectiviteit ziekmelden	.28	.69	.47	.01	6.8**	(3,495)	.11***	
BLOK 2:								
4. beleid	-.24	.70	.49	.02	16.3***	(4,494)	-.14***	
5. werkdruk	.08	.70	.50	.01	7.0**	(5,493)	.08*	

(\*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001)

Naast de attitude, de zelfeffectiviteit om te werken bij vermoeidheid en zelfeffectiviteit om zich ziek te melden (met gezamenlijk 47 procent verklaarde variantie in de intentie tot ziekmelden), leveren nog twee externe variabelen een unieke aanvullende bijdrage aan de intentie tot ziekmelden. Dit is tegen de verwachting in, omdat in de theorie van gepland gedrag immers wordt verondersteld dat andere factoren dan de attitude, subjectieve norm en zelfeffectiviteit geen onafhankelijke invloed op de intentie tot ziekmelden uitoefenen; deze konden alleen werkzaam zijn via een bijdrage aan het vormen van de attitude, subjectieve norm en zelfeffectiviteit. Een significant, maar klein deel van de variantie in de intentie wordt echter verklaard door de bekendheid met het beleid en door de ervaren werkdruk. Totaal wordt de variantie in de intentie voor 50 procent verklaard ( $R = .70$ ;  $F(5,493) = 97.2$ ;  $p < .01$ ).

#### *De intentie tot wit, grijs en zwart verzuim*

Om na te gaan in hoeverre de verklaarde variantie verandert bij uitsplitsing naar de intentie tot wit, grijs of zwart verzuim, zijn drie afzonderlijke hiërarchische multiple regressie-analyses uitgevoerd. Wederom is in de eerste stap de invloed van de gedragsdeterminanten op de intentie tot wit, grijs en zwart verzuim vastgesteld (vergelijkbaar met Tabel 12), waarna is gekeken of de externe factoren in een tweede stap nog significante waarde toevoegen aan de verklaarde variantie in de intentie tot wit, grijs en zwart verzuim. Het resultaat wordt in Tabel 15 weergegeven.

Tabel 15. Correlatie en multipele regressie met stapsgewijze invoer van de gedragsdeterminanten in blok 1 en de externe factoren in blok 2, en de intentie tot wit, grijs en zwart verzuim als afhankelijke variabelen.

Multiple regressie (stapsgewijs)	Afhankelijke variabele:						
	<b>intentie</b> tot ziekmelden						
Predictoren:	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> - change	F- change	df	β
<b>BLOK 1: intentie tot <b>wit</b> verzuim</b>							
1. attitude t.a.v. wit verzuim	.54	.78	.60	.60	791.8***	(1,492)	.74***
2. zelfeffectiviteit werken bij problemen in privé-situatie	-.15	.78	.61	.01	12.4**	(2,491)	-.09**
3. zelfeffectiviteit ziekmelden	.24	.79	.62	.01	4.4*	(3,490)	.07*
<b>BLOK 2:</b>							
4. beleid	-.17	.79	.62	.01	4.8*	(4,489)	-.07*
<b>BLOK 1: intentie tot <b>grijs</b> verzuim</b>							
1. attitude t.a.v. grijs verzuim	.54	.60	.36	.36	294.6***	(1,494)	.56***
2. zelfeffectiviteit werken bij vermoeidheid	-.13	.61	.37	.01	8.6**	(2,493)	-.07*
3. zelfeffectiviteit ziekmelden	.20	.62	.38	.01	4.9*	(3,492)	.09*
<b>BLOK 2:</b>							
4. beleid	-.24	.63	.40	.02	18.1***	(4,491)	-.20***
5. werkdruk	.10	.64	.41	.01	7.8*	(5,490)	.08*
<b>BLOK 1: intentie tot <b>zwart</b> verzuim</b>							
1. attitude t.a.v. zwart verzuim	.53	.59	.35	.35	306.3***	(1,491)	.57***
2. subjectieve sociale norm algemeen	-.10	.59	.35	.01	5.8**	(2,490)	-.08*
<b>BLOK 2:</b>							
3. beleid	-.16	.60	.36	.01	9.2**	(3,489)	-.10***

(\*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001)

Van de onafhankelijke variabelen was al geconstateerd dat de attitude veruit de belangrijkste factor in de vorming van de intenties tot ziekmelden vormt, aangevuld met de zelfeffectiviteit; de subjectieve sociale norm is alleen van geringe betekenis bij de intentie tot zwart verzuim (zie ook Tabel 12).

Wat de toevoeging door de externe factoren betreft vormt, net zoals in Tabel 14, wederom de bekendheid met het beleid de belangrijkste variabele die toegevoegde waarde heeft voor alle intenties tot ziekmelden; de bèta's variëren van -.07 voor wit verzuim, -.10 voor zwart verzuim, tot -.20 voor de intentie tot grijs verzuim. Als enige andere externe variabele levert de ervaren werkdruk een significante bijdrage aan de intentie tot grijs verzuim.

Concluderend: Over het algemeen genomen blijkt de neiging om zich ziek te melden voor

een deel bepaald te worden door het op de hoogte zijn van het beleid in de organisatie: hoe beter men op de hoogte is van beleidsplannen, hoe minder sterk men geneigd is zich ziek te melden. Of de verzuimredenen dan op het witte, grijze dan wel zwarte vlak liggen is verder niet relevant, maar vooral de invloed op de intentie tot grijs verzuim is aanzienlijk. Blijkbaar heeft het bekend zijn met informatie en mogelijk een gevoel van betrokkenheid, of besef van verantwoordelijkheid, als gevolg dat men minder snel geneigd is zich ziek te melden. Voorts werkt het regelmatig ervaren van een grote werkdruk de intentie tot grijs verzuim in de hand. Het op de hoogte zijn met het beleid is ook rechtstreeks gerelateerd aan de verzuimattitude, subjectieve normen en zelfeffectiviteit, terwijl de werkdruk juist met geen enkele van deze samenhangt (zie Tabel 13). Het op de hoogte zijn van beleidsinformatie heeft invloed op de gedragsdeterminanten en levert daarbuiten ook rechtstreeks een bijdrage aan de intentie tot ziekmelden.

### 3.3. Voorspelbaarheid van het ziekteverzuim

De laatste vragen betreffen het verklaren van het feitelijk ziekmelden door de intentie en de zelfeffectiviteit, de attitude en subjectieve sociale normen, de externe variabelen, het eerdere verzuimgedrag en een aantal demografische variabelen. Het feitelijk verzuim is gemeten aan de hand van twee gegevens: de meldfrequentie en het aantal verzuimde dagen. De periode waarover deze gegevens zijn verzameld beslaat 12 maanden, gemeten vanaf de vragenlijst-sessie.

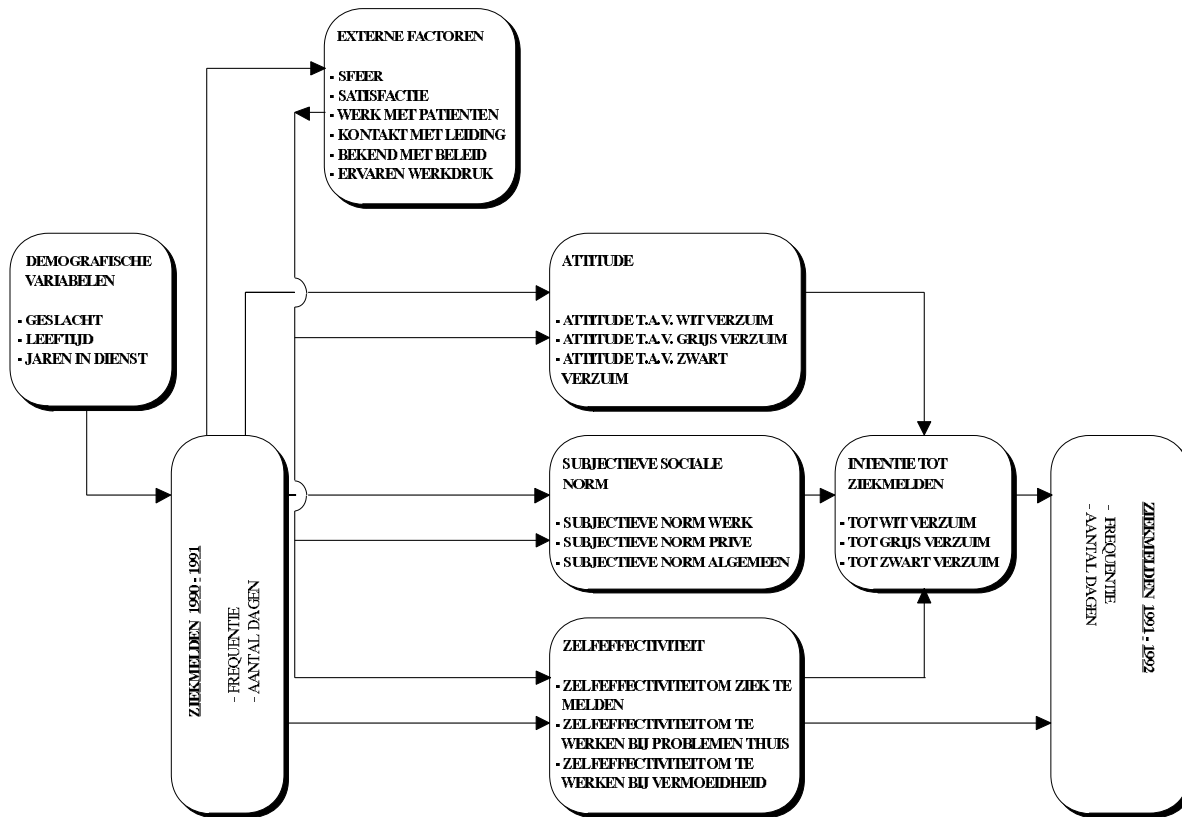
Uitgaande van het onderzoeksmodel, zoals weergegeven in Figuur 7, zien we dat van de intentie en van de zelfeffectiviteit een directe invloed op het verzuimgedrag wordt verondersteld. Nagegaan wordt in hoeverre de meldfrequentie en het aantal verzuimde dagen voorspeld kunnen worden uit de intentie, de zelfeffectiviteit om ziek te melden, de zelfeffectiviteit om te gaan werken bij problemen thuis en bij vermoeidheid. Daarna wordt onderzocht in hoeverre de attitude en de subjectieve norm buiten hun invloed op de intentie tot ziekmelden nog direct iets toevoegen aan de verklaring van het verzuimgedrag. Tevens wordt bekeken of de externe factoren aanvullend (na de intentie en na de drie gedragsdeterminanten) nog enige variantie in het verzuimgedrag verklaren, en in hoeverre ook het *gerapporteerde eerdere verzuim* daaraan mogelijk nog wat toevoegt. Deze laatste, links in het model weergegeven, bestaat uit de meldfrequentie en het aantal verzuimde dagen gedurende het jaar voorafgaand aan het onderzoek, weergegeven door de respondenten zelf op de eerste pagina van de vragenlijst. Tot slot wordt de invloed van een aantal *demografische variabelen*, waarvan uit de literatuur bekend is dat deze gerelateerd zijn aan verzuim, zoals geslacht, leeftijd, en aantal jaar dienstverband, op het verzuimgedrag onderzocht. Op deze manier wordt successievelijk onderzocht welke variabelen, in aanvulling op de verklarende waarde van de voorspellers (intentie en zelfeffectiviteit), een

direkte invloed op het verzuimgedrag hebben. In § 3.3.1. worden de resultaten van een aantal aanvullende analyses beschreven.

De verwachte samenhang tussen de variabelen wordt in Figuur 7 nog eens aangegeven.

Figuur 7. Het onderzoeksmodel: de invloed van demografische variabelen, van het gerapporteerde verzuim een jaar vóór het onderzoek, van de externe factoren, attitude, subjectieve sociale normen, zelfeffectiviteit en de intentie, op het te verklaren verzuimgedrag

De resultaten van multiële regressie-analyses, met de meldfrequentie en het aantal verzuimde dagen als te verklaren variabelen, worden weergegeven in Tabel 16.



*Tabel 16. Correlaties en multiële regressies met het ziekmelden als afhankelijke variabele, en de intentie tot ziekmelden en zelfeffectiviteit (blok 1), de attitude en sociale normen (blok 2), de externe factoren (blok 3), het eerdere verzuimgedrag (blok 4) en de demografische variabelen leeftijd, aantal dienstjaren en geslacht (blok 5) als voorspellers (methode: in blokken 'stapsgewijs').*

Multiple regressie (stapsgewijs)	Afhankelijke variabele: <b>gedrag ziekmelden</b>							
	Predictoren:	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> - change	F- change	df	β
<b>BLOK 1 t/m 5</b>		<b>de meldfrequentie</b>						
Blok 1: . intentie tot ziekmelden	.17	.17	.03	.03	15.3***	(1,540)	.14***	
Blok 2: . -								
Blok 3: . -								
Blok 4: . frequentie vorig jaar	.20	.22	.05	.02	11.1***	(2,539)	.14**	
Blok 5: . geslacht	.16	.27	.07	.02	12.6***	(3,538)	.15***	
<b>BLOK 1 t/m 5:</b>		<b>het totaal aantal ziekgemelde dagen</b>						
Blok 1: . -								
Blok 2: . -								
Blok 3: . satisfactie	-.15	.14	.02	.02	10.3***	(1,527)	-.09*	
Blok 4: . aantal verzuimdagen vorig jaar	.26	.31	.10	.08	46.6***	(2,526)	.28***	
Blok 5: . geslacht	.12	.32	.10	.01	4.2*	(3,525)	.08*	

(\*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001)

*- Intentie tot ziekmelden en zelfeffectiviteit als voorspellers*

De enige directe invloed op de meldfrequentie is afkomstig van de intentie om zich ziek te melden. Van de vier mogelijke voorspellers, te weten de intentie, de zelfeffectiviteit om zich ziek te melden, de zelfeffectiviteit om te gaan werken bij privé-problemen en de zelfeffectiviteit bij het ervaren van gezondheidsklachten, is er niet één, die van invloed is op het aantal verzuimde dagen. De zelfeffectiviteit is niet direct bepalend voor de meldfrequentie of voor het aantal verzuimde dagen, maar is wel een indirecte voorspeller vanwege de relatie met de intentie tot ziekmelden, zoals in § 3.2.1 is geconstateerd.

*- Directe voorspellende waarde van attitude en subjectieve sociale normen, externe factoren, eerder verzuimgedrag en demografische variabelen*

Vervolgens is nagegaan of de attitude en sociale normen mogelijk ná opname van de

intentie als voorspeller nog variantie in de **meldfrequentie** verklaren. Verondersteld wordt dat dit niet het geval is, en dat deze variabelen alleen via de intentie het gedrag beïnvloeden. Dit wordt bevestigd: in een regressie-analyse, waarin de *attitude en sociale normen* in een tweede blok na de intentie tot ziekmelden zijn ingevoerd, is geen aanvullende variantie verklaard.

Daarna zijn de zes *externe variabelen* na de intentie in een tweede blok aan de regressie-analyse toegevoegd; ook dit levert géén significante toevoeging aan de verklaarde variantie in de meldfrequentie.

Het opnemen van de *meldfrequentie van vorig jaar* leidt wel tot een toevoeging aan de verklaarde variantie: de eerdere meldfrequentie levert twee procent extra verklaarde variantie op: de totale verklaarde variantie in de frequentie van ziekmelden komt daarmee op vijf procent.

Tot slot wordt een aantal *demografische variabelen* in een nieuw blok, na een blok met de intentie tot ziekmelden en na de eerdere meldfrequentie, in de regressie opgenomen. Van het aantal jaar dat men in dienst is van het ziekenhuis, van de leeftijd en van het geslacht wordt het geslacht als significante predictor opgenomen. De toegevoegde verklaarde variantie bedraagt twee procent, waarmee het totaal percentage verklaarde variantie in de meldfrequentie op zeven procent uitkomt.

De regressie-analyses met het **aantal verzuimde dagen** als te verklaren variabele gaven al aan, dat noch de intentie tot ziekmelden, noch de zelfeffectiviteit van belang waren voor de verzuimde dagen. Exploratief zijn vervolgens *attitude en sociale normen* in een blok als predictor aan de vergelijking toegevoegd: dit levert geen significante predictor op. Daarna zijn de zes *externe factoren* stapsgewijs ingevoerd, wat tot één significante voorspeller leidde: de satisfactie met de werkinhoud. Hoe minder men tevreden is met het werk, des te meer dagen is men afwezig geweest op grond van een ziekmelding. Twee procent variantie in de verzuimde dagen kan hierdoor verklaard worden.

In een volgende stap is hierna het *eerdere verzuimgedrag*, bestaande uit de hoeveelheid verzuimde dagen gedurende het vorig jaar, aan de regressie toegevoegd: de eerdere hoeveelheid verzuimde dagen blijkt eveneens een significante voorspeller te zijn, die acht procent van de variantie in de verzuimdagen verklaart.

Tot slot zijn een drietal *demografische kenmerken* van de onderzoeksgroep, namelijk leeftijd, jaren in dienst van het ziekenhuis en het geslacht, aan de vergelijking toegevoegd; ook nu blijkt het geslacht, net zoals bij de meldfrequentie, van invloed te zijn op de hoeveelheid verzuimde dagen; de aanvulling aan de hoeveelheid verklaarde variantie in de verzuimdagen is echter nauwelijks merkbaar, na de voorspellende waarde van de verzuimde dagen het jaar voorafgaand aan de vragenlijst. De totale hoeveelheid variantie in de hoeveelheid verzuimde dagen, die verklaard kan worden door deze mogelijke voorspellers, bedraagt tien procent.

Op basis van Tabel 16 wordt geconcludeerd dat de variantie in de meldfrequentie in totaal

slechts voor zeven procent wordt verklaard en de variantie in het aantal ziekgemelde dagen voor tien procent. Van de directe voorspellers volgens het onderzoeksmodel is alleen de intentie direct van invloed op de meldfrequentie. Er is geen ondersteuning gevonden voor de verwachting (Ajzen, 1991) dat het verzuimgedrag rechtstreeks afhankelijk is van de zelfeffectiviteit om zich ziek te melden. Geen van de drie onderzochte vormen van zelfeffectiviteit zijn van voorspellende waarde voor het rechtstreeks verklaren van het verzuimgedrag; een correlatie-analyse geeft eveneens aan dat er geen samenhang is tussen de zelfeffectiviteit en de frequentie van ziekmelden of de hoeveelheid verzuimde dagen.

Zowel de meldfrequentie als het totaal aantal verzuimde dagen van het jaar voorafgaand aan het onderzoek zijn mede van invloed op het te verklaren verzuim; met name de hoeveelheid verzuimde dagen is sterk afhankelijk van het verzuim van het jaar daarvoor. Naast de invloed die het eerdere verzuim en de intentie tot ziekmelden hebben op de meldfrequentie, wordt ook een rechtstreeks deel van deze meldfrequentie bepaald door het geslacht; de aanwezigheid van vrouwen leidt tot een hoger aantal ziekmeldingen dan wanneer de populatie alleen uit mannen zou bestaan. Ook op het aantal ziektedagen heeft het geslacht<sup>21</sup> een direct effect, naast de voorspellende waarde van het aantal verzuimde dagen in het jaar voorgaand aan het onderzoek en de mate waarin men tevreden is met de werkinhoud. Wanneer de intentie tot ziekmelden wordt uitgesplitst naar wit, grijs en verzuim, blijken er amper verschillen te bestaan tussen de verschillende verzuimintenties. Zonder uitzondering hangen deze nauwelijks samen met de meldfrequentie (voor wit, grijs en zwart verzuim respectievelijk  $r = .12$ ,  $r = .15$  en  $r = .12$ ). Elk van deze intenties tot ziekmelden verklaart twee procent variantie in de frequentie van ziekmelden. Zoals uit Tabel 16 blijkt wordt de hoeveelheid verzuimde dagen niet beïnvloed door de intentie tot ziekmelden; ook wanneer deze wordt uitgesplitst naar de intentie tot wit, grijs en zwart verzuim worden geen significante relaties met het aantal ziekgemelde dagen gevonden. Slechts één variabele hangt enigszins samen met het aantal verzuimde dagen; dit betreft de zelfeffectiviteit om te gaan werken wanneer er problemen in de privé-situatie zijn, bijvoorbeeld wanneer men thuis een langdurig zieke verzorgt of een kind onverwachts ziek is ( $r = -.14$ ,  $p < .01$ ). Overigens is de relatie tussen het aantal ziekmeldingen en het aantal verzuimde dagen praktisch nul; er is geen sprake van samenhang tussen beide begrippen. Het feit dat de meldfrequentie mede wordt bepaald door de intentie tot ziekmelden, bevestigt het vermoeden dat met name het besluit om te verzuimen als keuzegedrag is op te vatten. De gedragsintentie (ditmaal om zich ziek te melden) speelt hierin kennelijk wel een rol, en niet bij het verklaren van de hoeveelheid verzuimde dagen. Wanneer een

<sup>21</sup> Correlaties bevestigen de bevinding dat het geslacht van invloed is op het verzuimgedrag: vrouwen melden zich vaker ziek dan mannen (afgezien van het effect van zwangerschaps- en bevallingsverlof op de verzuimgegevens) en zijn per jaar ook meer dagen afwezig ten gevolge van ziekmeldingen dan mannen.



intentie tot ziekmelden bestaat kan deze direkt tot een ziekmelding leiden. Het verzuim in dagen uitgedrukt is niet zozeer afhankelijk van een persoonlijke beslissing, maar wordt in eerste instantie veroorzaakt door een ervaren onvrede met de werkinhoud, en daarnaast door de hoeveelheid verzuimde dagen van het jaar hiervoor, wat mogelijk een vaste verzuimbehoefte weerspiegelt.

Wat de meldfrequentie betreft, vormt de intentie een heus sluitstuk in het verklaren van de variantie. Attitude en sociale normen én de externe variabelen voegden niets meer toe aan de invloed van de intentie. We constateren dat dit overeenkomt met de veronderstellingen bij het onderzoeksmodel.

### *Resumerend*

Tot zover hebben de analyses betrekking gehad op de gehele groep respondenten (N=600). De *meldfrequentie* voor deze hele groep bleek in enige mate te verklaren uit de intentie tot ziekmelden, het aantal keer dat men zich vorig jaar ziekgemeld had, en mede bepaald te worden door het geslacht van de respondenten. Voor het *totaal aantal verzuimde dagen* was met name het aantal eerder verzuimde dagen van belang; daarnaast speelden tevredenheid met de inhoud van het werk en wederom het geslacht hierin een rol.

### **3.3.1. Aanvullende analyses**

Aangezien de groep respondenten tot zover als één groep in de analyses is betrokken, is het mogelijk dat eventuele specifiek voor een bepaalde groep geldende verbanden niet manifest zijn geworden. Ten behoeve van deze studie zijn subgroepen binnen het ziekmelden onderscheiden. Op basis van de meldfrequentie en de hoeveelheid ziekgemelde dagen zijn subgroepen onderscheiden naar duurcategorieën. Eerst wordt een beschrijving van de indeling in deze verzuimduurcategorieën gegeven, waarna de resultaten van multi-pele regressie-analyses per onderscheiden verzuimcategorie worden gepresenteerd.

#### *Beschrijving subgroepen op basis van verzuimduurcategorieën*

Het ziekmelden dat gedurende een jaar optreedt kan dermate verschillende achtergronden en oorzaken hebben, dat er mogelijke nivelleringen optreden wanneer alle verzuimgevallen van de afgelopen 12 maanden, ongeacht de duur per ziekmelding, bij elkaar worden genomen. De verdeling van ziekmeldingen over een jaar genomen wijkt af van een normaalverdeling, omdat ziekmelden te kenmerken is als een zogenaamde 'low-base rate' gebeurtenis (Landy, Vasey & Smith, 1984). Dat wil zeggen dat een ziekmelding eerder uitzondering is dan een gewoonte (in tegenstelling tot bijvoorbeeld het 'aanwezigheidsgedrag', waarover Hackett, Bycio en Guion (1989) in navolging van Nicholson (1977) opmerken dat de beslissing om te gaan werken niet elke dag tot stand komt als gevolg van het afwegen van alle consequenties van het wel of niet gaan werken; naar het werk gaan vormt eerder een 'habit'). Ook wat de duurklassen betreft is de verdeling scheef: de

meeste verzuimgevallen bestrijken een paar dagen, een aantal varieert van een paar weken tot een paar maanden (bijvoorbeeld wanneer men te maken krijgt met wachtdagen voor behandeling, zoals medische ingrepen), en tot slot blijft een aantal verzuimgevallen over dat een kalenderjaar lang blijkt te duren, waarna de keuring in het kader van arbeidsongeschiktheid plaatsvindt<sup>22</sup>.

Het theoretisch model van deze studie legt zich met name toe op verzuim waarin beslissingsmomenten een rol spelen (hoofdzakelijk het grijze en zwarte verzuim, omdat hierin de controle van een individu over een ziekmelding daarop van invloed is). Het optreden van ziekteverzuim ten gevolge van feitelijke gezondheidsproblemen (het medisch objectieveerbare verzuim) is ondergeschikt in deze benadering (zoals in § 1 van dit hoofdstuk werd vermeld). Bij het grijs en zwart gelabelde verzuim is de mate waarin men het uitvoeren van gedragingen beheerst of in de hand heeft mede bepalend voor het ziekmelden. Met name bij verzuim van slechts enkele dagen zal waarschijnlijk relatief vaak sprake zijn van grijs of zwart verzuim. Op grond van de verzuimliteratuur is verder bekend dat ongeveer drie kwart van de ziekmeldingen binnen twee weken is beëindigd; de invloed van beslissingen van de werknemers is binnen deze termijn het sterkst aanwezig, omdat het verzuim niet medisch objectieveerbaar is. In de organisatie waar het onderzoek is uitgevoerd wordt pas na 14 dagen een mondelinge of schriftelijke anamnese of een medisch onderzoek door de bedrijfsarts verricht. Besloten is daarom om subgroepen naar gemiddelde verzuimduur te onderscheiden, waarbij met name de verzuimgevallen korter dan een week apart gerubriceerd zijn (indeling deels gebaseerd op Landy, Vasey en Smith, 1984). Van de respondenten hadden 196 personen zich niet ziek gemeld (32.7%). Voorts werden binnen de geregistreerde ziekmeldingen de volgende verzuimduurklassen onderscheiden:

1. zeer kort verzuim:

de verzuimgevallen van gemiddeld één à twee dagen per ziekmelding<sup>23</sup>; we zagen uit de frequentie-verdeling dat slechts één verzuimdag per melding sporadisch voorkwam; blijkbaar meldt men zich zelden voor een dag ziek, maar wordt daar in ieder geval een tweede dag aan vastgekoppeld. Ruim 19 procent van alle verzuimgevallen bestond uit één of twee dagen (19.3%);

3. kort verzuim:

ruim 26 procent (26.2%) van de verzuimgevallen duurde gemiddeld 3, 4 of 5 dagen

<sup>22</sup> Door middel van een Kolmogorov-Smirnov toets is gecontroleerd of de verzuimgegevens verdeeld zijn volgens de zogenaamde Poisson-curve, een bij verzuimdata vaak voorkomende verdeling als gevolg van de lage frequentie ('low-base rate event'). Dit was niet het geval. De data waren wel verspreid volgens een negatieve binomiale verdeling (left-centered).

<sup>23</sup> Er wordt gesproken over hele verzuimdagen, maar ook alle tussenliggende dagdelen (halve dagen, ziekmelding van een paar uur e.d.), vallen binnen de beschreven periode.

(of eventuele dagdelen daarbinnen); men is dan gemiddeld tussen drie dagen en een hele werkweek afwezig, of gedurende een deel van lange diensten van 10 dagen, die bijvoorbeeld in de verpleging voorkomen;

4. middellang verzuim:

langer dan 5 dagen per melding, maar korter dan 14 dagen ziek gold voor ruim een kwart van de verzuimgevallen (27.7%);

5. langdurig verzuim:

verzuim van 14 dagen of meer per ziekmelding vormde eveneens ruim een kwart van de ziektegevallen (26.7%); de helft hiervan bestond uit een verzuimduur tot 40 dagen per melding, de andere helft uit verzuim dat tussen 40 dagen en een jaar duurde.

Wij zien dat over de gehele populatie genomen ruim 73 procent van de verzuimgevallen binnen 14 dagen is hersteld; dit komt overeen met de opvattingen van onder andere Philipsen (1969) en Veerman (1990), die aangeven dat zo'n 75 procent van alle verzuimgevallen binnen twee weken is beëindigd. Een nauwkeuriger beschrijving van een aantal kenmerken per verzuimcategorie wordt in Bijlage 6 gegeven.

*Resultaten per verzuimduurcategorie*

De eerder beschreven analyses zijn apart uitgevoerd voor de onderscheiden verzuimgroepen. De resultaten voor het verzuim van gemiddeld een of twee dagen worden weergegeven in Tabel 17. De uitkomsten van de regressie-analyse voor het verzuim dat gemiddeld drie tot en met vijf dagen duurt worden in Tabel 18 weergegeven. Aansluitend worden de bevindingen beschreven voor verzuim dat gemiddeld langer dan vijf dagen duurt.

*Tabel 17. Correlaties en multiple regressies voor de groep met een gemiddeld zeer kortdurend verzuim (1 à 2) dagen<sup>24</sup>; predictoren achtereenvolgens de intentie tot ziekmelden en zelfeffectiviteit (blok 1), de attitude en sociale normen (blok 2), de externe factoren (blok 3), het eerdere verzuimgedrag (blok 4) en tot slot de drie demografische variabelen, leeftijd, aantal dienstjaren en geslacht (blok 5) (methode: per blok 'stapsgewijs')*

Multiple regressie (stapsgewijs)	Afhankelijke variabele							
	Predictoren:	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> - change	F- change	df	β
BLOK 1 t/m 5		<b>de meldfrequentie</b>						
Blok 1: . -								
Blok 2: . subjectieve sociale norm in de privé-omgeving		.28	.30	.09	.09	4.6*	(1,68)	.31*
Blok 3: . sfeer		-.20	.41	.17	.08	4.5*	(2,63)	-.32*
Blok 4: . -								
Blok 5:								
BLOK 1 t/m 5:		<b>de verzuimduur (1 of 2 dagen per ziekmelding)</b>						
Blok 1: . -								
Blok 2: . subjectieve sociale norm in de privé-omgeving		.25	.28	.08	.07	3.5*	(1,68)	.15*
Blok 3: . werkdruk		.35	.38	.15	.11	6.4*	(2,63)	.22**
Blok 4: . aantal verzuimdagen vorig jaar		.52	.58	.34	.16	10.7**	(3,65)	.42**
Blok 5: . -								

(\*p < .05; \*\*p < .01)

We zien dat intentie en zelfeffectiviteit bij het verzuim van een of twee dagen helemaal geen rol spelen. De eerste factor die een directe invloed op het verzuimgedrag van 1 à 2 dagen heeft, is de norm die men ervaart in de privé-omgeving, zoals de meningen van familie-leden, vrienden en bekenden met betrekking tot ziekmelden. Deze norm voorspelt zowel de meldfrequentie als de hoeveelheid tijd die men ziekgemeld is. Het verband (r) is positief (met regressie-gewichten van  $\beta = .31$  voor frequentie en  $\beta = .15$  voor aantal verzuimdagen), wat wil zeggen dat het ervaren van een goedkeurende norm ten aanzien van

<sup>24</sup> Dit houdt in dat men maximaal twee dagen per melding ziek is, inclusief alle verzuimde dagdelen daarbinnen, zoals een ziekmelding van een halve dag, of anderhalve dag.

'zomaar' ziekmelden tot gevolg heeft dat men zich vaker ziekmeldt en dat men dit verzuim ook nog eens langer laat duren. Het besluit om zich ziek te melden wordt voor verzuimgevallen van 1 à 2 dagen gestimuleerd door goedkeurende reacties van familie en bekenden hierover. De positieve houding van deze mensen is er mede oorzaak van dat de duur van het verzuim wordt bevorderd: men blijft eerder twee dagen thuis in plaats van één dag.

De meldfrequentie wordt, behalve door de normen van familie, vrienden en bekenden, direkt beïnvloed door de sfeer op het werk. Wanneer de werksfeer als slecht wordt ervaren, meldt men zich vaker voor 1 à 2 dagen ziek. Het aantal verzuimde dagen is niet afhankelijk van de ervaren werksfeer; het feit dát men zich ziekmeldt, al is het voor de duur van een dag of misschien zelfs een halve dag, is belangrijker dan de hoeveelheid tijd die men thuis wil blijven. Het lijkt erop dat men zich gewoon even wilt onttrekken aan het werk, maar als men eenmaal ziekgemeld is heeft men er geen behoefte aan om de verzuimduur te verlengen. Totaal kan 17 procent van de variantie in de meldfrequentie van het zeer kortdurende verzuim worden verklaard ( $R = .41$ ;  $F(2,63) = 4.4$ ;  $p < .05$ ).

De verzuimduur is, behalve van de norm die men bij mensen in de eigen omgeving waarneemt, direkt afhankelijk van de ervaren werkdruk en het aantal verzuimde dagen in het jaar voorafgaand aan het onderzoek. Naarmate men de werkdruk hoog vindt, is men op zich niet sneller geneigd zich ziek te melden, maar wanneer men eenmaal ziekgemeld is laat men het verzuim wat langer duren. Hetzelfde geldt voor de eerdere hoeveelheid verzuimde dagen: wanneer men vorig jaar voor een bepaalde duur ziekgemeld is geweest, bevordert dat de duur van het verzuim van dit jaar ( $R^2\text{-change} = .16$ ). De drie genoemde variabelen (norm van mensen in privé-context, ervaren werkdruk en eerdere hoeveelheid verzuimde dagen), verklaren ruim een derde deel, 34 procent, van de variantie in de verzuimduur van 1 à 2 dagen ( $R = .58$ ;  $F(3,65) = 7.6$ ;  $p < .01$ ).

*Tabel 18. Correlaties en multipele regressies voor de respondenten met een gemiddelde verzuimduur van 3 tot en met 5 dagen per melding; als voorspellers achtereenvolgens intentie tot ziekmelden en zelfeffectiviteit (blok 1), attitude en sociale normen (blok 2), externe factoren (blok 3), eerdere verzuimgedrag (blok 4) en tot slot leeftijd, dienstjaren en geslacht als demografische variabelen (blok 5) (methode: per blok 'stapsgewijs')*

Multiple regressie (stapsgewijs)	Afhankelijke variabele							
	Predictoren:	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> - change	F- change	df	β
<b>BLOK 1 t/m 5</b>		<b>de meldfrequentie</b>						
Blok 1: . intentie tot ziekmelden	.34	.34	.11	.12	13.3***	(1,126)	.18*	
. zelfeffectiviteit om ziek te melden	.32	.41	.17	.05	6.5**	(2,125)	.27*	
Blok 2: . -								
Blok 3: . -								
Blok 4: . frequentie van ziekmelden vorig jaar	.23	.46	.21	.04	4.7**	(3,123)	.23*	
Blok 5: . aantal jaar in dienst van ziekenhuis	-.23	.50	.25	.04	4.9*	(4,122)	-.21*	
<b>BLOK 1 t/m 5:</b>		<b>de verzuimduur (3, 4 of 5 dagen per melding)</b>						
Blok 1: . intentie tot ziekmelden	.37	.37	.14	.14	15.8***	(1,128)	.37***	
Blok 2 t/m 5: -								

(\*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001)

De meldfrequentie van het verzuim, met een gemiddelde duur van 3, 4 of 5 dagen, wordt direct bepaald door onder andere de intentie tot ziekmelden en de zelfeffectiviteit om zich ziek te melden. Dit komt overeen met de verwachting op grond van het onderzoeksmodel, dat de gedragsintentie en de zelfeffectiviteit rechtstreeks van invloed zijn op het uit te voeren gedrag. Wanneer de intentie om zich ziek te melden in hoge mate aanwezig is en men verwacht dat men ook tot ziekmelden in staat is, neemt de meldfrequentie toe. De relatieve invloed van de zelfeffectiviteit is groter dan die van de intentie ( $\beta = .27$  respectievelijk  $\beta = .18$ ). In tegenstelling tot bij het verzuim dat 1 à 2 dagen duurt, speelt de sociale norm geen rol bij de frequentie van ziekmelden, wanneer het verzuim drie, vier of 5 dagen duurt.

De externe factoren zijn niet van invloed op de meldfrequentie van ziekmeldingen met een gemiddelde duur van 3 à 5 dagen. Wel kan een deel van de meldingen worden verklaard uit het eerdere aantal ziekmeldingen: hoe vaker men zich ziek meldt, hoe frequenter men zich ook in het jaar voorafgaand aan het onderzoek ziekgemeld heeft. Voor de frequentie

van ziekmelden (verzuim van 3 tot maximaal 5 dagen per melding) is er kennelijk sprake van een zich herhalend gedragspatroon.

Opvallend is dat na deze drie variabelen, die gezamenlijk ongeveer een vijfde van de ziekmeldingen van 3 à 5 dagen verklaren, ook de periode dat men in dienst is bij de werkgever een significante directe invloed op de meldfrequentie heeft. Het blijkt dat mensen die zich vaker ziekmelden voor de duur van 3 à 5 dagen nog niet zolang in dienst zijn van de organisatie ( $\beta = -.21$ ). Uitval ten gevolge van een ziekmelding komt frequenter voor bij nieuwere werknemers dan bij werknemers die al enige tijd in de organisatie werkzaam zijn.

Aangezien uit literatuur blijkt dat nieuwe werknemers het eerste jaar nauwelijks verzuimen (o.a. Smulders, 1984a; Klein-Hesselink et al., 1993), is aan de hand van de correlaties per dienstjaar en de meldfrequentie nagegaan voor welke dienstperiode dit geldt. De gehele onderzoeksgroep is gemiddeld 10 jaar in dienst van het ziekenhuis, en bij een gemiddelde van twee tot vijf dienstjaren is het verband met de meldfrequentie het sterkst aanwezig. In de eerste twee à vijf jaar dat men in dienst van het ziekenhuis is, meldt men zich vaker ziek dan anderen die nog maar één jaar of juist langer dan 5 jaar in dienst zijn. Pas bij een dienstperiode van 30 à 40 jaar neemt de samenhang tussen dienstjaren en ziekmeldingen weer toe, waarop de leeftijd ongetwijfeld van invloed is. Overigens is ook het aantal verzuimde dagen voor de groep werknemers die 2 à 5 jaar in dienst is en de mensen die inmiddels 30 à 40 jaar in de organisatie werken het hoogst, zodat tussen het aantal meldingen en het totaal aantal verzuimde dagen in dit geval een lineair verband lijkt te bestaan.

Uiteindelijk wordt 25% van de variantie in de meldfrequentie van de ziekteperiodes die minimaal 3 en maximaal 5 dagen duren verklaard door de intentie, zelfeffectiviteit, eerdere meldfrequentie en aantal dienstjaren ( $R = .50$ ;  $F(4,122) = 8.0$ ;  $p < .05$ ).

De verzuimduur van de ziektegevallen van gemiddeld 3, 4 of 5 dagen, wordt in dit model alleen door de intentie tot ziekmelden bepaald. Met een bèta-gewicht van .37 verklaart de intentie 14% van de verzuimperiode ( $R = .37$ ;  $F(1,128) = 15.8$ ;  $p < .001$ ). Een ziekteperiode laat men eerder 5 dan 3 dagen duren wanneer de intentie tot ziekmelden groter is. In tegenstelling tot bij de meldfrequentie zien we dat het aantal verzuimde dagen niet beïnvloed wordt door het aantal eerder verzuimde dagen, zodat het niet een kwestie betreft dat iemand elk jaar een drietal tot vijftal dagen gevloerd wordt door bijvoorbeeld een griepvirus. Dit betekent dat ziekmelden voor de duur van 3 à 5 dagen vaker voorkomt bij mensen die zich elk jaar wel eens ziek melden, ongeacht het aantal verzuimde dagen.

Een derde verzuimcategorie werd gevormd door verzuimgevallen, die gemiddeld 6 tot 14 dagen in beslag nemen. Voor zowel de meldfrequentie als de gemiddelde verzuimduur (**zes dagen tot twee weken**) blijkt er géén enkele significante voorspeller te zijn.

De laatste onderscheiden verzuimcategorie, het verzuim dat **langer dan twee weken** duurt,

wordt wel weer voor een deel door de variabelen in het model verklaard.

*Tabel 19. Correlaties en multiple regressies voor de groep respondenten met een gemiddelde verzuimduur van 14 dagen of langer (maximaal 52 weken) per melding, en als voorspellers achtereenvolgens intentie tot ziekmelden en zelfeffectiviteit (blok 1), attitude en sociale normen (blok 2), externe factoren (blok 3), eerdere verzuimgedrag (blok 4) en tot slot leeftijd, dienstjaren en geslacht als demografische variabelen (blok 5) (methode: per blok 'stapsgewijs')*

Multiple regressie (stapsgewijs)	Afhankelijke variabele:						
	r	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> - change	F- change	df	β
<b>BLOK 1 t/m 5</b>							
<b>de meldfrequentie</b>							
Blok 1: . zelfeffectiviteit om ziek te melden	.24	.28	.10	.10	8.8**	(1,130)	.28*
Blok 2 t/m 5: -							
<b>BLOK 1 t/m 5:</b>							
<b>de verzuimduur (14 of meer dagen)</b>							
Blok 1: . -							
Blok 2: . -							
Blok 3: . werken met patiënten	.15	.24	.06	.06	3.3*	(1,121)	.16*
Blok 4: . aantal verzuimdagen vorig jaar	.39	.42	.18	.12	17.2***	(2,120)	.39***
Blok 5: . -							

(\*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001)

De meldfrequentie wordt beïnvloed door de zelfeffectiviteit om zich ziek te melden; de totale verklaarde variantie bedraagt 10% ( $R = .28$ ;  $F(1,130) = 9.8$ ;  $p < .01$ ). De overige variabelen in blok 2 tot en met blok 5 voegden hier niets meer aan toe. Opvallend is dat de verzuimduur beïnvloed wordt door het werken met patiënten, een externe factor. Wanneer men aangeeft dat men het werken met patiënten leuk vindt, is men langer ziek. In het afsluitend hoofdstuk zullen wij hier op terugkomen. Het aantal verzuimde dagen in het jaar ervoor verklaart aanvullend nog 12% variantie in de ziekgemelde dagen, waarmee de totale verklaarde variantie op 18% uitkomt ( $R = .42$ ;  $F(2,120) = 10.0$ ;  $p < .001$ ). De demografische variabelen voegen hieraan niets meer toe.

#### 4. Enkele kanttekeningen



Bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten die in de voorgaande paragraaf aan de orde zijn geweest en de daaraan te verbinden conclusies, moet rekening worden gehouden met de volgende opmerkingen.

- Ten eerste zagen we dat, zoals bij de operationalisaties in § 2.2.1 werd beschreven, de **correspondentie** of overeenstemming in de vragen om inhoudelijke en om gebruikersvriendelijke redenen niet overal strikt gehanteerd is. Bijvoorbeeld: in de vragen naar de zelfeffectiviteit en naar de invloed van sociale normen is een exacte situatie-beschrijving achterwege gelaten, terwijl die bij de vragen naar de attitude en de intentie wel is weergegeven ("...., wanneer ik me beroerd voel", of "...., wanneer ik geen zin heb om naar mijn werk te gaan", etcetera). Bij de interpretatie van de resultaten van dit onderzoek moet rekening gehouden worden met deze enigszins liberale toepassing van de theorie van gepland gedrag.

De haalbaarheid van een volledige correspondentie is wellicht in toepassingen onder laboratorium-condities beter te realiseren. Men kan zich voorstellen dat **veldonderzoek** andere eisen stelt aan een vragenlijst dan experimenteel geleid onderzoek. De respondenten zullen in experimentele condities minder vreemd aankijken tegen herhalingen van delen van vragen en schijnbare overeenkomsten in de vragen. Deze doen een groot beroep op iemands leesvaardigheid, wat ten koste kan gaan van de zorgvuldigheid waarmee de vragen worden beantwoord. Wanneer men expliciet de rol heeft van respondent omdat men zich opgegeven heeft om te participeren in een onderzoek, mogelijk tegen betaling, zal men zich strikter aan de instructies houden dan wanneer iemand tijdens de reguliere beroepsuitoefening, in de eigen werkcontext tussen de dagelijkse werkzaamheden door tijd moet vinden om een vragenlijst in te vullen.

Van Breukelen (1991) stelt naar aanleiding van zijn onderzoek naar verloop, uitgevoerd vanuit de theorie van gepland gedrag, de noodzaak van de correspondentie in de vragen ter discussie. Hij geeft aan het evenwicht tussen specificiteit en relevantie van de vragen belangrijker te vinden dan een vergaande corresponderende specificiteit van de vragen na te streven, waardoor gedrag uiteindelijk optimaal voorspeld zou kunnen worden. De argumenten hadden ook hier vooral betrekking op de praktische toepasbaarheid.

Het is echter wel goed mogelijk dat het **referentie-kader** van de respondenten bij het beantwoorden van de vragen wel juist was. Het gedrag 'ziekmelden' of bij de zelfeffectiviteit ook het 'gaan werken' zijn namelijk wel steeds vermeld, maar de nuancering naar context en tijd ontbrak in een aantal gevallen. Voorbeeld: bij de mogelijke consequenties van ziekmelden is gevraagd: "Als ik me ziek meld, dan...." en niet: "Als ik me komend jaar ziek meld omdat ik (me beroerd voel/ geen zin heb om te werken etc.), dan....".

Een gevolg van deze kwestie van de correspondentie dat wel apart vermeld moet worden heeft betrekking op de gevonden relatie tussen de **attitude** en de **intentie**: deze twee metingen zijn in verband met het onderscheid naar **wit, grijs en zwart verzuim** wel strikt

corresponderend. Bij de sociale normen is gevraagd naar de mening van anderen en in hoeverre men zich die aantrekt in het geval er sprake is van 'zomaar' ziekmelden; in de vragen naar de zelfeffectiviteit wordt per vraag (te vergelijken met een 'control-belief') een specifieke conditie aangegeven. Zoals al eerder vermeld zijn, op grond van de opmerkingen van de respondenten uit Studie 2, de vragen naar attitude en intentie direkt na elkaar in de vragenlijst opgenomen, omdat men het als lastig had ervaren om ogenschijnlijk dezelfde vragen op verschillende plaatsen in de vragenlijst werden gesteld. Deze plaatsing heeft wel mogelijk een antwoordtendens tot gevolg gehad.

- Er zijn geen vragen gesteld over de **gezondheidsbeleving** en eventuele gezondheidsklachten van de respondenten. Hoewel alom bekend is dat deze het ziekteverzuimgedrag voor een deel voorspellen (zie Klein-Hesselink et al., 1993, voor een overzicht van literatuurgegevens) is de keuze hiervoor bewust geweest en ingegeven door de wens om zowel inhoudelijk als praktisch tot een strikte afbakening te komen. Met andere woorden: de theorie van gepland gedrag is geoperationaliseerd voor het gedrag 'ziekmelden' en de vragenlijst moet praktisch goed bruikbaar zijn, dat wil zeggen duidelijk voor alle werknemers en zonder grote inspanning in te vullen zijn. In verband met de ervaren werkdruk en de kosten van arbeidsuren, benodigd om de vragenlijst in te vullen, is er bijvoorbeeld naar gestreefd om de vragenlijst volledig, maar zo kort mogelijk te houden (gemiddeld bedroeg de tijd om de alle vragen te beantwoorden tussen 15 en 30 minuten).

Vanzelfsprekend was het ook interessant geweest om bijvoorbeeld na te gaan in hoeverre klachten van 'burn out', met name onder verpleegkundigen, en werkstress voorkomen en in hoeverre deze aan ziekmelden te relateren zijn bij de onderzochte groep. Een dergelijke vraagstelling was echter bij een deel van het personeel in het kader van een werkbelastingsonderzoek en in het kader van een werkbelevingsonderzoek aan de orde geweest (Buunk, Doosje, Jans & Hopstaken, 1993; van Gorp, Schaufeli & Hopstaken, 1993). Daarnaast spitste de centrale vraag zich meer toe op het verschijnsel dat bij het ervaren van dezelfde gezondheidsklachten de ene werknemer tot een ziekmelding overgaat, terwijl de ander daarin onvoldoende reden tot ziekmelden ziet en zal blijven werken. De aandacht van dit onderzoek was eerder gevestigd op de individuele beslissingsruimte en de motivationele processen die zich afspelen bij ziekmelden, dan op het ontstaan van een ziekmelding als gevolg van ervaren gezondheidsklachten.

- Het feit dat ziekmelden in deze studie als afhankelijk gedrag is onderzocht, had tot gevolg dat een relatief **lange tijd** is verstreken tussen het uitspreken van de gedragsintentie en het moment waarop het gedrag aan de hand van ziekteverzuimgegevens is gemeten. De voorspelbaarheid van gedrag aan de hand van de theorie van gepland gedrag is groter naarmate er sprake is van een kortere periode tussen beide meetmomenten. Wanneer er gebruik was gemaakt van ziekteverzuimgegevens die over een kortere periode dan een jaar

waren verzameld waren echter methodologische problemen, in verband met de scheefheid en kurtosis, ontstaan.

- Het uiteindelijke ziekmelden, gemeten in meldfrequentie en totaal aantal verzuimde dagen, is in het onderzoek opgenomen aan de hand van een geautomatiseerde ziekteverzuimregistratie, dat deel uitmaakt van een personeelsinformatie-systeem. Elke ziek- en hersteldmelding werd tot medio 1993 op een centrale post (receptie met telefooncentrale) ontvangen en in het systeem geregistreerd; door afschriften die naar de dienst Personeel en Organisatie en naar het betreffende afdelingshoofd werden gestuurd vond een controle plaats op niet geregistreerde ziekmeldingen en niet doorgegeven hersteldmeldingen die als gevolg hadden dat een verzuimgeval ten onrechte nog op de lijst voorkwam. Correctie van foutieve gegevens werd met terugwerkende kracht uitgevoerd. Verondersteld kan worden dat het systeem betrouwbare ziekteverzuimgegevens bevat.

Frayne en Latham (1987) geven echter aan dat de voorkeur naar 'attendance'-gegevens uitgaat in plaats van naar ziekteverzuimgegevens. Zij baseren zich daarbij op een opmerking van Goodman en Atkin (1984), die aangeven dat een ziekmelding het gevolg kan zijn van onderhandelingen tussen leidinggevenden en 'ondergeschikten': op die manier wordt als beloning voor een bepaalde inzet of prestatie een vrije dag verkregen<sup>25</sup>. De **betrouwbaarheid** van ziekteverzuimgegevens zou daarom laag zijn. Wanneer zij in hun onderzoek naar het effect van een zelf-managementtraining op de aanwezigheid van werknemers gebruik gemaakt hadden van de ziekteverzuimcijfers, zouden zij slechts een marginaal effect van de training op aanwezigheid hebben gevonden (Type II-fout: door geringe betrouwbaarheid vindt men geen effect terwijl er feitelijk wel een is). Door gebruik te maken van de aanwezigheidsgegevens werd het effect wel aangetoond.

Hoewel een registratie-systeem nooit voor honderd procent betrouwbaar is of kan zijn, is er geen aanleiding om in de organisatie waar het onderzoek is uitgevoerd dergelijke afspraken van leidinggevenden met medewerkers te veronderstellen. Er is geen reden om er van uit te gaan dat, door het hanteren van geregistreerde gegevens over ziekteverzuim, eventuele bestaande verbanden zich ofwel niet, ofwel te zwak hebben gemanifesteerd.

- Ziekmelden zou men kunnen beschouwen als 'sensitive' behavior, hoewel uit dit onderzoek geconstateerd kan worden dat de invloed van sociale normen op dit gedrag mogelijk wordt overschat. Desondanks is het onderzoek uitgevoerd aan de hand van vragenlijsten, wat tot een eventuele **sociale wenselijkheid** in de beantwoording daarvan leidt, bijvoor-

<sup>25</sup> Een aardige illustratie van de betrouwbaarheid van twee categorieën van 'afwezigheid' wordt door Goodman en Atkin op pagina 146 gegeven: de stabiliteitscoëfficiënt (over een periode van 3 maanden) voor 'funeral'-leave voor kantoorpersoneel bedraagt 0.62 tegenover .02 voor arbeiders die aan de weg werken; voor ziekteverzuimverlof zijn de coëfficiënten .21 voor het kantoorpersoneel en .74 voor de wegwerkers.

beeld als antwoord op de intentievragen met betrekking tot grijs en zwart verzuim. De gerapporteerde ziekteverzuimgegevens over het jaar voorafgaand aan het onderzoek bleken in ieder geval overeenkomstig de werkelijke verzuimgegevens, en het ziekteverzuim gedurende het onderzoeksjaar omvatte objectieve gegevens. Beck en Ajzen (1991) constateerden in een onderzoek naar het effect van sociale wenselijkheid in beantwoording van vragen over drie 'oneerlijke' gedragingen (spieken, liegen, winkeldiefstal), dat een sociaal wenselijke tendens niet aangetoond kon worden. Deze studie heeft echter (zoals de meeste door Ajzen uitgevoerde onderzoeken) betrekking op studenten, waardoor conclusies over sociale wenselijkheid niet generaliseerbaar zijn. Bij het bespreken van valkuilen in onderzoek naar ziekteverzuim geeft Smulders (1990) aan, dat het optreden van klaaggedrag, het negatiever afspiegelen van een werkplek dan dat deze feitelijk is, juist meevalt: 'externe' observatoren geven in de regel een negatiever beeld weer van een werkplek dan degenen, die in die situatie werkzaam zijn.

Wat dit onderzoek betreft kan vermeld worden dat het subject van onderzoek expliciet bij naam is genoemd (in tegenstelling tot bijvoorbeeld de studie van Hackett et al., 1989, waar opzettelijk geen melding werd gemaakt van een onderzoek naar ziekteverzuim, maar onder het mom van een werksatisfactie-onderzoek de focus wel op verzuimgedrag was gericht). Bepaalde (gewenste) neveneffecten zouden op die manier bewerkstelligd kunnen worden, zoals het wegnemen van een mogelijk taboe om over ziekteverzuim te spreken, met een uitstraling naar afdelingen of teams, bijvoorbeeld in het werkoverleg (waar ook het ziekteverzuim-onderzoek is geïntroduceerd). Uit de spreiding van de antwoorden blijkt dat er niet structureel van sociaal wenselijke beantwoording kan worden gesproken. Niet uitgesloten is echter dat de antwoorden van bepaalde subgroepen (met lage vooropleiding) wel grotendeels vanuit sociaal wenselijke oogpunt zijn gegeven. Met name het verplegend personeel heeft zich daar echter niet schuldig aan gemaakt, zo blijkt uit de koppeling van functiecodes en instemmende antwoorden op sociaal gevoelige vragen (zoals: "Ik zal me komend jaar wel eens ziekmelden als ik er gewoon even genoeg van heb").



## Hoofdstuk V

---

### Conclusie en discussie

---

In deze studie is getracht op basis van de theorie van gepland gedrag het proces dat tot een ziekmelding leidt te verklaren. In dit afsluitend hoofdstuk komen de volgende vragen aan bod: welke conclusies kunnen op grond van dit onderzoek worden getrokken met betrekking tot de waarde van de theorie van gepland gedrag voor het verklaren van ziekteverzuim (§ 2), en wat is de relevantie van deze studie voor de praktijk (§ 3)? Voor- dat op deze vragen wordt ingegaan worden de belangrijkste bevindingen uit het hoofdonderzoek in een overzicht weergegeven (§ 1).

#### 1. De resultaten op een rij

In hoeverre kunnen vanuit de theorie van gepland gedrag de attitude ten aanzien van ziekmelden, de intentie tot ziekmelden en uiteindelijk het ziekmelden als gedrag verklaard worden? Deze paragraaf geeft een overzicht van de resultaten, waarbij tevens enkele opmerkingen worden geplaatst.

##### **De attitude**

De attitude tegenover ziekmelden wordt slechts voor een klein deel verklaard door de verschillende overwegingen bij de consequenties van ziekmelden en de evaluaties van de betreffende consequenties. De attitude jegens ziekmelden blijkt minder sterk gebaseerd te zijn op de gedragsconsequenties dan wat op grond van de theorie van gepland gedrag zou worden verwacht. Opvallend is dat er tussen de evaluaties zelf en de attitude sterkere relaties bestaan dan tussen de overwegingen en de attitude. Wanneer een onderscheid wordt gemaakt in de attitude tegenover wit, grijs dan wel zwart verzuim, blijken enkele overwegingen of evaluaties of combinaties daarvan belangrijker voor het ene soort verzuim dan voor het andere. Opmerkelijk is dat een aantal overwegingen, die in Studie 1 als nadelige consequenties van ziekmelden waren betiteld, het ziekmelden juist blijken te bevorderen, zoals het positief evalueren van het feit dat collega's extra werk hebben wanneer men zich ziekmeldt, en het plezierig vinden dat de afdeling in de problemen komt.

Een mogelijke verklaring voor de geringe samenhang tussen de overwegingen en evaluaties enerzijds en de attitude anderzijds, ligt in de heterogeniteit van de onderzoeksgroep. Hoewel de inventarisatie van consequenties van ziekmelden gebaseerd is op een, op een aantal kenmerken, representatieve steekproef van 20 personen, brengt een ziekmelding voor de ene werknemer mogelijk andere gevolgen met zich mee dan voor een andere. Van

der Pligt en Eiser (1984) merkten ook op dat de saillantie van de overwegingen, die het sterkst met de attitude samenhangen, voor verschillende groepen werknemers sterk uiteen kan lopen. De aggregatie van de verwachte consequenties van 600 personen leidt kennelijk tot een diffuus beeld. Zoals Morgan en Herman (1976) opmerkten, kan men door het samennemen van individuele gegevens, en die eventueel te middelen, uitspraken doen over de mening van een groep of van een doorsnee ('average') persoon ten aanzien van een bepaald onderwerp; uiteraard wordt het zicht op individuele verschillen daardoor bemoeilijkt. Hackett, Bycio en Guion (1989) vonden in een onderzoek onder verpleegkundigen naar de redenen waarom men zich ziek zou willen melden ('desire to be absent') en waarom men zich daadwerkelijk ziekmeldde, dat een aantal verzuimbevorderende gebeurtenissen universeel voor de hele groep verpleegkundigen gold, maar ook dat een aantal verzuimredenen voor de ene verpleegkundige wel verzuimbevorderend waren, maar voor de andere niet. Zij concluderen dat de poging van Nicholson en Payne (1987) om typologieën van verzuimoorzaken bijvoorbeeld per beroepsgroep of naar geslacht te achterhalen van betrekkelijke waarde is, omdat er individuele verschillen binnen een groep optreden in de evaluatieve responsen op een objectieve verzuimredenen.

Het verband tussen de overwegingen en evaluaties per consequenties enerzijds en de attitude anderzijds is overigens ook laag wanneer deze berekend wordt binnen een cluster of afdeling (Hopstaken, 1991)<sup>26</sup>. Omdat de richting van de verbanden soms tegengesteld is voor verschillende groepen werknemers (zoals de overwegingen bij nadelige consequenties die voor sommigen juist een reden vormen om een positieve attitude tegenover ziekmelden te ontwikkelen) is het mogelijk dat positieve en negatieve verbanden voor een deel zijn gecompenseerd. Ajzen (1991, p. 192) geeft overigens ook aan dat de grootte van de gevonden verbanden tussen de overwegingen en evaluaties en de attitude-meting 'teleurstellend' is.

### **De intentie**

De intentie tot ziekmelden blijkt voornamelijk verklaard te worden door de **attitude** tegenover het ziekmelden. De **zelfeffectiviteit**, de inschatting door iemand van diens mogelijkheden om zich ziek te melden en van de eigen mogelijkheden om te gaan werken wanneer men last heeft van vermoeidheid, zijn eveneens significante voorspellers van de intentie om zich ziek te melden. Ongeveer de helft van de variantie in de intentie wordt door deze drie variabelen verklaard.

Hoewel verondersteld wordt dat ziekmelden beïnvloed wordt door sociale normen, hebben de normatieve opvattingen van anderen, welke waren gewogen door de mate waarin men zich iets aantrekt van de mening van die ander, bijvoorbeeld thuis of op het werk, geen invloed op de intentie tot ziekmelden. Aangezien de attitude wel een sterke invloed heeft

<sup>26</sup> Deze analyses zijn uitgevoerd ten behoeve van de organisatie waarin het onderzoek is uitgevoerd.

op de intentie kan er sprake zijn van een sterke samenhang tussen attitude en sociale norm, waardoor een eventuele normatieve invloed niet als zodanig in het model tot uitdrukking komt. De correlaties tussen de attitude en drie sociale normen zijn echter zwak tot matig, en in ieder geval aanzienlijk lager dan de correlaties van attitude met sociale normen die doorgaans binnen andere onderzoeken naar de theorie van gepland gedrag worden gevonden. Binnen de theorie van gepland gedrag is al veel gezegd over de onderlinge afhankelijkheid van attitude en sociale normen. Ryan (1982) heeft bijvoorbeeld aangetoond, dat de cognities, waarop een attitude wordt gebaseerd, en normatieve informatie die aan de vorming van subjectieve sociale normen vooraf gaat, elkaar beïnvloeden. Door beide variabelen te onderscheiden blijkt echter dat de attitude en de subjectieve sociale normen toch geheel verschillende invloeden kunnen hebben op het uiteindelijke gedrag, ondanks de onderlinge afhankelijkheid.

In dit onderzoek lijken, over de gehele onderzoekspopulatie genomen, de subjectieve sociale normen geen rol van betekenis te spelen in het verklaren van de intentie tot ziekmelden. Sociale normen spelen kennelijk niet onomstotelijk een rol in een voornemen om zich ziek te melden, wat over het algemeen wel wordt verwacht (Nicholson & Johns, 1985; Chadwick-Jones et al., 1982).

Van de zes externe factoren zijn de bekendheid met het beleid en de ervaren werkdruk rechtstreeks van invloed op de intentie. Hoe beter men op de hoogte is van het **beleid** in de organisatie, hoe minder men de neiging heeft zich ziek te melden, en hoe hoger men de **werkdruk** vindt, hoe meer men tot ziekmelden geneigd is. Hoewel werd verondersteld dat invloed van andere factoren, dan de attitude, subjectieve sociale normen en zelfeffectiviteit, via een van deze drie determinanten verloopt, hebben de bekendheid met het beleid en de ervaren werkdruk toch een eigen verklarende invloed op de intentie tot ziekmelden. Dit bevestigt het vermoeden, zie Ajzen (1991, p. 199), dat ook andere dan de drie huidige gedragsdeterminanten een structureel deel van de gedragsintentie en via deze uiteindelijk het gedrag kunnen verklaren.

### **De intentie tot wit, grijs en zwart verzuim**

Wanneer de intentie tot ziekmelden wordt gescheiden in een intentie tot wit, grijs of zwart verzuim, blijft de **attitude** de voornaamste voorspeller, gevolgd door ofwel de **zelfeffectiviteit** om te gaan werken bij problemen in de privé-situatie (negatieve invloed op intentie tot wit verzuim), of de zelfeffectiviteit om te gaan werken wanneer men last heeft van vermoeidheid (hoe hoger de zelfeffectiviteit, hoe lager de intentie tot grijs verzuim). De intentie tot zwart verzuim wordt, behalve door de attitude, voor een klein deel door de **subjectieve sociale norm** bepaald. De norm heeft echter een averechts effect op de intentie; hier komen we later nog op terug. De intentie om zich ziek te melden terwijl een verzuimreden (medisch objectiveerbaar of de idee dat men niet goed kan functioneren) ontbreekt, is kennelijk niet het gevolg van de inschatting van de eigen mogelijkheden om



ofwel te gaan werken, of zich ziek te melden. Ook de motieven voor de intentie tot zwart verzuim liggen met name in de attitude (zoals: 'me ziekmelden als ik gewoon geen zin heb om naar mijn werk te gaan vind ik: acceptabel').

Dat de rol van de zelfeffectiviteit bij de intentie tot zwart verzuim niet van betekenis is, steunt de veronderstelling dat ziekmelden zonder medische reden of zonder dat men zich niet in staat voelt om te gaan werken gekenmerkt wordt als gedrag met een hoge mate van controle, ofwel: wanneer men zich dan ziek wil melden, dan kan men dat ook. In het geval van de intentie tot grijs verzuim schat de persoon in kwestie diens eigen mogelijkheden om zich niet ziek te (hoeven) melden betrekkelijk laag in. Zoals bij het geval van medisch objectiveerbaar verzuim, voelt men zich niet bij machte controle uit te oefenen op het eigen functioneren of de situatie, zodanig dat men zich niet ziek hoeft te melden. Overigens leveren ook nu de bekendheid met het **beleid** en, in mindere mate, de ervaren **werkdruk** een eigen bijdrage aan de intentie. De intentie tot grijs verzuim wordt voornamelijk door beide beïnvloed.

### Het ziekmelden

Van het feitelijk gedrag, het ziekmelden, kan een klein deel in de frequentie van ziekmelden en in het aantal verzuimde dagen gedurende het onderzoeksjaar worden verklaard. Deze totale percentages verklaarde variantie zijn laag ten opzichte van de variantie die in andere onderzoeken aan de hand van de theorie van gepland gedrag wordt verklaard.

De *meldfrequentie* kan gedeeltelijk worden verklaard door: de **intentie** tot ziekmelden, de **meldfrequentie van vorig jaar**, en het **geslacht**. Deze waren alle drie praktisch even belangrijk in het voorspellen van de meldfrequentie. We zien hier dat, overeenkomstig de verwachting, de gedragsdeterminanten of externe factoren niet buiten de intentie om een eigen bijdrage leveren, maar dat het eerdere gedrag en het geslacht wel een onafhankelijke invloed op de meldfrequentie hebben. Vrouwen melden zich vaker ziek dan mannen: een al vaker geconstateerd en gevonden feit (o.a. Schokking-Siegerist, 1977; Smulders, 1984a; Schalk, 1990; Klein-Hesselink et al., 1993). Hier zijn legio verklaringen op verschillende vlakken voor te geven, zoals de 'dubbelrol' van vele vrouwelijke werknemers vanwege het combineren van huishouden met de rol van werknemer, het constitutionele fysieke gestel e.d. Hackett (1989, p. 245) beweert dat vrouwelijke werknemers bij het ervaren van ontevredenheid in het werk sneller tot een ziekmelding overgaan en op den duur ontslag nemen, omdat deze baan de status heeft van een 'tweede' inkomen en het huishouden als alternatief overblijft wanneer men een baan heeft die toch niet tot tevredenheid leidt. In het bestek van dit proefschrift blijven mogelijke verklaringen verder buiten beschouwing. Verder zagen we dat de eerder vertoonde meldfrequentie de latere meldfrequentie voorspelt. De voorspelbaarheid van toekomstig gedrag op grond van eerder gedrag vormt een punt van aandacht binnen de theorie van gepland gedrag. Hierop komen we terug bij de evaluatie van de theorie van gepland gedrag als kader voor onderzoek naar ziekteverzuim.

Het splitsen van de intentie tot ziekmelden in de intentie tot wit, grijs of zwart verzuim als mogelijke predictoren voor de meldfrequentie, geeft dezelfde resultaten als zojuist beschreven. Men is niet vaker of minder vaak van plan zich ziek te melden, of de redenen nu betrekking hebben op wit, grijs of zwart verzuim.

Het *aantal dagen* dat men zich ziekgemeld heeft in het onderzoeksjaar wordt níet verklaard door de verwachte directe voorspellers, de intentie tot ziekmelden en de zelfeffectiviteit. De eerste belangrijke factor is de **satisfactie met de inhoud van het werk**: hoe minder tevreden men is over de werkinhoud, hoe langer een periode van ziekte duurt. Dit klinkt plausibel: men meldt zich op zich niet eerder ziek ten gevolge van ontevredenheid met het werk, maar wanneer men toch ziekgemeld is, is de motivatie om terug te keren minder groot dan wanneer men wel tevreden is over de werkinhoud. De belangrijkste invloed is echter ook hier afkomstig van het **eerdere verzuim**. Tenslotte blijkt dat het aantal ziektedagen voor **vrouwen** hoger is dan voor mannen, wat overeenkomt met andere onderzoeksresultaten (o.a. Klein Hesselink e.a., 1993; Schalk, 1990).

### **Het ziekmelden naar gemiddelde verzuimduur**

Wanneer een indeling werd gemaakt op grond van de gemiddelde verzuimduur ontstonden opvallende andere uitkomsten in het verklaren van de meldfrequentie en aantal geregistreerde ziektedagen.

#### **- Zeer kortdurend verzuim**

Bij degenen bij wie een ziekmelding gemiddeld 1 à 2 dagen in beslag nam, zijn de **norm** die men in de **privé-omgeving** ervaart en de **sfeer op het werk** directe voorspellers voor de *meldfrequentie*. Opvallend is dat men zich vaker ziekmeldt voor één of twee dagen naarmate de normen van familie en goede vrienden afkeurender zijn. Daarnaast meldt men zich vaker voor een of twee dagen ziek wanneer de werksfeer slecht is. In het voorgaande werd geconstateerd dat de sociale normen tegen alle verwachting in geen effect had op het ziekteverzuim; nu zien we dat de subjectieve sociale norm, in de vorm van de normen die men thuis en bij vrienden ervaart, wel relevant is voor de frequentie van optreden van dit specifieke korte ziekteverzuim.

Ook het *aantal verzuimde dagen* van het zeer kortdurende ziekteverzuim (1 à 2 dagen) neemt toe naarmate men een afkeurende **sociale norm** in de **privé-omgeving** ervaart. Nu is het daarnaast niet de werksfeer, maar de ervaren **werkdruk** die de duur van het korte verzuim bevordert. Men zal wat langer thuisblijven wanneer men een grote werkdruk ervaart. De grootste bijdrage aan de lengte van het korte verzuim levert echter het **aantal in het vorig jaar verzuimde dagen**.

#### **- Kortdurend verzuim**

Het aantal *ziekmeldingen* die gemiddeld drie, vier of vijf dagen duren wordt verklaard door

de **intentie** tot ziekmelden en door de **zelfeffectiviteit** om zich ziek te melden. Overeenkomstig de theorie van gepland gedrag volgt er geen aanvulling door de gedragsdeterminanten of de externe factoren. Wel is opnieuw de **eerdere meldfrequentie** van betekenis. Een laatste bijdrage komt van het **aantal jaren dat men in dienst is** van de organisatie: hoe langer men daar werkt, hoe minder vaak men ziek is voor de duur van drie tot vijf dagen. Dit is overeenkomstig literatuurbevindingen (o.a. Klein-Hesselink et al., 1993; Schalk, 1989; Smulders, 1984a). Belangrijk is natuurlijk dat het hier om de frequentie van ziekmelden gaat: werknemers die een aantal jaar in dienst zijn van de organisatie melden zich kennelijk vaker ziek dan mensen die veel langer in dienst zijn, maar van deze laatste groep kan de verzuimperiode veel langer zijn. Het specifieke frequent voorkomende korte verzuim komt meer voor naarmate het dienstverband korter is, uitgezonderd het eerste dienstjaar.

De **intentie** tot ziekmelden blijkt alleen significant te zijn in het voorspellen van de lengte van de verzuimperiode die drie tot vijf dagen duurt. De lengte van een verzuimperiode is verder geen enkele keer door de intentie tot ziekmelden bepaald.

#### - Middellang verzuim

Voor het ziekteverzuim dat gemiddeld minimaal zes dagen en maximaal twee weken duurt, is voor de meldfrequentie en voor het aantal verzuimde dagen **geen** enkele voorspellende variabele gevonden. Klaarblijkelijk is het gedrag ziekmelden voor deze periode niet te verklaren door een intentie om zich voor deze periode ziek te melden en door de zelfeffectiviteit om het ziekmelden, of om het zich onder bepaalde omstandigheden juist niet ziek te hoeven melden, succesvol uit te voeren. Aangezien ongeveer 75 procent van alle ziekmeldingen betrekking heeft op verzuim dat maximaal twee weken duurt, is het mogelijk dat het ziekmelden gedurende de eerste vijf dagen redelijk tot goed voorspelbaar is (zoals we zagen) en dat het verzuim, dat tussen zes dagen en 14 dagen beslaat, een te grote diversiteit aan ontstaansredenen kent, zodat een gedragsintentie of ingeschatte mogelijkheden om het gedrag uit te voeren onvoldoende relevant zijn. Opmerkelijk is ook dat het eerdere verzuim hierop geen invloed heeft; omdat driekwart van alle verzuimgevallen binnen deze categorie valt, zou men een continue relatie van verzuimcijfers tussen verschillende opeenvolgende jaren verwachten.

#### - Langdurig verzuim

Ziekmeldingen van langer dan 14 dagen worden wel weer door een aantal variabelen verklaard: voor de *frequentie* van ziekmelden is de **zelfeffectiviteit** om zich ziek te melden van belang. Niet het voornemen om zich ziek te melden, maar de inschatting van de eigen mogelijkheden om hiertoe over te gaan is voor het besluit om zich ziek te melden van belang. Dat de zelfeffectiviteit hier wel en bij het verklaren van een verzuimperiode van vijf à veertien dagen niet relevant was, houdt mogelijk in dat het iemand meer moeite kost

om zich ziek te melden, als de redenen voor verzuim kennelijk van dien aard zijn dat het ziekteverzuim een langere periode gaat bestrijken. Mogelijk tracht men zo lang als het kan door te werken, ondanks bijvoorbeeld rugklachten, omdat men weet dat men daarna langdurig uit de roulatie is, bijvoorbeeld door het medisch circuit dat dan doorlopen moet worden; of men stelt een ziekmelding zo lang mogelijk uit en werkt met bijvoorbeeld klachten van 'overspannenheid' door; wanneer men dan eenmaal ziekgemeld is, zal dit van lange duur zijn.

De belangrijkste voorspeller voor het *aantal dagen* dat men ziekgemeld is, is een variabele die mogelijk kenmerkend is voor de onderzoekspopulatie: hoe leuker men het vindt om met **patiënten te werken**, hoe langer de verzuimperiode duurt. Een verklaring hiervoor lijkt gezocht te moeten worden in de mate van betrokkenheid bij patiënten en bewoners, waardoor iemand die zich sterk betrokken voelt het risico kan lopen om emotioneel uitgeput te raken, zodat men zelf gezondheidsklachten ontwikkelt. Wanneer men beroeps-halve veel in contact treedt of werkt met andere mensen, zoals bijvoorbeeld in de gezondheidszorg en het onderwijs het geval is, kan sprake zijn van het optreden van het verschijnsel 'burn out'. Ook in de intramurale gezondheidszorg wordt in toenemende mate het vóórkomen van 'burn out' aangetroffen (o.a. Page, 1992). In de inleiding van dit proefschrift werd dit al even aangehaald. Het is niet uitgesloten, maar evenmin kan het in dit onderzoek expliciet aangetoond worden, dat mensen die aangeven dat zij het werken met patiënten plezierig vinden zelf op den duur zodanige gezondheidsklachten ontwikkelen, dat zij zich voor langere tijd (langer dan 14 dagen) ziekmelden.

Een tweede voorspeller voor het langdurige verzuim bestaat wederom uit de **hoeveelheid verzuimde dagen in het jaar voorafgaand** aan het onderzoek. Langdurig verzuim in het ene jaar heeft ook een langere periode van uitval door ziekte tot gevolg in het daarop volgende jaar. Mogelijk dat chronische gezondheidsklachten, van lichamelijke dan wel psychische aard, hiervoor de verklaring vormen. Zoals eerder vermeld komen we daar in de volgende paragraaf op terug.

## 2. Evaluatie van de theorie van gepland gedrag voor ziekmelden

Met betrekking tot de bruikbaarheid van de theorie van gepland gedrag om het ziekmelden te verklaren, kunnen de volgende conclusies worden getrokken.

- *Wat betreft het ziekmelden als afwegingsproces:*

Hoewel Ajzen (1991) benadrukt dat de sleutel tot het begrijpen (en veranderen) van gedrag in de structuur van de overwegingen ligt, is in dit onderzoek nauwelijks een effect gevonden van deze individuele overwegingen op de attitude en op de verdere ontwikkeling van gedrag. Ook Ajzen geeft toe dat de onderzoeksresultaten tot op heden, betreffende de

relatie tussen de overwegingen en evaluaties enerzijds en de attitude anderzijds, teleurstellend zijn. Hij veronderstelt dat dit te wijten is aan methodologische problemen, zoals schaalkwesties (unipolair versus bipolair coderen) (zie Ajzen, 1991).

Wanneer met behulp van de theorie van gepland gedrag gedragsverandering wordt nagestreefd verdient het aanbeveling om na te gaan of het gedrag zich daartoe leent. Men kan zich bijvoorbeeld voorstellen dat gedrag dat consequenties heeft voor de gezondheid zonder uitzondering voor elk individu nadelige risico's bevat (zoals bij roken: het risico op longkanker is groot), of voor alle personen die het gedrag uitvoeren dezelfde voordelen oplevert (bijvoorbeeld: roken is genieten). Bij een gedrag als zich ziekmelden spelen zich complexere processen af, wat bijvoorbeeld opgemaakt kan worden uit het tegenovergestelde effect van een aantal overwegingen waarvan (op grond van de betekenis zoals in de interviews daaraan werd gegeven) verwacht werd dat deze een rol spelen in de argumentatie om zich niet ziek te melden. We zagen bijvoorbeeld dat consequenties van ziekmelden waarvan verwacht werd dat deze verzuimremmend werken, zoals "collega's hebben door een ziekmelding extra werk" of "de afdeling komt dan in de problemen", over de gehele linie een ziekmelding juist bevorderden. Werknemers beschouwen het ziekmelden om die redenen kennelijk als een vorm van genoegdoening: het ziekmelden wordt dan wellicht gehanteerd als een middel om opzettelijk te bewerkstelligen dat anderen daar de nadelen van ondervinden.

Voor elke gedraging bestaat er, afhankelijk van de persoon, een grote variatie in overwegingen en evaluaties van de consequenties van het betreffende gedrag. Alleen van gedrag met eenduidige positieve dan wel negatieve gedragsconsequenties kan met enige zekerheid een inzicht worden verkregen in de overwegingen, die aan de vorming van een attitude bijdragen. Eventuele interventies, met het oog op een gewenste gedragsverandering, kunnen in principe alleen dan succesvol worden uitgevoerd, dat wil zeggen dat ze het beoogde effect bereiken door het gedrag bij te sturen in de gewenste richting. In hoeverre een interventie-effect dan ook werkelijk doorwerkt in gedrag, via de attitude en via de intentie, zou nader onderzocht moeten worden, omdat vooralsnog een zwak verband is geconstateerd van de afzonderlijke overwegingen en evaluaties met de attitude.

*- Wat betreft de invloed van attitude, subjectieve sociale norm en zelfeffectiviteit:*

Bij bestudering van de invloed van de gedragsdeterminanten attitude, subjectieve sociale normen en zelfeffectiviteit op de intentie valt op, dat de attitude veruit de belangrijkste voorspeller is. Wanneer men een ziekmelding acceptabel vindt, is men geneigd om zich ziek te melden. Een rationele component is duidelijk van invloed op de verzuimintentie.

Door het toevoegen van zelfeffectiviteit als gedragsdeterminant aan de theorie van gepland gedrag (Schifter & Ajzen, 1985; Ajzen & Madden, 1986) kan de intentie tot ziekmelden beter verklaard worden dan voorheen, toen de determinanten alleen uit de attitude en subjectieve sociale normen bestonden. Wanneer de attitude, zoals gezegd als sterkste

predictor, pas geforceerd in een laatste stap in de regressievergelijking werd opgenomen bleek daarvoor een behoorlijk deel van de variantie in de intentie tot ziekmelden door de zelfeffectiviteit verklaard te worden.

Opvallend is dat de subjectieve sociale normen alleen een onafhankelijke invloed hebben op het ziekmelden wanneer er sprake is van de intentie tot zwart verzuim en wanneer er sprake is van een feitelijke ziekmelding voor de duur van één à twee dagen. De gegevens zijn echter tegenstrijdig. Hoe toleranter de sociale omgeving lijkt te zijn ten opzichte van het 'zomaar ziekmelden', hoe minder de intentie tot zwart verzuim voorkomt. Daarentegen neemt het aantal zeer kortdurende ziekmeldingen (1 à 2 dagen) wel toe onder invloed van tolerante sociale normen in de privé-omgeving, thuis of bij vrienden<sup>27</sup>. Dus: een ziekmelding van een dag of van twee dagen wordt aangemoedigd door familie-leden thuis of door vrienden. In dit geval wordt zowel het ziekmelden zelf als de uiteindelijke hoeveelheid dagen dat men ziekgemeld is bevorderd (liever twee dagen dan één dag). Hieruit blijkt dat een nuancering van de sociale norm van belang is: men lijkt bij de intentie tot zwart verzuim geneigd te zijn in te gaan tegen een 'algemene' sociale norm (geformuleerd als: mensen die belangrijk voor mij zijn vinden ...etcetera), terwijl het zeer kortdurende feitelijke verzuim (waarvan men een overlap met het als zwart aan te merken verzuim kan veronderstellen) juist wordt aangemoedigd door tolerante sociale normen, ditmaal die van thuis en van vrienden en kennissen.

#### *Wit, grijs en zwart verzuim*

Door het ziekmelden in wit, grijs en zwart verzuim te onderscheiden zien we dat de betekenis van twee gedragsdeterminanten voor deze vormen van ziekteverzuim verschilt; alleen de attitude blijft onverminderd het sterkst van invloed op zowel wit, grijs als zwart verzuim.

De waarde van zelfeffectiviteit voor het verklaren van gedrag is afhankelijk van de mate waarin men het gedrag kan uitvoeren zodra men dat maar wil en daarin geen normatieve tegenwerking vanuit de omgeving ervaart. Het onderscheid tussen de intentie tot wit, grijs en zwart verzuim geeft een steeds grotere mate van controle over het gedrag weer. De zelfeffectiviteit bleek alleen van invloed op de intentie tot het gedrag, waarover de controle klein is (het grijze en witte verzuim). Omdat de attitude als eerste predictor een groot deel van de variantie verklaart, zijn de aanvullingen van de zelfeffectiviteit echter marginaal. Kortom: zoals vanuit het model van de theorie van gepland gedrag wordt verondersteld, is de zelfeffectiviteit met name een zinvolle toevoeging aan de attitude en subjectieve sociale norm als gedragsdeterminanten wanneer er sprake is van gedrag dat men in

<sup>27</sup> Niet uitgesloten is echter dat iemand een (noodzakelijke) ziekmelding uitstelt en dat men mogelijk onder druk van het thuisfront uiteindelijk wel tot een ziekmelding besluit. De kans bestaat dat, na één of twee dagen rust genomen te hebben, de ziekmelding wordt beëindigd, omdat men het werk wil hervatten.

grote mate onder controle heeft, zoals in het geval van grijs en zwart verzuim.

In het geval van wit en grijs verzuim zijn de subjectieve sociale normen daarentegen niet van betekenis voor het ziekmelden. Bovendien worden alle ziekmeldingen die gemiddeld langer dan 2 dagen duren - waarbij waarschijnlijk vaak sprake is van wit of grijs verzuim - eveneens niet beïnvloed door de sociale omgeving. Wel wordt de intentie tot zwart verzuim aangemoedigd door een afkeurende houding in de omgeving. Ervan uitgaande dat er bij verzuim van één à twee dagen sprake kan zijn van zwart verzuim, lijkt het feitelijk gedrag in dezen aangemoedigd te worden door de privé-omgeving. Het lijkt erop dat de grootte van de beslissingsvrijheid bij deze vorm van verzuim tevens ruimte biedt voor de invloed van meningen van anderen. Wanneer er van wit en grijs verzuim sprake is overtuigt de werknemer zichzelf van een keuze om zich ziek te melden. Er zijn dan ook medisch objectiveerbare of andere redenen die het functioneren van de werknemer belemmeren; de mening van anderen doet bij deze ziekmeldingen niet ter zake.

*- Wat betreft de invloed van de intentie tot ziekmelden en de zelfeffectiviteit als rechtstreekse voorspellers voor ziekteverzuim:*

Doordat aan de intentie tot ziekmelden als determinant voor ziekmelden de zelfeffectiviteit als tweede rechtstreekse determinant is toegevoegd, kan ziekteverzuim beter verklaard worden dan voorheen. De meldfrequentie van een ziekteperiode van 3 tot 5 dagen en van verzuim dat langer dan 14 dagen wordt voor een deel rechtstreeks door de zelfeffectiviteit verklaard. Met name in gevallen van verzuim waarover geen volitionele controle bestaat (wit en grijs verzuim), blijkt de zelfeffectiviteit van invloed; een ziekmelding die gemiddeld langer dan 14 dagen duurt kan zowel uit wit als grijs verzuim bestaan. Een ziekmelding van 3 à 5 dagen eveneens (bijvoorbeeld een weekje griep).

*- Wat betreft de invloed van externe factoren:*

Voor de intentie tot ziekmelden en uiteindelijk voor het ziekmelden zelf zijn niet alleen de attitude en zelfeffectiviteit (en incidenteel de sociale normen) van belang; buiten de invloed van deze gedragsdeterminanten zijn twee 'externe' factoren van invloed op het ziekmelden, namelijk de bekendheid met het beleid en - in mindere mate - de ervaren werkdruk. Een aanzienlijk deel van de variantie in het te voorspellen gedrag kan weliswaar door de theorie van gepland gedrag worden verklaard, maar er is nog een deel van het gedrag dat door andere determinanten dan de attitude, sociale norm en zelfeffectiviteit, wordt verklaard. In hoeverre mogelijke aanvullende determinanten te vinden zijn die algemeen van aard zijn, is door middel van dit onderzoek niet vast te stellen. Ajzen (1991) voegde al eens, overigens zonder succes, het begrip 'morele verplichting' als determinant aan het model toe. Van Breukelen (1991, p. 227) vond overigens ook dat andere factoren dan de drie huidige gedragsdeterminanten, namelijk 'kennis over de attitudes ten opzichte van de werksituatie en de totale organisatie', een directe eigen bijdrage leverden aan de

ontslagintentie en -verwachting (niet op het feitelijk gedrag). Een derde als extern te kenmerken factor, het aantal dienstjaren, leverde echter nauwelijks een bijdrage aan het voorspellen van ontslagintentie, -verwachting en feitelijk ontslag.

De externe factoren die in het kader van ziekmelden van belang zijn gebleken zouden wel eens specifiek relevant kunnen zijn voor een gedraging als ziekmelden, of, mogelijk iets breder, voor andere vormen van wat door O'Reilly (1991) 'organisatie-gedrag' wordt genoemd. Wanneer 'informatie over het beleid' wordt opgevat als een aan ziekteverzuim gekoppelde determinant (de factor werd immers gevormd op grond van de reacties van geïnterviewden in het vooronderzoek) vormt dit mogelijk een indicatie om een wat ruimer concept omtrent 'beleidsinformatie' als determinant, in ieder geval in onderzoek binnen organisaties, op te nemen. Kennelijk is dit soort informatie van andere aard dan de overwegingen, die weer van invloed zijn op de attitude, normatieve informatie, welke tot de subjectieve sociale norm leidt of informatie over controlemogelijkheden, waarop de zelfeffectiviteit wordt gebaseerd. Informatie over het 'beleid', zoals "Het organisatiebeleid is voor mij helemaal duidelijk" of "Als er binnen de organisatie iets verandert word ik daarvan te laat op de hoogte gesteld" is in het geval van ziekmelden rechtstreeks van invloed op gedrag.

- *De invloed van eerder verzuimgedrag op toekomstig verzuimgedrag:*

Tot slot gaan we in op de rol van het eerdere ziekteverzuim voor het toekomstige ziekteverzuim, waar bij de beschrijving van de resultaten al op werd gewezen. In veel onderzoeken vanuit de theorie van gepland gedrag (zie: Ajzen, 1991) wordt een invloed gevonden van het eerdere gedrag op het te voorspellen gedrag. Ook in onderzoek naar ziekteverzuim wordt een invloed gevonden van het eerdere verzuim op het latere ziekteverzuim (Breughel, 1981; Keller, 1983; Winkler, 1980). Morgan en Herman (1976) rapporteren bijvoorbeeld een correlatie van  $r = .70$  tussen eerder en later ziekteverzuim. De Winter (1991) vond eveneens bevestiging voor een invloed van eerder uitval-gedrag (verzuim, arbeidsongeschiktheid en verloop) op latere uitval.

In deze studie naar ziekmelden hebben we gezien dat in 5 van de 8 keer dat het gedrag ziekmelden als afhankelijke variabele is onderzocht, het eerdere gedrag van significante additionele waarde was voor het verklaren van het verzuimgedrag. Samengevat bleek het eerdere verzuimgedrag van belang voor de voorspelling van de meldfrequentie en het totaal aantal verzuimde dagen, en daarnaast voor de verzuimde dagen van een ziekteperiode van 1 à 2 dagen, voor de meldfrequentie van verzuim dat 3, 4 of 5 dagen duurt en voor de hoeveelheid verzuimde dagen van een ziekteperiode langer dan 14 dagen.

Welke argumenten worden in de literatuur aangedragen ter verklaring van het directe ver-



band tussen eerder en later gedrag? Volgens Ajzen (1991)<sup>28</sup> kan gedrag voorspeld worden wanneer alle (interne en externe) factoren bekend zijn die de determinanten van het gedrag vormen. Zolang er in deze factoren niets verandert, verandert er ondertussen ook in het gedrag niets (uitgezonderd veranderingen ten gevolge van mogelijke meetfouten). Triandis (1977) onderscheidt gedrag dat voor het eerst ontplooid wordt en gewoontegedrag. Gedrag dat is ontwikkeld tot een 'habit' reflecteert continu de attitude, sociale norm, zelfeffectiviteit en intentie, die de eerste keer dat het gedrag uitgevoerd werd aan het gedrag vooraf zijn gegaan. Gedrag uit het verleden wordt in dat geval een rechtstreekse voorspeller voor hetzelfde, later uitgevoerde gedrag.

Terug naar onderhavig onderzoek waarin ziekmelden als gedrag centraal staat, zien we dat de correlatie tussen eerder en later gedrag voor de meldfrequentie zwak en voor de hoeveelheid ziekgemelde dagen redelijk is<sup>29</sup>. Zoals we bij de spreiding van de verzuimgegevens opmerkten is er sprake van een gedraging die eerder uitzondering dan regel is voor een individu; van alle dagen dat iemand op jaarbasis werkt meldt men zich slechts een enkele keer ziek, de andere dagen gaat men werken. Uitgaande van een gemiddeld verzuimpercentage van 8 procent op jaarbasis is er altijd één op dertien werknemers ziekgemeld. Over een jaar genomen meldt 67.3 procent van de onderzoekspopulatie zich minstens een keer ziek. Voor de meerderheid komt het ziekmelden op jaarlijkse basis eenmaal of meerdere keren voor. Dit deel heeft ervaring met ziekmelden en kan zodoende nagaan wat de consequenties van ziekmelden zijn geweest, hoe de omgevingsnormen daarop inwerkten en in hoeverre zelfeffectiviteit meespeelde bij het ziekmelden. Gekoppeld aan de lage frequentie waarmee ziekmelden zich gemiddeld voordoet (twaalf van de dertien werknemers gaat werken, één meldt zich ziek) is de kans groot dat zich in de attitude, subjectieve sociale norm en zelfeffectiviteit veranderingen voordoen; aangezien ook twee externe factoren een directe invloed op het ziekmelden hadden werken ook wijzigingen die zich op dat front voordoen door in een veranderde intentie en veranderde voorspelbaarheid van verzuim.

Wanneer een onderscheid wordt gemaakt naar duurklassen zien we dat zowel een ziekteperiode van 1 en 2 dagen als juist de periodes die langer dan 14 dagen duren door de eerdere verzuimde dagen kan worden voorspeld: hieruit zou afgeleid kunnen worden dat verzuim verklaard kan worden door eerder verzuim wanneer met het ziekmelden wordt bewerkstelligd dat men zich even aan het werk kan onttrekken (hierbij speelden ook de

<sup>28</sup> Ajzen (1991, p. 202) en Beck en Ajzen (1991, p. 289) geven in nagenoeg dezelfde bewoordingen aan: "If all factors, internal to the individual as well as external, that determine a given behavior are known, then the behavior can be predicted to the limit of measurement error. So long as this set of factors remains unchanged, the behavior also remains stable over time. The dictum, "past behavior is the best predictor of future behavior" will be realized when these conditions are met".

<sup>29</sup> Het verband tussen eerder en later gedrag is voor de meldfrequentie  $r = .19$  en voor het aantal verzuimde dagen  $r = .28$ , beide significant  $p < .001$ .

waargenomen afkeurende normen in de privé-omgeving een rol, deze hadden een remmend effect op dit verzuim) of wanneer er mogelijke constitutionele gezondheidsproblemen aan ten grondslag liggen. In het laatste geval kan men bijvoorbeeld denken aan het optreden van chronische rugklachten, die langdurig verzuim veroorzaken. Als er bij deze twee uiterste motieven om ziek te melden (onttrekken aan het werk versus chronische klachten) al sprake zou zijn van gewoonte-gedrag, dan is daarvan naar verwachting eerder sprake bij chronische klachten. Na 52 weken (Ziektewet) wordt echter de afkeuringsprocedure gestart, zodat de werknemer daarna niet meer onder de Ziektewet valt.

De invloed van eerder verzuimgedrag op het toekomstige lijkt in ieder geval niet gekoppeld te zijn aan het gegeven dat het uitvoeren van het gedrag als 'een gewoonte' beschouwd kan worden; zowel kortdurend als langdurend verzuim worden hierdoor namelijk beïnvloed. Een (mogelijk terugkerende) behoefte en noodzaak om zich ziek te melden zijn hiervoor eerder de kenmerken van de oorzaak dan dat er van een 'habitu' sprake is (zoals bijvoorbeeld elke dag beginnen met een kop thee of koffie, of de gewoonte om na elke kop koffie een sigaret op te steken). Verondersteld mag worden dat bij verzuimgedrag de attitude, sociale normen, zelfeffectiviteit en intentie en de omgevingsvariabelen, die als externe factor een deel van de intentie tot ziekmelden rechtstreeks verklaarden, ondertussen aan verandering onderhevig zijn.

Tot slot worden drie opmerkingen gemaakt over het toepassen van de theorie van gepland gedrag bij het verklaren van ziekmelden. Een eerste algemene opmerking betreft de bruikbaarheid van de theorie van gepland gedrag in realistische veldsituaties, zoals toepassing in willekeurige organisaties. Eerder werd al opgemerkt, dat het merendeel van de onderzoeken die door Ajzen c.s. zijn uitgevoerd betrekking heeft op studenten (Schifter & Ajzen, 1985; Ajzen & Madden, 1986; Ajzen & Driver, 1991; Doll & Ajzen, 1992; Madden, Ellen & Ajzen, 1992; Beck & Ajzen, 1991). Ook bij vele andere onderzoeken waarin relaties tussen attitude en gedrag centraal staan bestaat de onderzoekspopulatie uit studenten (o.a. Bentler & Speckart, 1979; Bagozzi, 1981; Bagozzi, Baumgartner & Yi, 1989; Netemeyer, Burton & Johnston, 1991). Door de keuze van een studentpopulatie ontstaat echter een selectie, die een zekere homogeniteit kent, al helemaal als het alleen studenten psychologie of sociale wetenschappen betreft (zoals Beck & Ajzen, 1991, over voorspelbaarheid van 'oneerlijk gedrag'). Newman (1974) constateerde al dat toepassing van de theorie van gepland gedrag in veldsituaties in mindere mate van voorspellende waarde was dan in de eerdere experimenten van Fishbein (1973). In recente ontwikkelingen binnen het onderzoek naar ziekteverzuim wordt juist melding gemaakt van een behoefte aan het toepassen van theorieën in praktijksituaties. Rhodes en Steers (1990, p. 168) noemden bijvoorbeeld als eerste van vier punten waaraan in toekomstig onderzoek naar ziekteverzuim aandacht moet worden besteed: "First and perhaps foremost, we need more model testing under realistic field conditions".

Een probleem van het vele experimentele onderzoekswerk betreft het generaliseren van de conclusies die in onderzoek onder studenten zijn verkregen. Beck en Ajzen (1991) zetten een studie op om na te gaan in hoeverre er sprake is van sociale wenselijkheid bij het gebruik van vragenlijsten in het kader van de theorie van gepland gedrag. Zij concludeerden op grond van deze resultaten (sociaal wenselijke antwoorden over liegen, spieken en winkeldiefstal), dat sociale wenselijkheid over het algemeen verwaarloosbaar is. Mijns inziens gaan zij daarin voorbij aan de specificiteit van de onderzochte groep; non-conformistisch gedrag mag met name onder studenten sterk aanwezig worden verondersteld.

Een tweede algemeen aandachtspunt betreft een aantal door Fishbein en Ajzen vooraf gestelde voorwaarden aan het te verklaren gedrag, te weten gedrag moet bestaan uit een feitelijke gedraging, het moet geen keuzegedrag zijn en de intentie moet een feitelijk voornemen om tot het gedrag over te gaan zijn. Volgens Sheppard, Hartwick en Warshaw (1988) is de verklarende waarde van de theorie van gepland gedrag echter groter wanneer gedrag juist voldoet aan de tegenovergestelde voorwaarden. Het ziekmelden zoals het is onderzocht in deze studie voldeed aan de eerste twee van de oorspronkelijke voorwaarden. Deze operationalisatie is vergelijkbaar met die van Newman (1974) betreffende het onderzoeken van afwezigheidsgedrag ('behavior', 'no choice', 'estimation', zie Bijlage 1). Newman rapporteerde een correlatie van  $r = .10$  tussen de intentie en het gedrag. In onderhavig onderzoek was deze voor de meldfrequentie  $r = .16$  (significant,  $p < .01$ ); de correlatie met de hoeveelheid verzuimde dagen was niet significant. Andere operationalisaties van ziekmelden, door te vragen naar het doel van het gedrag, verschillende gedragsalternatieven en een werkelijk voornemen in plaats van een inschatting om tot het gedrag over te gaan, kunnen mogelijk leiden tot betere resultaten wat de voorspelbaarheid van ziekteverzuim betreft.

Een derde opmerking heeft betrekking op het toepassen van de theorie van gepland gedrag in dit onderzoek. Het hoofdonderzoek is namelijk uitgevoerd binnen één organisatie. De voordelen hiervan zijn dat de groep werknemers homogeen is wat betreft de afspraken die er met betrekking tot het ziekteverzuim zijn gemaakt, samengenomen in het verzuimbeleid of breder getrokken in het sociaal beleid van de instelling (de zogenaamde 'organizational policies'). De keerzijde hiervan is echter dat de bevindingen niet zonder meer **generaliseerbaar** zijn: met name de genoemde externe factoren zijn situatie-gebonden. Ook de overwegingen van de consequenties van ziekmelden en evaluaties zijn werkspecifiek, of bedrijfstak-specifiek. Hier kan tegenover worden gesteld dat onderzoek naar ziekteverzuim vaak betrekking heeft op diffuse groepen van werknemers en werkactiviteiten, waardoor de kans op te algemene uitspraken bestaat of, wat vaker voorkomt, de complexiteit van de onderzoeksmodellen toeneemt (Rhodes & Steers, 1990). Eerder, in hoofdstuk II, gaven we de volgende formulering van het standpunt van Nicholson (1993, p. 288) hierin weer: "Absence is a complex multicausal phenomenon, therefore we should limit the scope of our hypothesis testing. It is better to have a rich understanding of a modest range of facets

of absence, than to create more muddle about the big picture". Wat deze ontwikkeling betreft wordt aanbevolen verder onderzoek naar ziekteverzuim vorm te geven op grond van de theorie van gepland gedrag; om relatieve verschillen op te sporen in de invloed van de verschillende gedragsdeterminanten, met name die waarin bedrijfs- of werkgerelateerde factoren doorwerken, zou het onderzoek in andere organisaties binnen de intramurale gezondheidszorg uitgevoerd kunnen worden én in organisaties binnen andere bedrijfstakken.

### 3. Relevantie voor de praktijk

In deze laatste paragraaf wordt de vraag aan de orde gesteld wat dit onderzoek bijdraagt aan kennis over en inzicht in het gebied van ziekteverzuim.

Allereerst kan gesteld worden dat de keuze om een enkelvoudig **theoretisch kader** te gebruiken, een ontwikkeling welke wenselijk is zoals onder andere beargumenteerd door Nicholson (1993), ertoe heeft geleid dat een aanzienlijk deel van de variantie in het ziekmelden wordt verklaard. Door de attitude en de zelfeffectiviteit wordt ongeveer de helft van de variantie in de intentie tot ziekmelden verklaard. Dezelfde determinanten verklaren van de intentie tot wit verzuim zelfs 60 procent, en van de intentie tot grijs en zwart verzuim respectievelijk 38 procent en 37 procent. Alleen op de intentie tot zwart verzuim zijn ook normen van anderen in enige mate negatief van invloed. Daarnaast levert één factor uit de werksituatie, buiten de invloed van determinanten om, een duidelijk actieve bijdrage aan de intentie tot ziekmelden, namelijk hoe beter men op de hoogte is van beleidsinformatie, hoe minder snel men geneigd is zich ziek te melden. Vergeleken met bijvoorbeeld de omvangrijke onderzoeken van Grosfeld (1988) en Schalk (1989) is in dit onderzoek aangetoond, dat het mogelijk is met een betrekkelijk klein aantal variabelen een aanzienlijk deel van het ziekteverzuim te verklaren. Daarnaast zijn deze voor verzuim relevante determinanten in een eenvoudig model te plaatsen.

Vergeleken met de intentie tot ziekmelden wordt van het feitelijk ziekmelden gedurende één jaar een kleiner deel verklaard: terwijl de meldfrequentie in ieder geval door de intentie tot ziekmelden wordt bepaald, is de hoeveelheid dagen dat men zich ziekmeldt voornamelijk een gevolg van het aantal dagen dat men het jaar eerder heeft verzuimd. Wanneer een onderscheid wordt gemaakt naar verzuimduurklassen, dan blijkt de meldfrequentie en het aantal ziekgemelde dagen aanzienlijk beter te worden verklaard. Alleen het ziekteverzuim dat zes tot veertien dagen duurt kan niet door de binnen het theoretisch model aanwezige variabelen worden verklaard.

#### Gedragsdeterminanten

Zowel de intentie als de zelfeffectiviteit zijn gedragsdeterminanten die tot ziekmelden

leiden. Voor het verzuim dat een aantal dagen duurt is, afhankelijk van de specifieke verzuimduur, daarnaast vaak een aparte variabele verantwoordelijk. Een verzuimperiode van 1 à 2 dagen ontstaat bijvoorbeeld als enige soort verzuim mede door invloed van de sociale norm in de privé-omgeving van degene die zich ziekmeldt. Het leuk vinden om met patiënten te werken veroorzaakt bijvoorbeeld exclusief een deel van het verzuim dat langer dan 14 dagen duurt. Ondanks het gebruik van een gedragsverklarende theorie, die algemeen toepasbaar is en niet specifiek is ontwikkeld ter verklaring van ziekteverzuim, is een differentiatie aan te brengen in aanleidingen in het gedrag van mensen en bepaalde soorten verzuim. Afhankelijk van de keuze welke vorm van verzuim met name aangepakt moet gaan worden, kan op grond van de resultaten worden aangegeven welke factoren bijdragen aan het type verzuim dat men wil consolideren dan wel wil bestrijden.

Wil men langdurig verzuim terugdringen, dan zal men de aandacht moeten richten op een sterk werkgebonden kenmerk, namelijk het werken met patiënten. Wanneer men veel plezier ervaart in het werken met patiënten is dit van invloed op het aantal dagen ziekteverzuim (verzuim dat gemiddeld langer dan 2 weken duurt). Aangezien de oorzaak kenmerklijk enerzijds in het werk (het werken met patiënten) en anderzijds in de betrokkenheid van de werknemer bij de patiënten ligt, lijkt dit verband overeen te komen met het optreden van 'burn out'. Klachten van emotionele uitputting bijvoorbeeld lijken voornamelijk op te treden bij werknemers die beroepshalve veel contact hebben met andere mensen. Extra aandacht voor het ontwikkelen van de professionele houding van verpleegkundigen is daar wellicht gewenst. Kennisoverdracht, het trainen van bepaalde beroepsvaardigheden, het opzetten van een klankbord of vangnet en dergelijke aandachtspunten kunnen een preventieve werking hebben op mogelijke langdurige uitval door ziekte.

Daar staat tegenover dat ziekmeldingen die slechts 1 à 2 dagen duren, maar die een enorme inbreuk maken op het dagelijkse werkproces, omdat het bijvoorbeeld onduidelijk is of men een vervanger in moet roepen voor de duur van het verzuim, met name bijgestuurd kunnen worden door de invloed van de norm thuis niet te laten overheersen. Dergelijke mogelijk frequent optredende, maar in ieder geval korte verzuimperiodes doen een grote inbreuk op het moreel van een team of afdeling, en is bijvoorbeeld beïnvloedbaar door middel van een persoonlijk gesprek waarin aandacht wordt besteed aan de vanuit het werk opgelegde normen. Een verdergaande mogelijkheid bestaat uit een sterkere confrontatie van de omgeving thuis met de normen zoals die binnen een organisatie gelden, bijvoorbeeld door controle als repressieve maatregel.

**Sociale normen** worden alom als relevant voor ziekmelden genoemd. Over onderzoeken als die van Chadwick-Jones et al. (1982) en de verzuim'cultuur'benadering door Nicholson en Johns (1985) werd door Rhodes en Steers (1990) wel opgemerkt, dat deze te veel invloed toedichten aan de groep en te weinig rekening houden met individuele variaties binnen groepen. Ook Hackett et al. (1989) geven aan dat er juist rekening moet worden gehouden met individuele verschillen en dat deze in stand worden gehouden door allerlei

zaken die niet gevoelig zijn voor sociale invloeden. Uit dit onderzoek blijkt dat afkeurende normen die men in het algemeen waarneemt een verzuimbevorderende invloed hebben in het geval van de intentie tot zwart verzuim en dat afkeurende normen in de privé-omgeving het verzuim van gemiddeld 1 à 2 dagen remmen.

Volgens Hackett et al. speelt hierin bijvoorbeeld mee hoe sterk iemands arbeidsethos is; ook in de interviews in het kader van dit onderzoek kwam naar voren dat sommigen van thuis uit niet gewend zijn om zich ziek te melden, wanneer dat niet per se noodzakelijk is. De sociale normen vormen in dat geval eerder de oorzaak van een 'diepgeworteld' werkethos, waardoor men niet snel tot ziekmelden overgaat, dan dat ze rechtstreeks van invloed zijn op ziekteverzuim.

Verder is in dit onderzoek verduidelijkt, dat factoren die niet rechtstreeks gerelateerd zijn aan de werksituatie en zich buiten de context van het werk voordoen, inderdaad van invloed zijn op ziekteverzuim. Door diverse onderzoekers (o.a. Morgan & Herman, 1976; Hackett, Bycio & Guion, 1989; Johns & Nicholson, 1990; Rhodes & Steers, 1990; Youngblood, 1984; O'Reilly, 1991) is de rol van deze factoren onder de aandacht gebracht. Oorzaken van ziekte zijn volgens Schellart (1989) voor 28 procent beroepsgebonden, 57 procent van de oorzaken ligt buiten het werk en 11 procent heeft beide aspecten. Bij ruim tweederde van alle ziekmeldingen spelen niet-werkgebonden factoren een rol.

Door **zelfeffectiviteit** om te gaan werken bij problemen in de thuissituatie en bij klachten van vermoeidheid op te nemen in het onderzoeksmodel is aangetoond dat deze significant bijdragen aan het ziekteverzuim. Voor mogelijke verzuimaanleidingen die de grenzen van de organisatie overschrijden is lang geen aandacht geweest, uitgezonderd wellicht de extremere gevallen waarin hulp van het bedrijfsmaatschappelijk werk bijvoorbeeld werd ingeroepen. De inzichten veranderen: een werknemer wordt inmiddels tot op zekere hoogte zelf verantwoordelijk gesteld of moet zelf verantwoordelijk gesteld kunnen worden voor het eigen functioneren. Oplossingen voor het geval zich problemen thuis voordoen (welke zich gemakkelijker voordoen door de veranderende samenleving, waarin bijvoorbeeld in toenemende mate beide partners een baan buitenshuis hebben, 'sleutelkinderen' bestaan, grotere afstanden woon-werkverkeer voorkomen e.d.) kunnen gezocht worden in het aanleren van bepaalde vaardigheden, bijvoorbeeld door het aanbieden van zelfeffectiviteitscursussen of trainingen gericht op de persoonlijke effectiviteit, en in het ontwerpen van nieuwe regelingen, zoals het recht op betaald verzorgingsverlof bij ziekte van familieleden<sup>30</sup>. Buiten de invloed van de attitude, sociale normen en zelfeffectiviteit hebben we geconstateerd dat, in het ziekenhuis waar het onderzoek is uitgevoerd, bekendheid met

<sup>30</sup> Voor werknemers van de unie van waterschappen is een dergelijke regeling bijvoorbeeld in de CAO opgenomen; in de Verenigde Staten heeft sinds kort iedereen de mogelijkheid van 'family-leave' wanneer een ziek familielid verzorging nodig heeft.

beleidsinformatie van invloed is op de intentie tot ziekmelden. Een verzuimpreventieve maatregel bestaat uit het verzorgen van goede informatie en communicatie over beleidsmatige zaken, waartoe onder andere een personeelsblad of speciale informatie- of discussie-bijeenkomsten kunnen dienen. Belangrijk is dat met relatief geringe tijdsbesteding van de werknemers voldoende uitwisseling van informatie bereikt wordt; dit in verband met de over het algemeen als hoog ervaren werkdruk waardoor men mogelijk weinig of geen tijd heeft om zich te laten informeren.

Tot slot: De focus van dit onderzoek bestond niet uit de invloed van ervaren gezondheidsklachten op het ziekmelden. Een argument daarvoor was dat in veruit het grootste deel van het ziekteverzuim sprake is van een keuzevrijheid, waarbij andere argumenten een rol spelen die van 'ziek-zijn'. We zagen dat er in die keuzevrijheid veel ruimte is weggelegd voor de attitude tot ziekmelden: het resultaat van het afwegen van argumenten voor en tegen een ziekmelding vormt een belangrijke factor in de intentie tot ziekmelden. Verzuim kan voor een aanzienlijk deel opgevat worden als beredeneerd gedrag. Om het risico op ziekteverzuim zo klein mogelijk te houden, zou een organisatie de werknemer goed moeten kunnen inschatten wat de attitude tot ziekmelden betreft. Hoewel het ongetwijfeld moeilijkheden met zich mee brengt om hiervan een goede indicatie te verkrijgen, zou het bijvoorbeeld niet denkbeeldig zijn dat dit onderdeel uit gaat maken van een selectie-procedure. Recentelijk is in ieder geval aangetoond dat medische keuringen als onderdeel van een aanstellingsprocedure geen enkele voorspellende waarde hebben voor het optreden van ziekteverzuim (Lourijsen, van den Heuvel & Smulders, 1993; Lourijsen, Dam & De Kort, 1993; De Kort, 1993).

---

## Summary

---

Although, for some time now, absenteeism has been a highly debated issue, researchers have gained little insight into the processes that precede it. Recent studies show a need for simplification of the models that try to explain absenteeism as well as a need for knowledge of the role of behavioral determinants. In this study we use the relatively simple theoretical framework of planned behavior to investigate the cognitive and motivational causes that influence employees' decisions to report sick. For this purpose we have looked into the intentional and actual absenteeism of 600 employees of a general mental hospital.

*Chapter I* sketches the background against which absenteeism has developed. One of the observations is that absenteeism still deserves attention; after a small decrease, it has again reached the level of the early eighties. The government has already taken some radical measures, such as the act on reducing absenteeism (Wet Terugdringing Ziekteverzuim). This act holds employers increasingly responsible for absenteeism in their companies.

Next, chapter I goes into the characteristics of jobs in the hospital health care sector. Many of the employees in this sector are under a high, physical and psychological strain, also because of the patient-oriented character of their jobs. In comparison to the administrative and industrial branches, this sector shows many more instances of physical complaints, stress and burnout. The relatively large drop-out of colleagues due to, for example, absenteeism and turnover, has caused stress sensitivity and absenteeism to increase. Chapter I ends with a brief description of the choice for a social-psychological approach of absenteeism, resulting in the definition of absenteeism applied in this study.

*Chapter II* starts with a description of various aspects of absenteeism, followed by those indicators and measures of absenteeism which are usually distinguished. In addition, it is indicated that, due to national and international differences in definitions and backgrounds, researchers should realize that the results of absenteeism studies cannot always be compared.

The second part of chapter II gives an overview of the theoretical approaches of absenteeism. This survey distinguishes between Dutch and Anglo-Saxon studies because of possible differences in the cultural backgrounds of absenteeism. Subsequently, the choice for the theory of planned behavior is explained on the basis of an evaluation of existing theories. If we approach absenteeism from the theory of planned behavior, we assume that the act of reporting sick (or going to work) is preceded by the intention to report sick or to go to work. This intention is again influenced by the attitude (the evaluation of reporting sick or not, based on employees' beliefs about the expected consequences of reporting sick or not, and their evaluations of these consequences), the expected social norms (what will other people think about the act of reporting sick or going to work) and the perceived



behavioral control with respect to that behavior (to what extent does someone think he is actually able to report sick or to go to work).

A behavioral intention will lead to absenteeism unless there are so-called unexpected barriers blocking the way. These barriers can refrain someone from actually reporting sick in spite of a strong intention to do so. The theory of planned behavior assumes that past behavior and external factors, such as those having to do with the work environment, can only influence intentional and actual behavior via attitude, subjective social norms and perceived behavioral control. Chapter II ends with a discussion of the general research questions.

*Chapter III* describes the pilot study in which we have developed a questionnaire to explain both the act of reporting sick and the act of going to work by way of the theory of planned behavior. For this purpose we interviewed twenty employees of the hospital. The selection of respondents was based on the male/female division, the age structure and past absenteeism. The questionnaire which was developed on the basis of the interviews, was filled out by more than 100 employees of an institution for mentally handicapped patients. The answers to these questions were used in adjusting the questionnaire.

In *Chapter IV* we discuss the backgrounds to the absenteeism of 600 out of 875 employees of a general mental hospital. The research questions were answered in three steps: to what extent can the attitude toward reporting sick, the intention to report sick and the act of reporting sick be explained by the theory of planned behavior. In this context we made a distinction between 'white', 'grey' and 'black' absenteeism. By 'white' absenteeism we understand the act of reporting sick in case of evident health problems. We speak of 'grey' absenteeism when employees develop symptoms on the basis of which they report sick, although there are no evident health problems that force them to do so. In the case of 'black' absenteeism there are no health problems whatsoever.

It appeared that, for a small part, the attitude could be explained by people's beliefs about the expected consequences of reporting sick and by their evaluations of these beliefs. These beliefs and evaluations also had little influence on the attitude toward 'white', 'grey' and 'black' absenteeism. A number of beliefs which, initially, were expected to correlate negatively with the attitude toward reporting sick, had the opposite effect. For example, as one of the disadvantages of absenteeism the interviewees mentioned the fact that colleagues would be overburdened; however, this belief appeared to have a positive effect on the attitude toward reporting sick.

The intention to report sick was for the greater part explained by the attitude toward reporting sick, and, in addition, by the perceived behavioral control to report sick and to go to work in case of fatigue. Together, attitude and perceived behavioral control explained nearly half of the intention to report sick. When distinguishing between 'white', 'grey' and 'black' absenteeism, it appeared that 'white' absenteeism could be explained

best. The subjective social norms for reporting sick only played a role in the intention toward 'black' absenteeism. It is striking that the intention toward this type of absenteeism decreases as the social norms are less strict. If people expect their surroundings to accept 'black' absenteeism, they will, apparently, be less inclined to report sick without cause. Contrary to what is assumed by the theory of planned behavior, part of the intention to report sick (including the intention toward 'white', 'grey' as well as 'black' absenteeism) appeared to be directly explained by knowledge of company policies. Employees who are well-informed in this respect showed less intention to report sick than employees who were not familiar with policy plans. Also the experienced workload appeared to be directly related to the intention to report sick, especially in the case of 'grey' absenteeism: the higher the experienced workload, the stronger the intention to report sick and the stronger the intention toward 'grey' absenteeism.

The act of reporting sick by the 600 employees as a whole was measured by way of the report frequency and the number of sick absence days during a year. The report frequency could partly be explained by the intention to report sick, the report frequency in the case of past absenteeism and the variable sex. This latter variable and the past number of absence days were again important for the number of present absence days, together with job satisfaction. Yet, the explained value of both the report frequency and the number of absence days was low. However, it appeared that, by distinguishing classes of absence spells, the report frequency and the number of absence days could be considerably better explained.

Absence spells of one or two days on average could largely be explained by the subjective social norms, the experienced workload, the work atmosphere and past absenteeism. A tolerant attitude from people in one's private surroundings appeared to stimulate sick absence spells of one or two days. In contrast, tolerant norms in the case of subjective social norms decreased the intention toward 'black' absenteeism. Absence spells of three to five days on average could be explained by the intention to report sick, perceived behavioral control, past absenteeism and the number of years of employment. It appeared that junior employees more often report sick for a period of three to six days than senior employees.

We did not find any significant predictor for absence spells of six to fourteen days. As about 75 per cent of all sick absence reports concern sick absence spells of two weeks at the most, the act of reporting sick during the first five days of absence could be reasonably to well predicted by the theory of planned behavior. The background of absence spells of six to fourteen days on average are different from those that can be explained by the model. Absence spells of more than fourteen days, with a maximum of 52 weeks, could be explained by perceived behavioral control, the patient-oriented character of the work and past absenteeism.

Chapter IV concludes with a number of critical remarks about the research design

which are important in interpreting the results. Finally, *Chapter V* lists the research results and links them to results from earlier studies. One of the discussion points is the practical relevance of the theory of planned behavior for the explanation of absenteeism.

---

## Literatuur

---

- Adams, J.S. (1965). Inequity in social exchange. In: I. Berkowitz (Ed.) *Advances in experimental social psychology*, 2, 267-299. New York: Academic Press.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In: J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.) *Action control: From cognition to behavior*. Berlin/ New York: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1987). Attitudes, traits, and actions: dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. In: L. Berkowitz (Ed.) *Advances in Experimental Social Psychology*, 20, 1-63.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. & Driver, B.L. (1991). Prediction of leisure participation from behavioral, normative, and control beliefs: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Leisure Sciences*, 13, 185-204.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1969). The prediction of behavioral intentions in a choice situation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 5, 400-416.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1970). The prediction of behavior from attitudinal and normative variables. *Journal of Experimental Social Psychology*, 6, 466-487.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1973). Attitudinal and normative variables as predictors of specific behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27, 41-57.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relationships: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Ajzen, I., & Madden T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 20, 453-474.
- Allen, S.G. (1981). An empirical model of work attendance. *The review of Economics and Statistics*, 63, 77-87.
- Allegro, J.T. (1973). *Socio-technische organisatie-ontwikkeling*. Leiden: Stenfert Kroese.
- Allegro, J., & Veerman, T. (1990). Ziekteverzuim. In: P.J.D. Drenth, Hk. Thierry & Ch.J. de Wolff. *Nieuw handboek Arbeids- en Organisationspsychologie*, 6, 3.9.1 - 3.9.41. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Argyle, M. (1972). *The social psychology of work*. Harmondsworth: Penguin.
- Ås, D. (1962). Absenteeism: A social fact in need of a theory. *Acta Sociologica*, 6, 278-285.
- Atkinson, J.W. (1964). *An introduction to motivation*. Princeton: Van Nostrand.
- Backbier, E.H.F. & De Vries, H. (1993). Attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit ten aanzien van stoppen met roken tijdens de zwangerschap. *Gedrag en Gezondheid*, 21, 63-73.
- Bagozzi, R.P. (1981). Attitudes, intentions, and behavior: A test of some key hypotheses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 607-627.

- Bagozzi, R.P., Baumgartner, J. & Yi, Y. (1989). An investigation into the role of intentions as mediators of the attitude-behavior relationship. *Journal of Economic Psychology*, 10, 35-62.
- Bakker, A., Buunk, A.P., & Siero, F.W. (1993). Condoomgebruik door heteroseksuelen. *Gedrag en Gezondheid*, 21, 238-254.
- Bandura, A. (1977a). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977b). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989a). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (1989b). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. In: J. Madden, S. Matthyse & J. Barachas (Eds.) *Adaption, learning and affect*. New York: Raven Press.
- Beale, D.A. & Manstead, A.S.R. (1991). Predicting mothers' intentions to limit frequency of infants' sugar intake: testing the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 409-431.
- Beck, L. & Ajzen, I. (1991). Predicting dishonest actions using the theory of planned behavior. *Journal of Research in Personality*, 25, 285-301.
- Bentler, P.M. & Speckart, G. (1979). Models of attitude-behavior relations. *Psychological Review*, 86, 452-464.
- Bentler, P.M. & Speckart, G. (1981). Attitudes 'cause' behaviors: a structural equation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 226-238.
- Bergsma, E.W. & Ginneken, J.K.S. van (1990). *Omvang en kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO.
- Brayfield, A.H. & Crockett, W.H. (1955). Employee attitudes and employee performance. *Psychological Bulletin*, 52, 396-424.
- Breaugh, J.A. (1981). Predicting absenteeism from prior absenteeism and work attitudes. *Journal of Applied Psychology*, 66, 555-560.
- Breukelen, J.W.M. van (1989). Personeelsverloop in organisaties. Een literatuur overzicht en een model. *Gedrag en Organisatie*, 6, 37-65.
- Breukelen, J.W.M. van (1991). *Personeelsverloop in organisaties*. Dissertatie. Centrale Reproductie Inrichting KM.
- Brooke, P.P. (1986). Beyond the Steers and Rhodes model of employee attendance. *Academy of Management Review*, 11, 345-361.
- Brooke, P.P. & Price, J.L. (1989). The determinants of employee absenteeism: An empirical test of a causal model. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 1-19.
- Buunk, A.P. en Wolff, Ch.J. de (1988). Sociaal psychologische aspecten van stress op het werk. In: P.J.D. Drenth, Hk. Thierry, Ch.J. de Wolff (Red.) *Nieuw Handboek Arbeids- en Organisatiepsychologie*, 1, 3.8.1.- 3.8.50. Deventer: Van Loghum Slaterus.

- Buunk, B.P., Doosje, B.J., Jans, L.G.J.M. & Hopstaken, L.E.M. (1993). Perceived reciprocity, social support, and stress at work: The role of exchange and communal orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 801-811.
- Caplan, R.D., Cobb, S., French, J.R., Harrison, R.D. & Pinneau, S.R. (1975). *Job Demands and Worker Health: Main effects and occupational differences*. Washington: U.S. Government Printing Office.
- Chadwick-Jones, J.K., Brown, C.A., Nicholson, N. & Sheppard, C. (1971). Absence measures; their reliability and stability in an industrial setting. *Personnel Psychology*, 24, 463-470.
- Chadwick-Jones, J.K., Nicholson, N., & Brown, C. (1982). *Social Psychology of Absenteeism*. New York: Praeger.
- Christis, J. (1993). Arbeid en stress. Kritische kanttekeningen bij het Michigan-model. *Psychologie en maatschappij*, 62, 31-46.
- Clegg, C.W. (1983). Psychology of employee lateness, absence, and turnover: A methodological critique and an empirical study. *Journal of Applied Psychology*, 68, 88-101.
- Dalton, D.R., & Mesch, D.J. (1991). On the Extent and Reduction of Avoidable Absenteeism: An Assessment of Absence Policy Provisions. *Journal of Applied Psychology*, 76, 810-817.
- Dalton, D.R. & Perry, J.L. (1981). Absenteeism and the collective bargaining agreement: an empirical test. *Academy of Management Journal*, 24, 425-431.
- Dassen, Th., Halfens, R. & Philipsen, H. (1992). Beroepsidentificatie van psychiatrisch verpleegkundigen in Nederland. *Verpleegkunde*, 3, 139-146.
- Deitsch, C.R. & Dilts, D.A. (1981). To cut casual absenteeism: Tie benefits to hours worked. *Compensation Review*, 13, 41-46.
- Dilts, D.A., Deitsch, C.R. & Paul, R.J. (1985). *Getting absent workers back on the job*. Westport, CY: Quorum Books.
- Dilts, D.A. & Deitsch, C.R. (1986). Getting absentee workers back on the job: The case of GM. *Business Horizons*, 29, 46-51.
- D'Hertefelt, H. & Gasse, J. van (1989). De werkbeleving in een algemeen ziekenhuis. *Acta Hospitalia*, 1, 29-39.
- Dijk, F.J.H. van, Dormolen, M. van, Kompier, M.A.J. & Meijman, T.F. (1990). Herwaardering model belasting - belastbaarheid. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 68, 3-10.
- Dittrich, J.E., & Carrell M.R. (1979). Organizational equity perceptions, employee job satisfaction, and departmental absence and turnover rates. *Organizational Behavior and Human Performance*, 24, 29-40.
- Doll, J. & Ajzen, I. (1992). Accessibility and stability of predictors in the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 754-765.
- Dunn, L.F. & Youngblood, S.A. (1986). Absenteeism as a mechanism for approaching an optimal labor market equilibrium: an empirical study. *The Review of Economics and Statistics*, 68, 668-674.
- Eagly, A.H. (1992). Uneven progress: social psychology and the study of attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 693-710.
- Eagly, A.H. & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth (Texas): Harcourt Brace Jovanovich.

- Farrell, D. & Stamm, C.L. (1988). Meta-analysis of the correlates of employee absence. *Human Relations*, 41, 211-227.
- Fichman, M. (1984). A theoretical approach to understanding employee absence. In: P.S. Goodman & R.S. Atkin (Eds.) *Absenteeism: new approaches to understanding, measuring, and managing employee absence*. San Francisco/ London: Jossey-Bass.
- Fishbein, M. (1967). Attitude and the prediction of behavior. In: M. Fishbein (Ed.) *Readings in attitude theory and measurement*. New York: Wiley.
- Fishbein, M. (1976). The prediction of behaviors from attitudinal variables. In: K.K. Sereno & C.D. Mortensen (Eds.) *Advances in communications research*. New York: Harper & Row.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1981). Attitudes and voting behaviour: An application of the theory of reasoned action. In: G.M. Stephenson & J.M. Davis (Eds.) *Progress in applied social psychology*, 1, 253-313. London: Wiley.
- Frayne, C.A., & Latham, G.P. (1987). Application of social learning theory to employee self-management of attendance. *Journal of Applied Psychology*, 72, 387-392.
- Geurts, S.A., Buunk, A.P. & Schaufeli, W.B. (1991a). Ziekteverzuim vanuit een sociaal vergelijkingsperspectief. *Gedrag en Organisatie*, 4, 385-398.
- Geurts, S.A.E., Buunk, A.P., & Schaufeli, W.B. (1991b). Sociale vergelijkingsprocessen en verzuimtendentie. In: R.W. Meertens, A.P. Buunk & R. van der Vlist (Red.) *Reeks toegepaste sociale psychologie*. Den Haag: VUGA Uitgeverij B.V.
- Gibson, R.O. (1966). Toward a conceptualization of absence behavior of personnel in organizations. *Administrative Science Quarterly*, 11, 107-133.
- Goodman, P.S. & Atkin, R.S. (1984). Effects of absenteeism on individuals and organizations. In: P.S. Goodman & R.S. Atkin (Eds.) *Absenteeism: new approaches to understanding, measuring, and managing employee absence*. San Francisco/ London: Jossey-Bass.
- Gorp, K. van, Schaufeli, W. & Hopstaken, L. (1993). Burnout en cognitief terugtrekgedrag vanuit sociaal uitwisselingsperspectief. *Gedrag en Gezondheid*, 21, 274-285.
- Groot, M.J.W. de (1958). *Kwantitatieve benadering van het verzuim door neurosen bij Nederlandse fabrieksarbeiders*. Leiden: NIPG-TNO.
- Grosfeld, J.A.M. (1988). *De voorspelbaarheid van individuele verzuimduur*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Gupta, N. & Beehr, T.A. (1979). Job stress and employee behaviors. *Organizational Behavior and Human Performance*, 23, 373-389.
- Hackett, R.D. (1989). Work attitudes and employee absenteeism: A synthesis of the literature. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 235-248.
- Hackett, R.D. (1990). Age, tenure, and employee absenteeism. *Human Relations*, 43, 601-619.
- Hackett, R.D. & Guion, R.M. (1985). A reevaluation of the absenteeism-job satisfaction relationship. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 35, 340-381.
- Hackett, R.D., Bycio, P., & Guion, R.M. (1989). Absenteeism among hospital nurses: an idiographic-longitudinal analysis. *Academy of Management Journal*, 32, 424-453.

- Hackman, J.R. & Lawler, E.E. (1971). Employee reactions to job characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 55, 259-286.
- Hackman, J.R. & Oldham, G.R. (1976). Motivation through the design of work: test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 250-279.
- Hammer, T.H. & Landau, J. (1981). Methodological issues in the use of absence data. *Journal of Applied Psychology*, 66, 561-573.
- Harrison, D.A. & Hulin, C.L. (1989). Investigations of Absenteeism: Using Event History Models to Study the Absence-Taking Process. *Journal of Applied Psychology*, 74, 300-316.
- Hill, J.M.M. & Trist, E.L. (1953). A consideration of industrial accidents as a means of withdrawal from the work situation. *Human Relations*, 6, 357-380.
- Hogerzeil, H.H.W. (1966). Health care policies and macro-diagnostic groups. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 44, 77-88.
- Hopstaken, L.E.M. (1991). "Wegens ziekte..." verzuim gewikt en gewogen. Intern rapport. Vught: P.Z. Reinier van Arkel.
- Ilggen, D.R. (1977). Attendance behavior: A reevaluation of Latham and Pursell's conclusions. *Journal of Applied Psychology*, 62, 230-233.
- Ilggen, D.R. & Hollenback, J.H. (1977). The role of job satisfaction in absence behavior. *Organizational Behavior and Human Performance*, 19, 148-161.
- Jaarverslag 1989. Psychiatrische Instituten der Godshuizen (PIDG). 's-Hertogenbosch/ Vught.
- Jaarverslag 1990. Psychiatrische Instituten der Godshuizen (PIDG). 's-Hertogenbosch/ Vught.
- Johns, G. (1978). Attitudinal and non-attitudinal predictors of two forms of absence from work. *Organizational Behavior and Human Performance*, 22, 431-444.
- Johns, G. & Nicholson, N. (1990). The meanings of absence: New strategies for theory and research. In: L.L. Cummings & B.M. Staw (Eds.) *Evaluation and employment in organizations*, 207-253. Greenwich, CT: JAI Press.
- Keller, T. (1983). Predicting absenteeism from prior absenteeism, attitudinal factors and non-attitudinal factors. *Journal of Applied Psychology*, 68, 536-540.
- Kleber, R.J. (1982). *Stressbenaderingen in de Psychologie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Klein-Hesselink, D.J., Kruidenier, H. Veerman, T.J. & Buijs, P.C. (1993). *Afwezigheid verklaard. Literatuurstudie naar determinanten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*. Amsterdam: NIA.
- Knepper, S. (1989). Naar een miljoen arbeidsongeschikten? *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 44, 1065-1078.
- Knepper, S. (1991). De epidemie van psychische arbeidsongeschiktheid. Feiten en achtergronden (notitie). *Gedrag en Gezondheid*, 19, 315-319.
- Knol, H.K. (1990). Ziekteverzuim en werkdruk: dweilen met de kraan open. *Medisch Contact*, 45, 944-945.
- Knol, H.W. & Voogd, J. de (1990). *De uitval uit inservice-opleidingen voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden*. Rotterdam: Nederlands Economisch Instituut, Afd. Arbeidsmarktonderzoek.
- Kok, G.J. & Oostveen, T. (1987). Modellen ter verklaring van gezondheidsgedrag II. *GVO/ Preventie*, 8, 225-233.



- Kok, G.J., de Vries, H., den Boer, D.J., Dijkstra, M., Gerards, F.M., Hospers, H.J., & Mudde, A.N. (1990). De rol van eigen-effectiviteit bij de beïnvloeding van gezondheidsgedrag. In: A.P. Buunk, D. van Kreveld & R. van der Vlist (Red.) *Sociale psychologie en stereotypen, organisatie, gezondheid*. Den Haag: VUGA.
- Kok, G., de Vries, H., Mudde, A.N. & Strecher, V.J. (1991). Planned health education and the role of self-efficacy: Dutch research. Special Issue: Theory. *Health Education Research*, 6, 231-238.
- Kompier, M.A.J., Dijk, F.J.H. van, Dormolen, M. van & Meijman, T.F. (1990). Stressonderzoek en belastingsonderzoek in wederzijds perspectief. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 68, 11-18.
- Kort, W.L.A.M. de (1993). *Personnel selection through pre-employment medicals*. Dissertatie. Amsterdam: Coronel Laboratory.
- Kuhl, J. (1984). Volitional aspects of achievement motivation and learned helplessness: Toward a comprehensive theory of action control. In: B.A. Maher (Ed.) *Progress in experimental personality research*, 13, 99-171. New York: Academic Press.
- Lammers, C.J. (1966). Sociale oorzaken van het ziekteverzuim. *Sociaal Maandblad Arbeid*, 21, 480-494.
- Landy, F.J., Vasey, J.J. & Smith, F.D. (1984). Methodological problems and strategies in predicting absence. In: P.S. Goodman & R.S. Atkin (Eds.) *Absenteeism: new approaches to understanding, measuring, and managing employee absence*. San Francisco/London: Jossey-Bas.
- Larson, E.W. & Fukami, C.V. (1985). Employee absenteeism: The role of ease of movement. *Academy of Management Journal*, 28, 464-471.
- Latham, G.P. & Frayne, C.A. (1989). Self-management training for increasing job attendance. *Journal of Applied Psychology*, 74, 411-416.
- Latham, G.P. & Pursell, E.D. (1975). Measuring absenteeism from the opposite side of the coin. *Journal of Applied Psychology*, 60, 369-371.
- Lawler, E.E. & Porter, L.W. (1967). The effect of performance on job satisfaction. *Industrial Relations*, 7, 20-28.
- Lee, T.W. (1989). The antecedents and prediction of employee attendance. *Journal of Business Issues*, 17, 17-22.
- Leigh, J.P. (1981). The effects of union membership on absence from work due to illness. *Journal of Labor Research*, 2, 329-336.
- Léonard, C., Dolan, S.L. & Arsenault, A. (1990). Longitudinal examination of the stability and variability of two common measures of absence. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 309-316.
- Louijisen, E.C.M.P., Heuvel, S.G. van den & Smulders, P.G.W. (1993). *De praktijk van de medische aanstellingskeuring in 1988 en 1992: Een herhaling van het enquête-onderzoek onder Nederlandse bedrijven en artsen in 1988*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Louijisen, E.C.M.P., Dam, J. & Kort, W.L.A.M. de (1993). De medische aanstellingskeuring als selectie-instrument: afgekeurd? *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 71, 71-78.

- Madden, Th.J., Ellen, P.S. & Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 3-9.
- March, J.G. & Simon, H.A. (1958). *Organizations*. New York: Wiley.
- McShane, S.L. (1984). Job satisfaction and absenteeism: A meta-analytic re-examination. *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 1, 61-77.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (1991). *Nota Sociale Zekerheid 1992*. Den Haag: SDu Uitgeverij Plantijnstraat.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (1992). *Nieuwe maatregelen om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid terug te dringen*. Den Haag: SDu Uitgeverij Plantijnstraat.
- Morgan, L.G., & Herman, J.B. (1976). Perceived consequences of absenteeism. *Journal of Applied Psychology*, 61, 738-742.
- Mowday, R.T., Porter, L.W. & Steers, R.M. (1982). *Employee-organization linkages: the psychology of commitment, absenteeism and turnover*. New York: Academic Press.
- Muchinsky, P.M. (1977). Employee absenteeism: A review of the literature. *Journal of Vocational Behavior*, 10, 316-340.
- Mudde, A.N. (1987). Stoppen met roken. De rol van persoonlijke effectiviteit, succesverwachting en persoonlijke attributie. *GVO Cahiers nr. 31*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Nationale Ziekenhuisraad i.s.m. BVG (1991). *Vermindering en beheersing ziekteverzuim in de intramurale gezondheidszorg. Een handreiking*. Publicatie 291.180. Utrecht: NZR.
- Neal, M.B., Chapman, N.J., Ingersoll-Dayton, B., Emlen, A.C. & Boise, L.(1990). Absenteeism and stress among employed caregivers of the elderly, disabled adults, and children. In: Biegel, D.E., & Blum, A. (Ed.) *Aging and caregiving: Theory, research, and policy*. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc.
- Netemeyer, R.G., Burton, S. & Johnston, M. (1991). A comparison of two models for the prediction of volitional and goal-directed behaviors: A confirmatory analysis approach. *Social Psychology Quarterly*, 54, 87-100.
- Newman, J.E. (1974). Predicting absenteeism and turnover: a field comparison of Fishbein's model and traditional job attitude measures. *Journal of Applied Psychology*, 59, 610-615.
- Nicholson, N. (1977). Absence behaviour and attendance motivation: A conceptual synthesis. *Journal of Management Studies*, 14, 231-252.
- Nicholson, N. (1993). Absence - There and back again (commentary). *Journal of Organizational Behavior*, 14, 288-290.
- Nicholson, N., Brown, C.A., & Chadwick-Jones, J.K. (1976). Absence from work and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 61, 728-737.
- Nicholson, N., & Johns, G. (1985). The absence culture and the psychological contract - who's in control of absence? *Academy of Management Review*, 10, 397-407.
- Nicholson, N. & Payne, R. (1987). Absence from work: explanations and attributions. *International Review of Applied Psychology*, 36, 121-132.
- Oostveen, T., & Kok, G. (1987). Modellen ter verklaring van gezondheidsgedrag 1. *GVO/Preventie*, 8, 59-69.
- O'Reilly, C.A. (1991). Organizational behavior: Where we've been, where we're going. *Annual Review of Psychology*, 42, 427-458.

- Ouden, M. den (1992). *Transfer na bedrijfsopleidingen. Een veldonderzoek naar de rol van voornemens, sociale norm, beheersing en sociale steun bij opleidingstransfer*. Proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Patchen, M. (1960). Absence and employee feelings about fair treatment. *Personnel Psychology*, 13, 349-360.
- Paulussen, Th, Kok, G.J., Knibbe, R. & Cramer, A. (1989). Aids en intraveneus druggebruik: probleemanalyse en educatieve diagnose. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 68, 129-136.
- Place, M. (1992). *Burnout bij psychiatrisch verpleegkundigen. Een onderzoek naar de Amerikaanse en Nederlandse literatuur*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid NcGv-reeks 92-3.
- Peeters, M., Oostveen, T. & Kok, G. (1991). Sociaal-psychologische determinanten van sporten onder werktijd. *Gedrag en Gezondheid*, 19, 302-314.
- Philipsen, H. (1969). *Afwezigheid wegens ziekte: onderzoek naar oorzaken van verschillen in ziekteverzuim tussen 83 middelgrote bedrijven*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Pligt, J. van der & Eiser, J.R. (1984). Dimensional salience judgements and attitudes. In: J.R. Eiser (Ed.) *Attitudinal judgement*, 161-177. New York: Springer.
- Pligt, J. van der & Vries, N.K. de (1991). Attitudes. In: N.K. de Vries, & J. van der Pligt (Red.) *Cognitieve sociale psychologie*, 285-313. Meppel/ Amsterdam: Boom.
- Porter, L.W., & Steers, R.M. (1973). Organizational, work, and personal factors in employee turnover and absenteeism. *Psychological Bulletin*, 80, 151-176.
- Prins, R. (1990). *Sickness absence in Belgium, Germany (Fr) and the Netherlands; a comparative study*. Proefschrift. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA).
- Quast, H. & Kleinbeck, U. (1990). Motivational Determinants of Absence Behavior. In: U. Kleinbeck, H. Quast, H. Thierry & H. Hacker (Eds.) *Work motivation*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Quaethoven, P., Wuyts, I. & Colla, A. (1989). Ziekteverzuim in openbare ziekenhuizen. *Acta Hospitalia*, 1, 41-50.
- Rapport van de commissie Buurmeijer (1993). *Parlementaire enquête uitvoeringsorganen sociale verzekeringen*. Den Haag: Sdu Uitgeverij Plantijnstraat.
- Rhodes, S.R. & Steers, R.M. (1990). *Managing employee absenteeism*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Rijssen-Moll, M. van & Nijhuis, F.J.N. (1989). Gezondheidsbedreigende factoren in de intramurale gezondheidszorg. *Tijdschrift voor toegepaste Arbowetenschap* 2, 4, 58-64.
- Rosse, J.G. & Hulin, C.L. (1985). Adaption to work: An analysis of employee health, withdrawal, and change. *Organizational behavior and human decision processes*, 36, 324-347.
- Rosse, J.G. & Miller, H.E. (1984). Relationship between absenteeism and other employee behaviors. In: Goodman, P.S. & Atkin, R.S. (Eds.) *Absenteeism: new approaches to understanding, measuring, and managing absence*, 194-228. San Francisco/London: Jossey-Bass.
- Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood-Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, I (no. 609).

- Ryan, M.J. (1982). Behavioral intention formation: the interdependency of attitudinal and social influence variables. *Journal of Consumer Research*, 9, 263-279.
- Schalk, M.J.D. (1989). *Determinanten van kortdurend ziekteverzuim*. Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen. 's Gravenhage: Delwel.
- Schalk, M.J.D. (1990). Is frequent verzuimen toe te schrijven aan demografische kenmerken? *Gedrag en Gezondheid*, 18, 284-294.
- Schaufeli, W.B. (1990). *Opgebrand. Over de achtergronden van werkstress: het burnout-syndroom*. Rotterdam: Ad.Donker.
- Schellart, A.J.M. (1989). *Beroep en ziekte in de WAO*. Cahier 18. Amsterdam: Gemeenschappelijke Medische Dienst GMD.
- Schifter, D.B. & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: an application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 843-851.
- Schokking-Siegerist, E.C. (1979). *Ziekteverzuim van vrouwelijke werknemers*. Drie delen. Leiden: NIPG-TNO.
- Schroër, C.A.P. (1993). *Verzuim wegens overspanning: een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening en het verzuimbeloop*. Dissertatie. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Schunk, D. & Carbonari, J. (1984). Self-efficacy models. In: J. Matarazzo, S. Weiss, J. Herd, N. Miller & S. Weiss (Eds.) *Behavioral Health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: John Wiley & Sons.
- Sheppard, B.L., Hartwick, J. & Warshaw, P.R. (1988). The theory of reasoned action: a meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of Consumer Research*, 15, 325-343.
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Smith, F.J. (1977). Work Attitudes as Predictors of Specific Day Attendance. *Journal of Applied Psychology*, 62, 16-19.
- Smulders, P.G.W. (1980). Comments of employee absence/attendance as a dependent variable in organizational research. *Journal of Applied Psychology*, 65, 368-371.
- Smulders, P.G.W. (1982). Onderzoek en aanpak van het verzuim in een groot Nederlands metaalbedrijf. In: V.Chr. Vrooland (Red.) *Werk en gezondheid*, 179-187. Alphen aan de Rijn: Samsom.
- Smulders, P.G.W. (1984a). *Balans van 30 jaar ziekteverzuimonderzoek*. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
- Smulders, P.G.W. (1984b). *Bedrijfskenmerken en ziekteverzuim in de jaren zestig en tachtig: een vergelijkende studie*. Leiden: NIPG/TNO.
- Smulders, P.G.W. & Bloemhoff, A. (1993). De invloed van de economie op het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid in verleden en toekomst. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 9, 275-283.
- Sociale Verzekeringsraad (1993). *Causaliteit en arbeidsongeschiktheid*. (P93/1, onder redactie van Hermans, P.C. & Prins, R.). Zoetermeer: Sociale Verzekeringsraad SVr.

- Spaans, M. (1991). *Als werk een zorg is. Een theoretisch en empirisch onderzoek naar stress en burnout bij psychiatrisch verpleegkundigen*. Groningen: Andragogisch Instituut (RUG, A.I.-reeks 15 1991).
- Stagner, R. & Rosen, H. (1965). *The psychology of union-management relations*. Belmont (Cal.): Wadsworth.
- Steers, R.M., & Rhodes, S.R. (1978). Major influences on employee attendance: a process model. *Journal of Applied Psychology*, 63, 391-407.
- Steers, R.M. & Rhodes, S.R. (1984). Knowledge and speculation about absenteeism. In: P.S. Goodman & R.S. Atkin (Eds.) *Absenteeism: new approaches to understanding, measuring, and managing employee absence*. San Francisco/London: Jossey-Bass.
- Szilagyi, A.D. (1980). Causal inferences between leader reward behavior and subordinate performance, absenteeism and work satisfaction. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 195-204.
- Terborg, J.R., Lee, T.W. & Smith, F.J. e.a. (1982). Extension of the Schmidt and Hunter validity generalization procedure to the prediction of absenteeism behavior from knowledge of job satisfaction and organizational commitment. *Journal of Applied Psychology*, 67, 440-449.
- Tharenou, Ph. (1993). A test of reciprocal causality for absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 269-290.
- Triandis, H.C. (1977). *Interpersonal behavior*. Monterey: Brooks/Cole.
- Veerman, T.J. (1990). Ziekteverzuim: definities, termen, wetten. In: P.G.W. Smulders & T.J. Veerman (Red.) *Handboek ziekteverzuim. Gids voor de bedrijfspraktijk*. 's Gravenhage: Delwel.
- Veerman, T.J. & Vrooland, V.Chr. (1990). Verzuimbeleid in het bedrijf: van weten naar doen. In: P.G.W. Smulders & T.J. Veerman (Red.) *Handboek ziekteverzuim. Gids voor de bedrijfspraktijk*. 's Gravenhage: Delwel.
- Veldhoven, G.M. van (1990). Arbeidsomstandigheden in de gezondheidszorg. In: L. Boon (Red.) *Ontwikkelingen in de gezondheidszorg*, 10, 27-36.
- Verbaan, D. (1986). De verzuimbenadering bij de Nederlandse Philipsbedrijven. In: H.O. Steensma & V.Chr. Vrooland (Red.) *Ziekteverzuimbeleid, werk en gezondheid: Drie voorbeeldprojecten*. Amsterdam: CCOZ.
- Vlist, R. van der (1988). Ziekteverzuim en ziekteverzuimbeleid in organisaties. *Gedrag en Organisatie*, 4, 7-21.
- Vries, H. de & Kok, G.J. (1986). From determinants of smoking behavior to the implications for a prevention programme. *Health Education Research*, 1, 85-94.
- Vries, H. de (1988). Theorieën over voorlichting en gedragsverandering. In: R.W. Meertens & J. von Grumbkow (Red.) *Sociale Psychologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Vries, H. de, Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health Education Research*, 3, 273-282.
- Vries, H. de, Kuhlman, P., & Dijkstra, M. (1987). Persoonlijke effectiviteit: de derde variabele naast attitude en sociale norm als voorspeller van gedragsintentie. *GVO/Preventie*, 8, 253-264.
- Vries, N.K. de (1988). De theorie van beredeneerd gedrag. In: R.W. Meertens & J. von Grumbkow (Red.) *Sociale Psychologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

- Vroege, D. (1983). Ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en sterfte in relatie tot het Nederlandse arbeidsproces. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 61, 920-927.
- Vroom, V. (1964). *Work and Motivation*. New York: Wiley.
- Wallston, B.S., Wallston, K.A., Kaplan, G.D. & Maides, S.A. (1976). Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S. & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-169.
- Watson, C.J. (1981). An evaluation and some aspects of the Steers and Rhodes model of employee attendance. *Journal of Applied Psychology*, 66, 385-389.
- Winkler, D.R. (1980). The effects of sick-leave policy on teacher absenteeism. *Industrial Labour Relations Review*, 33, 232-240.
- Winnubst, J.A.M. & Schabracq, M.J. (Red.)(1992). *Handboek Arbeid en Gezondheid Psychologie - Hoofdthema's*. Utrecht: Lemma.
- Winter, C. de. Oversloot, J., Schlatmann, M. & Smulders, P. (1988). *Arbeidssituaties en bedrijfsgezondheidszorg in ziekenhuizen (S14-2)*. Den Haag: Directoraat-Generaal van de Arbeid.
- Winter, C.R. de, Buijs, P.C. & Verhagen, R. (1990). De rol van betrokkenen bij het ziekteverzuim. In: P.G.W. Smulders & T.J. Veerman (Red.) *Handboek ziekteverzuim. Gids voor de bedrijfspraktijk*. 's Gravenhage: Delwel.
- Winter, C.R. de (1991). *Arbeid, gezondheid en verzuim als voorspellers van uitval uit het werk*. Dissertatie. Leiden: NIPG.
- Wolpin, J. & Burke, R.J. (1985). Relationships between absenteeism and turnover: A function of the measures? *Personnel Psychology*, 38, 57-74.
- Youngblood, S.A. (1984). Work, non-work and withdrawal. *Journal of Applied Psychology*, 69, 106-117.

Bijlagen

- Bijlage 1A. Overzicht relaties attitude en subjectieve sociale norm met intentie (Sheppard, Hartwick & Warshaw, 1988)
- Bijlage 1B. Overzicht relaties intentie en gedrag (Sheppard, Hartwick & Warshaw, 1988)
- Bijlage 2. Steekproeftrekking
- Bijlage 3. Resultaten interviews
- Bijlage 4. De vragenlijst
- Bijlage 5A. Correlaties attitude met overwegingen, evaluaties en combinatie van deze
- Bijlage 5B. Correlaties attitude tegenover wit, grijs en zwart verzuim en overwegingen, evaluaties en combinaties van beide
- Bijlage 6. Beschrijving subgroepen, onderscheiden naar verzuimduur

## BIJLAGE 1A

### A META-ANALYSIS OF STUDIES INVESTIGATING THE RELATIONSHIP BETWEEN ATTITUDES AND SUBJECTIVE NORMS-INTENTIONS

Study	Activity	Goal	Choice	Measure	<i>n</i>	<i>r</i>
Ajzen(1971)	Choose alternative in PDG	Behavior	Choice	Intention	216	0.82
Ajzen and Fishbein(1969)	Go to a party	Behavior	No choice	Estimate	100	0.82
	Visit an exhibition of modern art	Behavior	No choice	Estimate	100	0.72
	Watch a western onTV	Behavior	No choice	Estimate	100	0.71
	Go to a concert	Behavior	No choice	Estimate	100	0.79
	Play a game of poker	Behavior	No choice	Estimate	100	0.79
	Go to a French movie	Goal	No choice	Estimate	100	0.79
	Participate in a discussion	Behavior	No choice	Estimate	100	0.78
	Read a mystery novel	Behavior	No choice	Estimate	100	0.68
Ajzen and Fishbein(1970)	Choose alternative in PDG	Behavior	Choice	Intention	96	0.89
	Choose alternative in PDG	Behavior	Choice	Intention	96	0.85
Ajzen and Fishbein (1974)	Send instructions during lab game	Behavior	No choice	Not specified	144	0.76
	Follow instructions during lab game	Behavior	No choice	Not specified	144	0.69
Ajzen, Timko, and White(1982)	Vote in presidential election	Behavior	No choice	Not specified	140	0.52
	Smoke marijuana in next four weeks	Behavior	No choice	Not specified	140	0.80
Bagozzi(1981)	Donate blood	Goal	No choice	Estimate	95	0.28
Bearden and Woodside (1978)	Use marijuana in next four weeks	Behavior	No choice	Estimate	251	0.70
Bowman and Fishbein (1978)	Vote for referendum initiative	Behavior	Choice	Intention	81	0.92
Brinberg(1979)	Go to church	Behavior	No choice	Intention	91	0.68
	Go to church	Behavior	No choice	Intention	69	0.75
	Go to church	Behavior	No choice	Intention	49	0.57
Brinberg and Cussings (1984)	Purchase generic prescription drugs	Behavior	No choice	Intention	96	0.63
	Purchase generic prescription drugs	Behavior	No choice	Intention	109	0.63
Brinberg and Durand (1983)	Eat at a fast food restaurant	Behavior	No choice	Intention	154	0.66
Burnkrant and Page (1982)	Donate blood at campus drive	Goal	No choice	Estimate	124	0.41
Crawford and Boyer (1985)	Have a child in the next three years	Goal	No choice	Intention	163	0.75
DeVries and Ajzen (1971)	Cheat in college	Behavior	No choice	Intention	146	0.57
	Copy answers from others' tests	Behavior	No choice	Intention	146	0.65
	Allow others to copy from own test	Behavior	No choice	Intention	146	0.71
Fishbein and Ajzen (1980)	Purchase brand of beer	Behavior	Choice	Intention	37	0.75
Fisher(1984)	Use condom in next month--male students	Goal	Choice	Not specified	145	0.73



Continued

Study	Activity	Goal	Choice	Measure	<i>n</i>	<i>r</i>
Glassman and Fitzhenry (1976)	Purchase brand of coffee	Behavior	Choice	Not specified	127	0.66
	Purchase brand of detergent	Behavior	Choice	Not specified	127	0.64
	Purchase brand of gasoline	Behavior	Choice	Not specified	127	0.67
	Purchase brand of potato chips	Behavior	Choice	Not specified	127	0.70
Greenstein, Miller, and Weldon (1970)	Pursue a particular career	Goal	Choice	Not specified	88	0.68
Hom and Hulin(1981) -	Reenlist in National Guard	Behavior	No choice	Estimate	1009	0.79
Hom, Katerberg, and Hulin (1979)	Reenlist in National Guard	Behavior	No choice	Estimate	373	0.81
Jaccard and Davidson (1972)	Use birth control pills	Behavior	Choice	Intention	73	0.94
Jaccard and Davidson (1975)	Have two children	Goal	Choice	Intention	270	0.73
	Have a child in the next two years	Goal	No choice	Intention	270	0.84
	Use birth control pills	Behavior	Choice	Intention	270	0.84
Kantola, Syme, and Campbell (1982)	Conserve drinking water	Goal	No choice	Intention	125	0.46
Loken (1983)	Watch rerun of particular TV program	Behavior	Choice	Not specified	56	0.68
Loken and Fishbein (1980)	Have a child in next three years	Goal	No choice	Intention	100	0.92
Lutz(1973a)	Purchase football tickets	Behavior	No choice	Not specified	100	0.23
	Purchase football tickets	Behavior	No choice	Not specified	77	0.75
Lutz (1973b)	Purchase brand of detergent	Behavior	Choice	Not specified	246	0.64
McCarty(1981)	Use condoms--male students	Goal	Choice	Not specified	53	0.61
	Use condoms--male students	Goal	Choice	Not specified	41	0.70
	Use birth control pills--female students	Behavior	Choice	Not specified	29	0.77
	Use birth control pills--female students	Behavior	Choice	Not specified	76	0.76
	Rely on partner using pill--male students	Goal	Choice	Not specified	25	0.49
	Rely on partner using pill--male students	Goal	Choice	Not specified	67	0.76
Newman(1974)	Be absent from work	Behavior	No choice	Estimate	108	0.45
	Resign from job	Behavior	No choice	Estimate	108	0.70
Pagel and Davidson(1984)	Use particular methods of birth control	Behavior	Choice	Estimate	67	0.56
Pomazal and Brown(1977)	Smoke marijuana	Behavior	No choice	Intention	101	0.75
Pomazal and Jaccard (1976)	Donate blood during campus drive	Goal	No choice	Not specified	270	0.60
Raju, Bhaghat, and Sheth (1975)	Purchase particular make of automobile	Goal	Choice	Estimate	243	0.47

## BIJLAGE 1A

Continued

Study	Activity	Goal	Choice	Measure	<i>n</i>	<i>r</i>
Ryan(1974)	Purchase brand of toothpaste	Behavior	Choice	Not specified	90	0.47
	Purchase particular make of automobile	Goal	Choice	Not specified	80	0.76
Ryan(1978)	Purchase brand of toothpaste	Behavior	Choice	Not specified	97	0.66
Ryan(1982)	Purchase brand of toothpaste	Behavior	Choice	Intention	80	0.71
Ryan and Bonfield (1980)	Apply for loan at particular credit union	Behavior	Choice	Estimate	99	0.47
Schlegel, Crawford, and Sanborn (1977)	Drink alcoholic beverage--high school students	Goal	No choice	Not specified	196	0.75
	Drink beer--high school students	Goal	No choice	Not specified	417	0.69
Smetana and Adler(1980)	Have an abortion	Goal	No choice	Estimate	136	0.72
Songer-Nocks (1976)	Choose alternative in lab game	Behavior	Choice	Intention	320	0.77
Stutzman and Green (1982)	Conserve energy	Goal	No choice	Estimate	67	0.24
	Raise home thermostat--students	Goal	No choice	Estimate	67	0.42
	Lower water heater thermostat--students	Goal	No choice	Estimate	67	0.43
	Use fan instead of air conditioner	Behavior	Choice	Estimate	67	0.35
	Conserve energy	Goal	No choice	Estimate	364	0.36
	Raise home thermostat--consumers	Behavior	No choice	Estimate	364	0.41
	Use fan instead of air conditioner	Behavior	Choice	Estimate	364	0.56
Warshaw(1980)	Purchase detergent	Behavior	No choice	Estimate	178	0.55
	Purchase shampoo	Behavior	No choice	Estimate	178	0.60
	Purchase brand of detergent	Behavior	Choice	Estimate	178	0.71
	Purchase brand of shampoo	Behavior	Choice	Estimate	178	0.57
	Purchase brand of gum	Behavior	Choice	Estimate	34	0.76
	Purchase particular magazine	Behavior	Choice	Estimate	34	0.59
	Purchase brand of soft drink	Behavior	Choice	Estimate	34	0.66
	Dine at an expensive restaurant--students	Goal	No choice	Estimate	34	0.42
Weddle and Bettman (1973)	Purchase term paper	Goal	No choice	Not specified	57	0.26
Wilson, Mathews, and Harvey (1975)	Purchase brand of toothpaste	Behavior	Choice	Estimate	162	0.67
Zuckerman and Reis (1978)	Donate blood at campus drive	Goal	No choice	Intention	251	0.46

A META-ANALYSIS OF STUDIES INVESTIGATING THE INTENTION-BEHAVIOR RELATIONSHIP

Study	Activity	Goal	Choice	Measure	<i>n</i>	<i>r</i>
Ajzen(1971)	Choose alternative in PDG	Behavior	Choice	Intention	216	0.80
	Choose alternative in PDG	Behavior	Choice	Intention	96	0.94
Ajzen and Fishbein(1974)	Send instructions during lab game	Behavior	No choice	Not specified	144	0.69
Ajzen and Fishbein(1970)	Choose alternative in PDG	Behavior	Choice	Intention	96	0.85
	Follow instructions during lab game	Behavior	No choice	Not specified	144	0.21
Ajzen, Timko, and White(1982)	Vote in Presidential election	Behavior	No choice	Not specified	130	0.70
	Smoke marijuana in next four weeks	Behavior	No choice	Not specified	130	0.72
Bagozzi(1981)	Donate blood at campus drive this year	Goal	No choice	Intention	95	0.45
Bonfield (1974)	Purchase brand of grape drink	Behavior	Choice	Intention	158	0.40
Bowman and Fishbein(1978)	Vote for referendum initiative	Behavior	Choice	Intention	72	0.89
Brinberg and Durand (1983)	Eat at a fast food restaurant	Behavior	No choice	Intention	104	0.41
Davidson and Jaccard (1979)	Have a child in next two years	Goal	No choice	Intention	242	0.53
	Use birth control pills	Behavior	Choice	Intention	242	0.68
Davidson and Morrison (1983)	Use condoms--husband	Behavior	Choice	Estimate	203	0.76
	Use condoms--wives	Goal	Choice	Estimate	198	0.79
	Use pill, IUD, diaphragm--husbands	Goal	Choice	Estimate	203	0.86
	Use pill, IUD, diaphragm--wives	Behavior	Choice	Estimate	198	0.89
Davidson et al.(1985)	Vote for mayoral candidate	Behavior	Choice	Estimate	44	0.30
Fishbein, Ajzen, and McArdle (1980)	Sign up for alcohol unit	Behavior	No choice	Not specified	160	0.76
Fishbein and Coombs (1974)	Vote for presidential candidate	Behavior	Choice	Estimate	300	0.84
Fisher(1984)	Use condom in next month--male students	Goal	Choice	Not specified	44	0.44
Hom and Hulin(1981)	Reenlist in National Guard	Behavior	No choice	Estimate	236	0.70
Hom, Katerberg. and Hulin (1979)	Reenlist in National Guard	Behavior	No choice	Estimate	228	0.67
Jaccard, Knox, and Brinberg (1979)	Vote for Presidential candidate	Behavior	Choice	Estimate	119	0.86
Loken(1983)	Watch rerun of a particular TV program	Behavior	Choice	Not specified	56	0.58
Miniard, Obermiller, and Page (1982)	Purchase brand of soft drink	Behavior	Choice	Estimate	66	0.49
Newman(1974)	Be absent from work	Behavior	No choice	Estimate	108	0.10
	Resign from job	Behavior	No choice	Estimate	108	0.39
Oliver and Berger (1979)	Obtain a swine flu shot	Goal	No choice	Estimate	469	0.32
	Obtain a swine flu shot	Goal	No choice	Estimate	323	0.34
Pomazal and Jaccard (1976)	Donate blood during campus drive	Goal	No choice	Not specified	270	0.46
Schlegel, Crawford, and Sanborn (1977)	Drink type of alcoholic beverage in specific setting--high school students	Goal	Choice	Not specified	196	0.33

BIJLAGE 1B

Continued

Study	Activity	Goal	Choice	Measure	<i>n</i>	<i>r</i>
Sejwacz, Ajzen, and Fishbein (1980)	Lose weight in next two months	Goal	No choice	Not specified	88	0.16
	Perform five dieting behaviors for two months	Goal	No choice	Not specified	88	0.55
	Perform three exercise behaviors for 2 months	Goal	No choice	Not specified	88	0.54
Smetana and Adler(1980)	Have an abortion	Goal	No choice	Estimate	136	0.96
Vinokur-Kaplan (1978)	Have child in next two years	Goal	No choice	Not specified	239	0.55
Warshaw, Calantone, and Joyce (1968)	Donate blood in next two months	Goal	No choice	Intention	750	0.31
Warshaw and Davis(1984)	Go to the campus pub	Behavior	No choice	Estimate	83	0.57
	Skip class	Behavior	No choice	Estimate	83	0.52
	Watch a TV movie	Behavior	No choice	Estimate	83	0.48
	Drink alcohol	Behavior	No choice	Estimate	83	0.64
	Read a newspaper	Behavior	No choice	Estimate	83	0.53
	Read for pleasure	Behavior	No choice	Estimate	83	0.54
	Go to the dormitory pub	Behavior	No choice	Estimate	83	0.34
	Eat in a restaurant	Behavior	No choice	Estimate	83	0.50
	Have sex	Goal	No choice	Estimate	83	0.42
	Attend a sports event	Behavior	No choice	Estimate	83	0.48
	Perform an illegal behavior	Behavior	No choice	Estimate	83	0.55
Warshaw and Davis (1985)	Eat only nonfattening foods	Goal	No choice	Intention	84	0.25
	Go to a party	Behavior	No choice	Intention	84	0.65
	Take a walk	Behavior	No choice	Intention	84	0.38
	Eat an apple	Behavior	No choice	Intention	84	0.46
	Watch something good on TV	Behavior	No choice	Intention	84	0.42
	Eat some junk food	Behavior	No choice	Intention	84	0.29
	Go to weekend job	Behavior	No choice	Intention	84	0.86
	Go out with friends on Saturday night	Behavior	No choice	Intention	84	0.51
	Take a nap	Behavior	No choice	Intention	84	0.38
	Smoke some cigarettes	Behavior	No choice	Intention	84	0.71
	Study a few hours	Behavior	No choice	Intention	84	0.23
	Drink a soft drink	Behavior	No choice	Intention	84	0.39
	Converse with an attractive stranger	Goal	No choice	Intention	84	0.49
	Write a letter	Behavior	No choice	Intention	84	0.36
	Eat a good meal	Behavior	No choice	Intention	84	0.29

Continued

Study	Activity	Goal	Choice	Measure	<i>n</i>	<i>r</i>
	Have a sandwich	Behavior	No choice	Intention	84	0.51
	Go out for dinner	Behavior	No choice	Intention	84	0.40
	Take vitamins	Behavior	No choice	Intention	84	0.67
	Eat only nonfattening foods	Goal	No choice	Estimate	113	0.33
	Go to a party	Behavior	No choice	Estimate	113	0.56
	Take a walk	Behavior	No choice	Estimate	113	0.58
	Eat an apple	Behavior	No choice	Estimate	113	0.51
	Watch something good on TV	Behavior	No choice	Estimate	113	0.46
	Eat some junk food	Behavior	No choice	Estimate	113	0.41
	Go to weekend job	Behavior	No choice	Estimate	113	0.83
	Go out with friends on Saturday night	Behavior	No choice	Estimate	113	0.57
	Take a nap	Behavior	No choice	Estimate	113	0.52
	Smoke some cigarettes	behavior	No choice	Estimate	113	0.88
	Study a few hours	Behavior	No choice	Estimate	113	0.33
	Drink a soft drink	Behavior	No choice	Estimate	113	0.62
	Converse with an attractive stranger	Goal	No choice	Estimate	113	0.29
	Write a letter	Behavior	No choice	Estimate	113	0.53
	Eat a good meal	Behavior	No choice	Estimate	113	0.24
	Make a sandwich	Behavior	No choice	Estimate	113	0.45
	Go out for dinner	Behavior	No choice	Estimate	113	0.45
	Take vitamins	Behavior	No choice	Estimate	113	0.78
Werner and Middlestadt(1979)	Use birth control pills	Behavior	Choice	Not specified	61	0.83
Zuckerman and Reis (1978)	Donate blood at campus drive	Goal	No choice	Intention	251	0.40

## BIJLAGE 2

### Steekproeftrekking

Om ervoor te zorgen dat de organisatie als geheel weerspiegeld wordt in de steekproef is eerst gekeken naar het *soort formatieplaats*, waarin de functies van de personeelsleden zijn onder te brengen, en naar het percentage dat deze functie- 'soort' van de totale formatie (= het totale personeelsbestand) vormt. Vervolgens is per soort formatieplaats berekend welk percentage van de steekproef uit een dergelijke formatieplaats diende te bestaan. Vermenigvuldigen we deze percentages met twintig en ronden we de uitkomst naar boven toe af dan komen we op het aantal respondenten, per formatieplaats, in de steekproef (zie Tabel 1). Van de formatieplaatsen voor welke het afgeronde aantal respondenten op 'nul' uitkomt zijn de percentages die zij van het totale aantal formatieplaatsen bestrijken bij elkaar opgeteld (1,38%) en afgerond; dit is de categorie 'overige'. Uit deze categorie is één formatieplaats getrokken.

Tabel 1. Aantal respondenten per formatieplaats

soort formatie plaats	aantal respondenten
verplegend en verzorgend personeel	10
civiel of huishoudelijk personeel	3
para-medisch personeel	2
administratief personeel	1
technisch personeel	1
medisch personeel	1
sociaal-wetenschappelijk personeel	1
<i>Uit overige:</i>	1
directie, staf en secretariaat	
pedagogisch personeel	
laboratorium personeel	
communicatie personeel	
extern personeel	
Totaal	20

De formatieplaats 'verplegend personeel' wordt vertegenwoordigd door 10 respondenten welke verdeeld zijn over de vier organisatieclusters waarin het verplegend personeel werkzaam is (te weten het langdurig verblijf (longstay), kortdurend verblijf, dagopnames en poliklinische behandeling (shortstay), verblijf voor lichamelijk gehandicapten psychiatrische patiënten (dubbel-gehandicapten) en de jeugdpsychiatrische afdelingen (kinder- en jeugdpsychiatrie)). Door van alle vier clusters werknemers voor het interview te selecteren wordt getracht eventuele verschillen tussen het werk binnen de diverse clusters te ondervangen. Dassen et al. (1992) geven immers aan dat psychiatrisch verpleegkundigen niet zozeer een algemene beroepsidentificatie ontwikkelen, maar deze ontleen aan de afdeling waar zij werkzaam zijn waarbij de soort patiëntenpopulatie een belangrijke rol speelt. Tevens worden op deze manier vragen voorkómen omtrent waarom er van het ene cluster wel en van het andere cluster geen werknemers worden geïnterviewd.

*Geslacht* en *leeftijd* zijn factoren die ziekteverzuim beïnvloeden (o.a. Smulders, 1984b; Klein-Hesselink et al., 1993). Vrouwen verzuimen meer dan mannen, maar mannen melden zich voor een langere periode ziek. Naarmate de leeftijd stijgt stijgt ook de frequentie waarmee men zich ziekmeldt (Chadwick-Jones, Nicholson & Brown, 1982; Grosfeld, 1988; Johns, 1978; Porter & Steers, 1973; Schalk, 1989). Om deze reden is er voor gekozen om ook deze twee punten, verdeling van leeftijd en geslacht over het gehele personeelsbestand, tot criteria te maken voor het bepalen van de steekproef. Hoewel het functie-niveau tevens een variabele is met invloed op ziekteverzuim (o.a. Grosfeld, 1988), is dit niet als afzonderlijk criterium meegenomen in de samenstelling van de steekproef; dit in verband met beperkingen om over een betrouwbare indeling van het personeelsbestand naar functieniveau te beschikken. Anders dan in de productie-gerichte organisaties bekleeden vrouwen in de gezondheidszorg niet in

extreme mate de lagere functies, aangezien functies met een lagere schaal dan die van verpleegkundigen in redelijke mate worden uitgeoefend door mannelijk personeel (facilitaire diensten). Aangezien 57% van het personeelsbestand gevormd wordt door vrouwen en 43% door mannen zal de steekproef moeten bestaan uit 11 vrouwen en 8 mannen.

Op basis van de door de organisatie gehanteerde leeftijdscategorieën is getracht om, door middel van sommatie van deze categorieën, zoveel mogelijk een normaalverdeling te benaderen. We komen dan tot de volgende drie categorieën (naar geboortejaar):

- 1975 tot en met 1961
- 1960 tot en met 1951
- 1950 tot en met 1925

Tot slot vormt *het aantal ziekgemelde dagen* een selectie criterium. De steekproef vormt geen weerspiegeling van de organisatie wat de exacte hoeveelheid verzuimde dagen betreft. Het ziekteverzuimregistratiesysteem bood toen namelijk geen mogelijkheid om na te gaan hoe deze verdeling over het personeelsbestand er uitzag. Bij het trekken van de steekproef zijn de drie volgende categorieën gehanteerd: lager dan gemiddeld aantal dagen verzuim, gemiddeld aantal dagen verzuim en hoger dan gemiddeld aantal dagen verzuim.

Vrouwen hebben over het jaar 1989 gemiddeld 36 dagen verzuimd, mannen 22 dagen. De categorie 'gemiddelde verzuim' is op deze gegevens gebaseerd. De ondergrens is bepaald door een week van het gemiddeld aantal verzuimdagen af te trekken, voor de bovengrens is er een week bij opgeteld. Bovenstaande heeft tot gevolg dat de categorieën voor vrouwen verschillen van die voor mannen.

*Tabel 2. Verzuimcategorieën naar geslacht*

verzuimde dagen	aantal verzuimde dagen	
	vrouwen	mannen
< gemiddeld	$\leq 28$	$\leq 14$
gemiddeld incl. marge	$29 \leq x \leq 43$	$15 \leq x \leq 29$
> gemiddeld	$\geq 44$	$\geq 30$

Vervolgens is een derde deel van de steekproef aan de drie verschillende categorieën gekoppeld. De variabelen geslacht, leeftijd en verzuimde dagen zijn door middel van a-selectie trekking aan de verschillende formatieplaatsen toegevoegd. De kans voor elke vertegenwoordiger van een bepaalde formatieplaats om in de steekproef te worden opgenomen wordt weergegeven in hoofdstuk III, Tabel 1.

## BIJLAGE 3

### Resultaten interviews

De kern van de antwoorden van de geïnterviewden op de vragen wordt hier min of meer letterlijk weergegeven. De indeling is als volgt:

1. genoemde overwegingen bij "gaan werken"
2. genoemde overwegingen bij ziekmelden
3. referentie-personen met betrekking tot sociale beïnvloeding
4. zelfeffectiviteit om te gaan werken
5. zelfeffectiviteit om ziek te melden
6. barrières

Alle antwoorden (met eenzelfde strekking) zijn door meerdere geïnterviewden gegeven, met uitzondering van de opmerkingen onder de 'restcategorieën', die slechts één keer zijn gemaakt. Antwoorden die tot eventuele herkenbaarheid van de geïnterviewde leiden, zijn niet in het overzicht opgenomen.

### Vragen: Overwegingen bij "gaan werken"

- Vindt u het leuk om naar uw werk te gaan? Waarom?
- Zijn er ook minder leuke aspecten aan uw werk?

### Antwoorden:

Gevolgen van "gaan werken"
goed team leuk team prima team heel fijn team leuk contact met collega's prettige samenwerking we kunnen goed met elkaar werken leuke collega's leuk team leuke collega's leuke collega's collega's hebben veel voor elkaar over omgaan met collega's
vrij hoge werklast soms te hoge werkdruk heel erg druk werkdruk is op bepaalde tijden heel erg hoog geen tijd om vakantie op te nemen hoge werkdruk alleen tijd voor noodzakelijke dingen team staat altijd onder druk altijd druk
ik vind het fijn om mensen te verzorgen verzorging van mensen mensen worden goed verzorgd contact met patiënten omgaan met mensen verzorgen van mensen je betekent iets voor iemand



<p><b>Vervolg: gevolgen van "gaan werken"</b></p> <p>ik kan me verder ontwikkelen  mogelijkheid tot studeren  ruimte om verder te komen, nieuwe dingen te leren  ik leer het werk goed  ik krijg de ruimte om mijn eigen werk uit te bouwen  een invulling van wat je als persoon in deze wereld wilt bereiken  het werk is iedere keer weer een uitdaging</p>
<p>goede werksfeer  goede werksfeer  groep is gezellig  leuke sfeer op de afdeling  goede sfeer  sfeer is goed</p>
<p>soms teveel tijd verdoen met vergaderen  geen tijd voor team-meetings  geen tijd voor werkoverleg  geen duidelijk directe communicatie  goed overleg  vergaderen</p>
<p>mensen melden zich ziek wat opgevangen moet worden  veel zieke collega's  diensten moeten overnemen van zieke collega's  onverwacht moeten invallen  in het weekend word ik soms gebeld om te komen werken  we moeten soms schuiven omdat er een ziek is</p>
<p>ik word helemaal vrijgelaten door mijn werkgever  ik regel m'n eigen werkindeling en afspraken  te weinig verantwoordelijkheid  wij hebben een grote zelfstandigheid  voel me verantwoordelijk voor wat er op de afdeling gebeurt  verantwoordelijkheid</p>
<p>lage bezetting  we komen handen tekort  te weinig personeel  te weinig mensen  niet genoeg extra hulp</p>
<p>beleidsmatige interventies zijn m.i. soms niet juist; proberen dat op afdelingsniveau op te vangen  je bent nauwelijks betrokken bij het beleid  er wordt te weinig gedaan aan het onderling wisselen van staffuncties  hoe men op Voorburg met de medische staf omgaat vind ik slecht  te weinig maatschappelijk werkers voor contacten met ouders</p>
<p>met mensen samen werken  in teamverband werken  in team werken  klein team</p>

### BIJLAGE 3

<b>Vervolg: gevolg van "gaan werken"</b> onregelmatig werken regelmatig gebroken diensten onregelmatige diensten je leefpatroon is anders doordat je nachtdienst hebt
afwisselend werk (4x)
veel met uitzendkrachten werken inschakelen van uitzendkrachten er is geen uitzendpersoneel te krijgen werken met invalkrachten
je voelt de spanning op de afdeling stijgen spannend werk bij tijden een sluimerende agressie op de afdeling je komt vaak in aanraking met agressieve patiënten
dynamisch werk dynamische afdeling enorme dynamiek binnen mijn werkveld
geeft voldoening ga met een voldaan gevoel naar huis het geeft voldoening als je mensen echt kunt helpen
geen tijd om leuke dingen te doen met patiënten geen tijd om leuke dingen met de patiënten te doen geen tijd voor contact met patiënten
vergt veel inspanning kost erg veel energie soms heel vermoeiend
moeilijke samenwerking met het hoofd hoofd dienst functioneert niet slechte leiding; geen vertrouwen in groep en mijzelf
salaris ik kan er veel geld mee verdienen ik beschik over geld om mijn gezin te onderhouden
confrontatie met suicide confrontatie met de dood suicide pogingen
zorgen dat het team goed functioneert ik moet er veel voor doen om het onder elkaar gezellig te houden
je hebt iets om handen zo ben ik niet altijd thuis
moe van het reizen grote woon-werkafstand
patiëntenpopulatie wordt steeds moeilijker problematiek van patiënten wordt steeds moeilijker

<p><b>Vervolg: gevolgen van "gaan" werken</b>  lijnen zijn niet duidelijk  plaats van de afdeling in het geheel is onduidelijk</p>
<p>ik voel me betrokken bij de patiënten  ik ben gehecht aan de patiënten van de afdeling</p>
<p>interessant vak  interessant werk</p>
<p>ik sta er soms alleen voor  werk regelmatig alleen</p>

**Vragen: Overwegingen bij ziekmelden**

- Voelt u zich wel eens bezwaard als u zich ziek meldt?  
 Waarom?
- Wat zijn de consequenties als u niet gaat werken?  
 (Eventueel: zijn er ook positieve consequenties?)

**Antwoorden:**

<p><b>Gevolgen van "ziekmelden"</b></p>
<p>een afdeling wordt ermee belast  extra werk voor collega's  iemand anders moet terug komen  collega's moeten harder werken  collega's moeten overnemen: harder werken  mensen moeten gaan switchen van diensten  collega's moeten overnemen  ik belast anderen op de afdeling  collega neemt waar  er worden uitzendkrachten ingehuurd of mensen van een andere afdeling</p>
<p>werk blijft liggen  er blijft werk liggen  blijft veel werk liggen; komt op mijn schouders terecht  alles blijft liggen  dingen blijven liggen  later moet ik m'n werk inhalen  werk gaat wel door  werk blijft liggen  alles ligt plat</p>
<p>ik slaap veel  tijd om uit te rusten (fysiek)  uitgerust als ik terug kom  je kunt aan jezelf werken  ik kom beter terug dan ik was voor ik ging  je kunt lichamenlijk uitrusten</p>
<p>ziek in bed liggen  tijd om te herstellen  beter worden  herstellen</p>

### BIJLAGE 3

<p><b>Vervolg: gevolgen van "ziekmelden"</b>          collega's leven mee          collega's leven echt mee, bellen op over hoe 't gaat          collega's zijn geïnteresseerd in hoe het met je gaat</p>
<p>afdeling belt om te vragen wanneer je weer komt          je wordt gebeld wanneer je weer kunt komen</p>
<p>teruggang in relatie met cliënten          afspraken met cliënten kunnen niet doorgaan</p>

**Vragen: SUBJECTIEVE SOCIALE NORM**

- Hoe wordt er op uw werk over ziekteverzuim gedacht?
- Als u denkt aan de mensen in uw eigen omgeving (privé), hoe denkt men daar in het algemeen over ziekteverzuim?
- Door wie laat u zich beïnvloeden als u overweegt om zich ziek te melden?

**Antwoorden:**

<p><b>Subjectieve sociale normen</b></p>	
<p>mensen van mijn afdeling          mensen in mijn privé-omgeving          mijn man          mijn vrouw          kennissen          organisatie          directe leidinggevende          coordinator          baas          thuis (ouderlijk)          ouderlijk huis</p>	<p>Restcategorie referentiepersonen          (1x genoemd):          bedrijfsarts          vader          kinderen</p>

**Vragen: WAARGENOMEN ZELFEFFECTIVITEIT**

- Kost het u wel eens moeite om naar uw werk te gaan?
- Kunt u zich situaties herinneren waarin u het moeilijk kon opbrengen om te gaan werken?
- Waarom kon u dat niet/amper opbrengen? En wát maakte het toen zo moeilijk om toch te gaan werken?
- Idem dito voor ziekmelden

<p><b>Zelfeffectiviteit "gaan werken"</b></p>
<p>als er thuis iets is          als de kinderen iets mankeert; ik moet zeker zijn van goede opvang          als nacht onrustig is geweest vanwege de kinderen          als kind/familielid ziek zou zijn          als privé-omstandigheden ertoe leiden dat ik me niet fit voel          als het thuis heel moeilijk was</p>
<p>als het wat minder botert tussen collega's          als het bepalend is met welke collega's je werkt          als er spanningen zijn in het team          als het heel spannend is binnen het team          als je weet dat je met een bepaalde collega dienst hebt</p>

<p><b>Vervolg: zelfeffectiviteit "gaan werken"</b></p> <p>als de patiëntenpopulatie druk is  als het erg druk is  als het erg druk is op de afdeling  als de werklast te hoog is  als het heel druk is</p>
<p>als ik heel moe ben  als ik moe ben  als ik oververmoeid ben  als ik moe ben  als ik moe ben; na de zesde dag van mijn dienst</p>
<p>als het dreigend is op de afdeling  als het heel spannend is binnen de patiëntenpopulatie  als je weet dat de situatie op de afdeling gespannen is  als het heel spannend is binnen de patiëntenpopulatie</p>
<p>als je een gewenste vrije dag niet krijgt  als je exact de tegenovergestelde dienst krijgt dan die je vraagt  als ik weet dat ik er alleen voorsta</p>
<p>als er conflicten zijn t.a.v. bestuurlijke zaken  als er een aantal problemen bij elkaar komen  werk is niet goed geregeld</p>
<p>als het mooi weer is  bij mooi weer werk ik liever niet</p>
<p>als ik net terug ben van vakantie  na de vakantie</p>
<p>als je weet dat je met invalkrachten moet werken  als er veel invalkrachten op de afdeling zijn</p>
<p>op dagen waarop veel vergaderd wordt  vergaderen is slecht georganiseerd</p>
<p><b>Zelfeffectiviteit "ziekmelden"</b></p>
<p>collega's moeten gebeld worden  als er mensen uit de nachtdienst gebeld moeten worden  er moet iemand van huis terugkomen  collega's moeten nog harder lopen  vervelend voor collega's; harder werken  je weet dat er weinig personeel is; je kunt niet gemist worden een ander moet inspringen  als ik me ziek meld en ik weet dat er al anderen ziek zijn</p>
<p>het werk blijft liggen  alles blijft liggen  werk moet later ingehaald worden  kost soms veel moeite om de therapeutische relatie weer goed te krijgen  afspraken met cliënten moeten afgezegd worden</p>

## BIJLAGE 3

### Vragen: **BARRIÈRES**

- Zijn er praktische problemen die het u kunnen beletten naar uw werk te gaan?

### Antwoorden:

<b>Barrières</b>	
vrouw ziek ziekte in gezin als vrouw en/of kinderen ziek zijn toen vrouw s'nachts ziek werd	Restcategorie barrières (1x genoemd): schoonvader ernstig ziek ziekte van goede vrienden kinderopvang
vervoer staking vervoer als de auto het niet doet	

### De VRAGENLIJST

De vragenlijst bestaat voor het grootste gedeelte uit vragen en uitspraken waarbij steeds **vijf** antwoordmogelijkheden gegeven worden. Het is de bedoeling dat u telkens **één** antwoord omcirkelt.

#### Voorbeeld:

"Als het regent dan blijf ik binnen"      1      2      3      4      5

- Hierbij betekent:**
1. Geheel mee oneens
  2. Mee oneens
  3. Niet mee oneens, niet mee eens
  4. Mee eens
  5. Geheel mee eens

Als u het met bovenstaande uitspraak geheel eens bent omcirkelt u de 5:

"Als het regent dan blijf ik binnen"      1      2      3      4      5

Als u het met bovenstaande uitspraak oneens bent omcirkelt u de 2:

"Als het regent dan blijf ik binnen"      1      2      3      4      5

Bij zeven vragen wordt u gevraagd een keuze te maken uit de volgende antwoordmogelijkheden:

1. Beslist wel
2. Waarschijnlijk wel
3. Waarschijnlijk niet
4. Beslist niet

#### Voorbeeld:

"Ik zal binnen blijven als het regent"

1. beslist wel
2. waarschijnlijk wel
3. waarschijnlijk niet
4. beslist niet

Als u waarschijnlijk wel binnen blijft als het regent omcirkelt u de 2.

Direkt op deze vragen volgt een tweede vraag die betrekking heeft op dezelfde situatie.

"Dat ik binnen blijf als het regent vind ik ....."

**Acceptabel**      3      2      1      0      1      2      3      **Verkeerd**

De antwoordcategorieën bij deze tweede vraag zijn:

3. Heel / helemaal
2. Nogal
1. Nauwelijks
0. Niet acceptabel, niet verkeerd

#### BIJLAGE 4.

Als u het heel acceptabel vindt dat u binnen blijft als het regent, omcirkelt u links de 3:

**Acceptabel**      3    2    1    0    1    2    3    **Verkeerd**

Als u het nauwelijks verkeerd vindt dat u binnen blijft als het regent, omcirkelt u rechts de 1:

**Acceptabel**      3    2    1    0    1    2    3    **Verkeerd**

Als u het niet acceptabel maar ook niet verkeerd vindt dat u binnen blijft wanneer het regent, omcirkelt u de 0 in het midden:

**Acceptabel**      3    2    1    0    1    2    3    **Verkeerd**

Er zijn geen "goede" en "slechte" antwoorden. Uw antwoord is het beste als het uw mening weergeeft.

#### **Wilt u bij het invullen van de vragenlijst alstublieft rekening houden met de volgende aanwijzingen?**

1.    Omcirkelt u bij elke vraag slechts **één** antwoordmogelijkheid.
2.    Als er geen antwoordmogelijkheid gegeven wordt die op u van toepassing is omcirkelt u dan het antwoord dat het dichtst bij uw eigen antwoord ligt.
3.    Slaat u alstublieft geen vragen over.

Op de eerste pagina van de vragenlijst wordt u gevraagd een aantal persoonlijke gegevens in te vullen. Deze vragen zijn bijzonder belangrijk voor het verwerken van de vragenlijst. Alle antwoorden worden vertrouwelijk gecodeerd en ingevoerd in een computer. Uw persoonlijke gegevens en uw antwoorden op de vragen worden niet met elkaar in verband gebracht, waardoor uw medewerking aan het onderzoek volstrekt anoniem is. Er worden alleen berekeningen op groepsniveau gemaakt, bijvoorbeeld per cluster/dienst of per soort functie (verplegend personeel, civiel personeel etc.).

Om verschillende groepen samen te kunnen stellen is het wel **uitermate belangrijk** dat u de vragen op de volgende pagina beantwoordt.

Wij verzoeken u de vragen eerlijk te beantwoorden en verzekeren u nogmaals dat alle door u gegeven antwoorden vertrouwelijk verwerkt worden en anoniem blijven.

*Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking !*



<i>Algemene vragen.</i>	
Wat is uw functie?	.....
Binnen welk cluster/dienst werkt u?	.....
Op welke afdeling?	.....
Wat is uw leeftijd?	..... jaar
Wat is uw geslacht?	A. Man B. Vrouw
Werkt u:	A. Part-time (minder dan 38 uur per week) B. Full-time
Hoelang bent u in dienst van dit ziekenhuis?	..... jaar
Hoelang werkt u op uw huidige werkplek?	..... jaar
<b>Hoe vaak</b> heeft u zich het afgelopen jaar ziek gemeld?	..... keer
<b>Hoeveel dagen</b> (exclusief zwangerschapsverlof) bent u het afgelopen jaar afwezig geweest op grond van een ziekmelding?	..... dagen

BIJLAGE 4.

*De volgende vragen gaan over wat de gevolgen op uw werk zijn als u zich ziek meldt. Wilt u aangeven in hoeverre u het hiermee eens bent?*

1. **Geheel mee oneens**
2. **Mee oneens**
3. **Niet mee oneens, niet mee eens**
4. **Mee eens**
5. **Geheel mee eens**
0. **Niet van toepassing**

***Wilt u tevens bij elke tweede vraag één van de vier antwoorden omcirkelen?***

*Wanneer u bij het eerste deel van de vraag antwoord 1, 2 of 3 hebt gekozen, dan dient u de tweede vraag als volgt te lezen:*

***"Stel dat (er werk blijft liggen), dan vind ik dat ....(helemaal niet vervelend etc.)".***

Als ik me ziek meld, blijft er werk liggen.	1 2 3 4 5
... dat er dan werk blijft liggen vind ik:	1. helemaal niet vervelend 2. niet vervelend 3. wel vervelend 4. uiterst vervelend
Als ik me ziek meld, hebben mijn collega's extra werk.	1 2 3 4 5
... dat mijn collega's dan extra werk hebben vind ik:	1. helemaal niet vervelend 2. niet vervelend 3. wel vervelend 4. uiterst vervelend
Als ik me ziek meld, belt iemand van de afdeling op met de vraag wanneer ik weer kom werken.	1 2 3 4 5
... dat er dan opgebeld wordt om te vragen wanneer ik weer kom werken vind ik:	1. helemaal niet vervelend 2. niet vervelend 3. wel vervelend 4. uiterst vervelend
Als ik me ziek meld, word ik niet gemist omdat mijn werk volledig door collega's wordt overgenomen.	1 2 3 4 5
... dat ik dan niet gemist word omdat mijn werk volledig door collega's wordt overgenomen vind ik:	1. helemaal niet vervelend 2. niet vervelend 3. wel vervelend 4. uiterst vervelend
Als ik me ziek meld, kunnen afspraken met patiënten/bewoners niet doorgaan.	1 2 3 4 5
... dat deze afspraken dan niet door kunnen gaan vind ik:	1. helemaal niet vervelend 2. niet vervelend 3. wel vervelend 4. uiterst vervelend
Als ik me ziek meld, moet er een invalkracht worden opgeroepen.	1 2 3 4 5

... dat dan een invalkracht opgeroepen moet worden vind ik:	1. helemaal niet vervelend 2. niet vervelend 3. wel vervelend 4. uiterst vervelend	
Als ik me ziek meld, heeft dat nadelige gevolgen voor de patiënten/bewoners.	1 2 3 4 5	0
... dat dat dan nadelige gevolgen voor hun heeft vind ik:	1. helemaal niet vervelend 2. niet vervelend 3. wel vervelend 4. uiterst vervelend	
Als ik me ziek meld, belast ik mijn collega's daarmee.	1 2 3 4 5	
... dat ik dan mijn collega's daarmee belast vind ik:	1. helemaal niet vervelend 2. niet vervelend 3. wel vervelend 4. uiterst vervelend	
Als ik me ziek meld, kan mijn werk niet helemaal worden overgenomen.	1 2 3 4 5	
... dat mijn werk dan niet helemaal kan worden overgenomen vind ik:	1. helemaal niet vervelend 2. niet vervelend 3. wel vervelend 4. uiterst vervelend	
Als ik me ziek meld, komt de afdeling in de problemen.	1 2 3 4 5	0
... dat de afdeling dan in de problemen komt vind ik:	1. helemaal niet vervelend 2. niet vervelend 3. wel vervelend 4. uiterst vervelend	
Als ik me ziek meld, moeten er tijdelijk maatregelen genomen worden.	1 2 3 4 5	0
... dat er dan tijdelijk maatregelen genomen moeten worden vind ik:	1. helemaal niet vervelend 2. niet vervelend 3. wel vervelend 4. uiterst vervelend	
Als ik me ziek meld, stapelt het werk zich op tot ik terug ben.	1 2 3 4 5	
... dat het werk zich dan opstapelt vind ik:	1. helemaal niet vervelend 2. niet vervelend 3. wel vervelend 4. uiterst vervelend	

BIJLAGE 4.

*De volgende vragen gaan over de gevolgen voor uzelf als u zich ziek meldt.*

1. **Geheel mee oneens**
2. **Mee oneens**
3. **Niet mee oneens, niet mee eens**
4. **Mee eens**
5. **Geheel mee eens**

*Wilt u bij elke tweede vraag aangeven in hoeverre die gevolgen prettig zijn door één van de vier antwoordmogelijkheden te omcirkelen?*

*Wanneer u bij het eerste deel van de vraag antwoord 1, 2 of 3 hebt gekozen, dan dient u de tweede vraag als volgt te lezen:*

*"Stel dat (ik tijd heb om te herstellen), dan vind ik dat ....(uiterst prettig etc.)".*

Als ik me ziek meld, heb ik tijd om te herstellen.	1 2 3 4 5
... dat ik dan tijd heb om te herstellen vind ik:	1. uiterst prettig 2. prettig 3. niet prettig 4. helemaal niet prettig
Als ik me ziek meld, kan ik m'n werk even helemaal vergeten.	1 2 3 4 5
... dat ik m'n werk dan even helemaal kan vergeten vind ik:	1. uiterst prettig 2. prettig 3. niet prettig 4. helemaal niet prettig
Als ik me ziek meld, heb ik tijd om uit te rusten.	1 2 3 4 5
... dat ik dan tijd heb om uit te rusten vind ik:	1. uiterst prettig 2. prettig 3. niet prettig 4. helemaal niet prettig
Als ik me ziek meld, kan ik tot mezelf komen.	1 2 3 4 5
... dat ik dan tot mezelf kan komen vind ik:	1. uiterst prettig 2. prettig 3. niet prettig 4. helemaal niet prettig
Als ik me ziek meld, heb ik tijd om goed uit te zien.	1 2 3 4 5
... dat ik dan tijd heb om goed uit te zien vind ik:	1. uiterst prettig 2. prettig 3. niet prettig 4. helemaal niet prettig

Als ik me ziek meld, tonen collega's belangstelling voor hoe het met mij gaat.	1 2 3 4 5
... dat mijn collega's dan belangstelling tonen vind ik:	1. uiterst prettig 2. prettig 3. niet prettig 4. helemaal niet prettig
Als ik me ziek meld, kan ik afstand nemen van mijn werk.	1 2 3 4 5
... dat ik dan afstand kan nemen van mijn werk vind ik:	1. uiterst prettig 2. prettig 3. niet prettig 4. helemaal niet prettig

<i>Onderstaande uitspraken hebben betrekking op de mate waarin u het moeilijk vindt om u ziek te melden.</i>	
<b>1. Geheel mee oneens</b>	
<b>2. Mee oneens</b>	
<b>3. Niet mee oneens, niet mee eens</b>	
<b>4. Mee eens</b>	
<b>5. Geheel mee eens</b>	
Als ik me niet goed voel, vind ik het toch lastig om me ziek te melden.	1 2 3 4 5
Het kost mij moeite om me ziek te melden.	1 2 3 4 5
Eigenlijk kan ik het me niet veroorloven om me ziek te melden.	1 2 3 4 5
Als ik me ziek meld voel ik me bezwaard.	1 2 3 4 5
Ook al is het nodig, toch vind ik het moeilijk om me ziek te melden.	1 2 3 4 5
Me ziekmelden is bij mijn werk niet goed mogelijk.	1 2 3 4 5
Als ik me ziek meld voel ik me schuldig.	1 2 3 4 5
Ik zie er tegenop om me ziek te melden.	1 2 3 4 5
Als ik me ziek meld geeft dat mij een onprettig gevoel.	1 2 3 4 5

BIJLAGE 4.

*In de volgende uitspraken wordt u gevraagd of u zich komend jaar ziek zou melden als de beschreven situatie zich voor zou doen. Daarna wordt per situatie uw mening over een ziekmelding in zo'n geval gevraagd.*

*Wilt u na de eerste vraag één van de vier genoemde antwoordmogelijkheden omcirkelen en bij elke tweede vraag één van de volgende antwoorden tussen 'acceptabel' en 'verkeerd' omcirkelen:*

- 3. Heel / helemaal**
- 2. Nogal**
- 1. Nauwelijks**
- 0. Niet acceptabel, niet verkeerd**

Ik zal me dit jaar wel eens ziek melden als ik me niet helemaal fit voel...

- 1. beslist wel
- 2. waarschijnlijk wel
- 3. waarschijnlijk niet
- 4. beslist niet

... me ziek melden in dat geval vind ik:                    **acceptabel**    3   2   1   0   1   2   3                    **verkeerd**

Ik zal me komend jaar wel eens ziek melden als ik er gewoon even genoeg van heb...

- 1. beslist wel
- 2. waarschijnlijk wel
- 3. waarschijnlijk niet
- 4. beslist niet

... me ziek melden in dat geval vind ik:                    **acceptabel**    3   2   1   0   1   2   3                    **verkeerd**

Ik zal me dit jaar wel eens ziek melden als ik thuis niet weg kan...

- 1. beslist wel
- 2. waarschijnlijk wel
- 3. waarschijnlijk niet
- 4. beslist niet

... me ziek melden in dat geval vind ik:                    **acceptabel**    3   2   1   0   1   2   3                    **verkeerd**

Ik zal me het komend jaar wel eens ziek melden als ik baal van mijn werk...

- 1. beslist wel
- 2. waarschijnlijk wel
- 3. waarschijnlijk niet
- 4. beslist niet

... me ziek melden in dat geval vind ik:                    **acceptabel**    3   2   1   0   1   2   3                    **verkeerd**

Ik zal me komend jaar wel eens ziek melden als ik gewoon even iets leuks wil doen...

1. beslist wel
2. waarschijnlijk wel
3. waarschijnlijk niet
4. beslist niet

... me ziek melden in dat geval vind ik:                    **acceptabel**    3   2   1   0   1   2   3                    **verkeerd**

Ik zal me dit jaar wel eens ziek melden als ik me beroerd voel...

1. beslist wel
2. waarschijnlijk wel
3. waarschijnlijk niet
4. beslist niet

... me ziek melden in dat geval vind ik:                    **acceptabel**    3   2   1   0   1   2   3                    **verkeerd**

Ik zal me komend jaar wel eens ziek melden als ik geen zin heb om naar mijn werk te gaan...

1. beslist wel
2. waarschijnlijk wel
3. waarschijnlijk niet
4. beslist niet

... me ziek melden in dat geval vind ik:                    **acceptabel**    3   2   1   0   1   2   3                    **verkeerd**

*Onderstaande uitspraken hebben betrekking op de sfeer op de afdeling.*

1. **Geheel mee oneens**
2. **Mee oneens**
3. **Niet mee oneens, niet mee eens**
4. **Mee eens**
5. **Geheel mee eens**
0. **Niet van toepassing**

Ik werk in een leuk team.	1   2   3   4   5	0
De sfeer op de afdeling is goed.	1   2   3   4   5	0
De samenwerking tussen mijn collega's en mij verloopt stroef.	1   2   3   4   5	0
Ik vind dat ik leuke collega's heb.	1   2   3   4   5	0
Ik heb het idee dat mijn collega's mij niet zo erg mogen.	1   2   3   4   5	0

BIJLAGE 4.

<i>Onderstaande uitspraken hebben betrekking op de opvattingen van andere mensen.</i>						
<b>1. Geheel mee oneens</b>						
<b>2. Mee oneens</b>						
<b>3. Niet mee oneens, niet mee eens</b>						
<b>4. Mee eens</b>						
<b>5. Geheel mee eens</b>						
<b>0. Niet van toepassing</b>						
Collega's van mijn afdeling vinden dat ik me niet zomaar ziek kan melden.	1	2	3	4	5	
Mensen in mijn privé-omgeving vinden dat ik me niet zomaar ziek kan melden.	1	2	3	4	5	
Mijn partner vindt dat ik me niet zomaar kan ziekmelden.	1	2	3	4	5	0
Mijn kennissen en vrienden vinden dat ik me niet zomaar ziek kan melden.	1	2	3	4	5	0
De organisatie vindt dat ik me niet zomaar ziek kan melden.	1	2	3	4	5	
Mijn directe leidinggevende vindt dat ik me niet zomaar ziek kan melden.	1	2	3	4	5	
Mijn ouders vinden dat ik me niet zomaar kan ziekmelden.	1	2	3	4	5	0
Mensen die belangrijk voor mij zijn vinden dat ik me niet zomaar ziek kan melden.	1	2	3	4	5	

<i>De volgende uitspraken gaan over de mate waarin u zich iets aantrekt van de mening van anderen.</i>							
<b>1. Niets</b>							
<b>2. Weinig</b>							
<b>3. Niet weinig, niet veel</b>							
<b>4. Veel</b>							
<b>5. Heel veel</b>							
<b>0. Niet van toepassing</b>							
Van de mening van de collega's van mijn afdeling trek ik mij	1	2	3	4	5	aan	
Van de mening van mensen in m'n privé-omgeving trek ik mij	1	2	3	4	5	aan	
Van de mening van mijn partner trek ik mij	1	2	3	4	5	aan	0
Van de mening van mijn kennissen en vrienden trek ik mij	1	2	3	4	5	aan	0
Van de mening van de organisatie trek ik mij	1	2	3	4	5	aan	
Van de mening van mijn directe leidinggevende trek ik mij	1	2	3	4	5	aan	
Van de mening van mijn ouders trek ik mij	1	2	3	4	5	aan	0
Van de mening van mensen die belangrijk voor me zijn trek ik mij	1	2	3	4	5	aan	



<i>In hoeverre maken bepaalde situaties, die zich buiten uw werk voor kunnen doen, het u moeilijk om elke dag naar uw werk te gaan?</i>						
	1	2	3	4	5	
<b>1. Geheel mee oneens</b>						
<b>2. Mee oneens</b>						
<b>3. Niet mee oneens, niet mee eens</b>						
<b>4. Mee eens</b>						
<b>5. Geheel mee eens</b>						
<b>0. Niet van toepassing</b>						
Ik vind het wel eens moeilijk om te gaan werken als het mooi weer is.	1	2	3	4	5	0
Ik vind het wel eens moeilijk om te gaan werken als ik net op vakantie geweest ben.	1	2	3	4	5	0
Ik vind het wel eens moeilijk om te gaan werken als er thuis problemen zijn.	1	2	3	4	5	0
Ik vind het wel eens moeilijk om te gaan werken als iemand in mijn gezin ziek is.	1	2	3	4	5	0
Ik vind het wel eens moeilijk om te gaan werken als er problemen zijn met de opvang van mijn kinderen.	1	2	3	4	5	0
Ik vind het wel eens moeilijk om te gaan werken als een familie-lid ernstig ziek is.	1	2	3	4	5	0

<i>In hoeverre kan de toestand waarin u verkeert het u moeilijk maken om elke dag naar uw werk te gaan?</i>						
	1	2	3	4	5	
<b>1. Geheel mee oneens</b>						
<b>2. Mee oneens</b>						
<b>3. Niet mee oneens, niet mee eens</b>						
<b>4. Mee eens</b>						
<b>5. Geheel mee eens</b>						
<b>0. Niet van toepassing</b>						
Ik vind het wel eens moeilijk om te gaan werken als er met mij iets is waardoor ik niet goed kan werken.	1	2	3	4	5	0
Ik vind het wel eens moeilijk om te gaan werken tijdens de laatste dagen van een lange dienst.	1	2	3	4	5	0
Ik vind het wel eens moeilijk om te gaan werken als ik heel moe ben.	1	2	3	4	5	0

BIJLAGE 4.

Ik vind het wel eens moeilijk om te gaan werken wanneer ik het gevoel heb dat ik een bepaalde situatie niet aankan.	1	2	3	4	5	0
Ik vind het wel eens moeilijk om te gaan werken wanneer ik het gevoel heb dat ik "op" ben.	1	2	3	4	5	0
Ik vind het wel eens moeilijk om te gaan werken als ik net ben hersteld van een ziekte.	1	2	3	4	5	0
Ik vind het wel eens moeilijk om te gaan werken als ik het te druk heb met zaken buiten mijn werk.	1	2	3	4	5	0

<i>De volgende uitspraken hebben betrekking op eigenschappen van uw werk. Wilt u aangeven in hoeverre u het met deze uitspraken eens bent?</i>						
<b>1. Geheel mee oneens</b>						
<b>2. Mee oneens</b>						
<b>3. Niet mee oneens, niet mee eens</b>						
<b>4. Mee eens</b>						
<b>5. Geheel mee eens</b>						
Mijn werk is interessant.	1	2	3	4	5	
In mijn werk is er tijd voor besprekingen.	1	2	3	4	5	
Mijn werk is afwisselend.	1	2	3	4	5	
Mijn werk is dynamisch.	1	2	3	4	5	
Door mijn werk kan ik mij verder ontwikkelen.	1	2	3	4	5	
In mijn werk worden overlegvormen goed gebruikt.	1	2	3	4	5	
Mijn werk geeft mij voldoening.	1	2	3	4	5	
Ik voel me betrokken bij de organisatie.	1	2	3	4	5	

*Onderstaande uitspraken betreffen de relatie tussen u en de patiënten/bewoners.  
Als u in uw werk geen contact heeft met patiënten/bewoners omcirkelt u de "0".*

1. **Geheel mee oneens**
2. **Mee oneens**
3. **Niet mee oneens, niet mee eens**
4. **Mee eens**
5. **Geheel mee eens**
0. **Niet van toepassing**

Ik voel me betrokken bij de patiënten/bewoners met wie ik in mijn werk te maken heb.	1	2	3	4	5	0
Ik voel me onvoldoende gewaardeerd door de patiënten/bewoners met wie ik in mijn werk te maken heb.	1	2	3	4	5	0
Ik kan goed opschieten met de patiënten/bewoners met wie ik in mijn werk te maken heb.	1	2	3	4	5	0
Ik heb niet het gevoel dat ik een band heb met de patiënten/bewoners met wie ik in mijn werk te maken heb.	1	2	3	4	5	0
De relatie tussen mij en de patiënten/bewoners met wie ik in mijn werk te maken heb is goed.	1	2	3	4	5	0
Ik kan met sommige patiënten/bewoners met wie ik in mijn werk te maken heb absoluut niet overweg.	1	2	3	4	5	0

*Onderstaande uitspraken hebben te maken met uw directe leidinggevende.*

1. **Geheel mee oneens**
2. **Mee oneens**
3. **Niet mee oneens, niet mee eens**
4. **Mee eens**
5. **Geheel mee eens**

Mijn directe leidinggevende is goed in staat de problemen die zich voordoen op te lossen.	1	2	3	4	5
Het contact met mijn directe leidinggevende is slecht.	1	2	3	4	5
Als ik problemen in mijn werk heb dan kan ik altijd een beroep doen op mijn directe leidinggevende.	1	2	3	4	5
Ik ben het meestal met mijn directe leidinggevende eens.	1	2	3	4	5
Mijn directe leidinggevende brengt mij slecht op de hoogte van het door te voeren beleid.	1	2	3	4	5
Mijn directe leidinggevende toont waardering voor mijn werk.	1	2	3	4	5
Ik kan nooit op mijn directe leidinggevende rekenen.	1	2	3	4	5

BIJLAGE 4.

<i>De volgende uitspraken hebben betrekking op het organisatiebeleid.</i>					
<b>1. Geheel mee oneens</b>					
<b>2. Mee oneens</b>					
<b>3. Niet mee oneens, niet mee eens</b>					
<b>4. Mee eens</b>					
<b>5. Geheel mee eens</b>					
Het organisatiebeleid is voor mij helemaal duidelijk.	1	2	3	4	5
Als er binnen de organisatie iets verandert word ik daar te laat van op de hoogte gesteld.	1	2	3	4	5
De positie van mijn werk binnen de organisatie is onduidelijk.	1	2	3	4	5
Ik heb te weinig inspraak als het gaat om veranderingen die in de organisatie plaats gaan vinden.	1	2	3	4	5
Ik ben het vaak eens met het beleid dat de organisatie voert.	1	2	3	4	5
Ik heb in mijn werk te weinig verantwoordelijkheden.	1	2	3	4	5
Ik ben niet op de hoogte van het organisatiebeleid.	1	2	3	4	5

<i>De volgende uitspraken hebben betrekking op de zwaarte van uw werk.</i>						
<b>1. Geheel mee oneens</b>						
<b>2. Mee oneens</b>						
<b>3. Niet mee oneens, niet mee eens</b>						
<b>4. Mee eens</b>						
<b>5. Geheel mee eens</b>						
<b>0. Niet van toepassing</b>						
De problematiek van de patiënten wordt steeds moeilijker.	1	2	3	4	5	0
Mijn werk kost mij veel energie.	1	2	3	4	5	
Op de afdeling waar ik werk, is de werkdruk hoog.	1	2	3	4	5	
Ik moet ervoor zorgen dat het team goed functioneert.	1	2	3	4	5	
Er werken te veel uitzendkrachten op de afdeling.	1	2	3	4	5	
Het is op de afdeling vaak te druk.	1	2	3	4	5	
Er is genoeg personeel op de afdeling.	1	2	3	4	5	
Ik heb niet genoeg tijd om de patiënten/bewoners die zorg te geven, welke ik in feite graag zou willen geven.	1	2	3	4	5	0
Er is te weinig personeel op de afdeling om al het werk gedaan te krijgen.	1	2	3	4	5	
Ik heb genoeg tijd om leuke dingen met de patiënten/bewoners te doen.	1	2	3	4	5	0

**Hartelijk bedankt voor uw medewerking !**

Als u tenslotte zelf graag nog wat wilt opmerken in het kader van ziekteverzuim kunt u onderstaande ruimte daarvoor benutten.

## BIJLAGE 5A

### Attitude

#### Pearson's correlatie-coëfficiënten: Overwegingen, evaluatie en combinatie van beide enerzijds met de attitude ten aanzien van ziekmelden anderzijds

Mogelijk gevolg ziekmelden:	Correlatie van overweging en attitude:	Correlatie evaluatie van mogelijk gevolg en attitude:	Correlatie combinatie (overweging en evaluatie) en attitude:
Verwachte nadelige gevolgen:			
1) werk blijft liggen	-.16**	.19**	-.00
2) collega's extra werk	-.03	.22**	.14*
3) er wordt gebeld wanneer ik weer kom werken	-.05	-.12*	-.14*
4) word niet gemist: collega's nemen werk over	.07	.21**	.13
5) afspraken patiënten moeten worden afgezegd	.07	.19**	.17**
6) invalkracht opgeroepen worden	.05	.20**	.15*
7) nadelige gevolgen voor patiënten	.01	.10	.06
8) belast mijn collega's	-.09	.24**	.10
9) werk kan niet worden overgenomen	-.05	.22**	.10
10) afdeling komt in problemen	-.09	.21**	.05
11) maatregelen moeten worden getroffen	.05	.23**	.21**
12) werk stapelt zich op	-.17**	.21**	.02
Verwachte gunstige gevolgen:			
1) tijd om te herstellen	-.01	.15*	.06
2) kan werk even vergeten	.18**	.16**	.17**
3) tijd om uit te rusten	.21**	.21**	.23**
4) kan tot mezelf komen	.20**	.17**	.20**
5) tijd om goed uit te zien	.13*	.13*	.16*
6) collega's tonen belangstelling	-.04	.02	-.06
7) kan afstand nemen van werk	.18**	.25**	.21**

(\* p= .01/ \*\* p= .001)

Opvallend is dat de evaluaties van de gevolgen van ziekmelden beduidend sterker samenhangen met de attitude dan de overwegingen bij de betreffende consequentie. Dit geldt met name voor de twaalf negatieve gevolgen. Slechts een zestal overwegingen correleert tevens significant ( $p < .001$ ) met de verzuimattitude; vier hiervan betreffen positieve consequenties. Blijkbaar spelen de evaluaties van de te verwachten gevolgen van ziekmelden een grotere rol in het bepalen van een verzuimattitude en zijn wat de overwegingen betreft met name positieve gevolgen belangrijk voor het vormen van een attitude ten aanzien van verzuim.

**Pearson's correlatie-coëfficiënten****Overwegingen, evaluatie en combinatie van beide met de attitude ten aanzien van wit, grijs en zwart verzuim**

Correlaties van respectievelijk overweging, evaluatie en combinatie van beide met de attitude ten aanzien van wit (W), grijs (G) en zwart (Z) verzuim :	Overwegingen, gecorreleerd met attitude			Evaluaties, gecorreleerd met attitude			Combinatie overweging en evaluatie, gecorreleerd met attitude		
	W	G	Z	W	G	Z	W	G	Z
Verwachte nadelige gevolgen:									
1. werk blijft liggen	-	-.16 <sup>2</sup>	-.15 <sup>2</sup>	.14 <sup>1</sup>	.14 <sup>1</sup>	.19 <sup>2</sup>	-	-	-
2. collega's extra werk	-	-.11 <sup>1</sup>	-	.12 <sup>1</sup>	.22 <sup>2</sup>	.21 <sup>2</sup>	-	-	.17 <sup>2</sup>
3. er wordt gebeld wanneer ik weer kom werken	-	-	-	-	-	-	-.14 <sup>1</sup>	-	-
4. word niet gemist: collega's nemen werk over	-	-	-	.16 <sup>2</sup>	.17 <sup>2</sup>	.18 <sup>2</sup>	-	-	-
5. afspraken patiënten moeten worden afgezegd	-	-	-	.14 <sup>1</sup>	.17 <sup>2</sup>	.18 <sup>2</sup>	-	.17 <sup>2</sup>	.14 <sup>1</sup>
6. invalkracht opgeroepen worden	-	-	.11 <sup>1</sup>	.14 <sup>1</sup>	.17 <sup>2</sup>	.18 <sup>2</sup>	-	.13 <sup>1</sup>	.17 <sup>2</sup>
7. nadelige gevolgen voor patiënten	-	-	-	-	-	.12 <sup>1</sup>	-	-	-
8. belast mijn collega's	-	-.12 <sup>1</sup>	-	.17 <sup>2</sup>	.22 <sup>2</sup>	.20 <sup>2</sup>	-	-	-
9. werk kan niet worden overgenomen	-	-	-	.17 <sup>2</sup>	.21 <sup>2</sup>	.18 <sup>2</sup>	-	-	-
10. afdeling komt in problemen	-.13 <sup>1</sup>	-	-	-	.19 <sup>2</sup>	.26 <sup>2</sup>	-	-	.13 <sup>1</sup>
11. maatregelen moeten worden getroffen	-	-	-	.17 <sup>2</sup>	.20 <sup>2</sup>	.22 <sup>2</sup>	.15 <sup>1</sup>	.18 <sup>2</sup>	.19 <sup>2</sup>
12. werk stapelt zich op	-.15 <sup>2</sup>	-.11 <sup>1</sup>	-.16 <sup>2</sup>	.16 <sup>1</sup>	.17 <sup>2</sup>	.19 <sup>2</sup>	-	-	-
Verwachte gunstige gevolgen:	W	G	Z	W	G	Z	W	G	Z
1. tijd om te herstellen	-	-	-	.14 <sup>1</sup>	-	-	-	-	-
2. kan werk even vergeten	-	.18 <sup>2</sup>	.17 <sup>2</sup>	.16 <sup>2</sup>	.14 <sup>1</sup>	-	-	.17 <sup>2</sup>	.15 <sup>1</sup>
3. tijd om uit te rusten	.21 <sup>2</sup>	.16 <sup>2</sup>	.14 <sup>1</sup>	.23 <sup>2</sup>	.15 <sup>1</sup>	.12 <sup>1</sup>	.23 <sup>2</sup>	.20 <sup>2</sup>	.15 <sup>1</sup>
4. kan tot mezelf komen	.21 <sup>2</sup>	.14 <sup>2</sup>	.13 <sup>1</sup>	.21 <sup>2</sup>	.12 <sup>1</sup>	-	.20 <sup>2</sup>	.15 <sup>1</sup>	.14 <sup>1</sup>
5. tijd om goed uit te zien	.17 <sup>2</sup>	-	-	.15 <sup>1</sup>	-	-	.19 <sup>2</sup>	-	-
6. collega's tonen belangstelling	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7. kan afstand nemen van werk	.14 <sup>1</sup>	.16 <sup>1</sup>	.15 <sup>2</sup>	.24 <sup>2</sup>	.21 <sup>2</sup>	.17 <sup>2</sup>	.16 <sup>1</sup>	.19 <sup>2</sup>	.17 <sup>2</sup>

( - niet significant; <sup>1</sup> p < .01; <sup>2</sup> p < .001)

Twee geëvalueerde overwegingen zijn met name positief gerelateerd aan de attitude ten aanzien van zwart verzuim : de verwachting dat collega's extra werk hebben, en de verwachting dat een invalkracht moet worden ingezet wanneer men zich ziek meldt. Het 'afzeggen van afspraken met de patiënten' hangt positief samen met de attitude ten aanzien van grijs verzuim. Ook is het gegeven dat men het werk even kan vergeten bij ziekmelden belangrijker voor grijs, dan voor wit verzuim. Het witte verzuim kent met name als voordeel dat men tijd heeft om uit te rusten (dit is overigens het enige verband waarvan de correlatie groter dan .20 is) en tot zichzelf kan komen. Enigszins opvallend is dat er zeven overwegingen zijn die voor geen enkele verzuimattitude van betekenis zijn. Niet van belang in het kader van de attitude tegenover zwart, grijs of wit verzuim zijn: het tonen van belangstelling door de collega's, dat men tijd heeft om te herstellen, dat het werk opstapelt, dat het werk niet kan worden overgenomen, dat de collega's belast worden door een ziekmelding, dat men niet gemist wordt omdat het werk helemaal overgenomen kan worden, en tot slot dat een ziekmelding nadelige gevolgen heeft voor de patiënten.

## BIJLAGE 6

### Beschrijving subgroepen, onderscheiden naar verzuimduur

1. nul-verzuim: personen die zich gedurende een jaar niet ziekgemeld hebben. Deze groep bestond uit 196 personen (32.7 procent van de respondenten);
2. zeer kort verzuim: de verzuimgevallen van gemiddeld één à twee dagen. Uit de frequentieverdeling bleek dat slechts één verzuimdag per melding sporadisch voorkomt; blijkbaar wordt aan een ziekmelding altijd een tweede dag vastgekoppeld. Ruim 19 procent van alle ziekmeldingen bestond uit één of twee dagen (19.3%);
3. kort verzuim: ruim 26 procent (26.2%) van de verzuimgevallen duurde gemiddeld 3, 4 of 5 dagen (of eventuele dagdelen daartussen, zoals halve dagen); men is dan gemiddeld tussen drie dagen en een hele werkweek afwezig, of gedurende een deel van lange diensten van 10 dagen, zoals die bijvoorbeeld in de verpleging bestaan;
4. middellang verzuim: zes tot 14 dagen ziek per melding was het geval bij 27.7 procent van alle ziekmeldingen;
5. lang verzuim: 26.7 procent van de ziekmeldingen omvatte 14 dagen of meer; de helft hiervan bestond uit verzuim tot 40 dagen per melding en de helft uit verzuim tussen 40 dagen en een jaar per melding.

Van de vijf groepen, die onderscheiden zijn op grond van verzuimklassen, is door middel van variantie-analyses gekeken of deze essentieel van elkaar verschillen op een aantal beschrijvende kenmerken. In drie opzichten bleek de groep nul-verzuimers af te wijken ten opzichte van de overige vier groepen, namelijk:

- nul-verzuimers bestaan meer dan de groepen 3, 4 en 5 uit fulltime-medewerkers; ten opzichte van groep 2 is dit verschil niet significant.
- men werkt over het algemeen langer in het ziekenhuis en langer op de huidige werkplek (significant langer dan groep 2,3 en 5).
- de gemiddelde leeftijd is hoger dan die van de groepen 2, 3, 4 en 5.

De overige groepen wijken op deze aspecten niet significant van elkaar af.

Tevens is nagegaan of bepaalde personeelscategorieën, zoals verplegend, huishoudelijk, medisch personeel e.d., over- of ondervertegenwoordigd zijn in bepaalde categorieën.

- De werknemers die het meest tot de 'nul-verzuimers' behoorden, bestonden uit medisch personeel (28.9%), gevolgd door sociaal-wetenschappelijk personeel (18.7%).
- De groep met een of twee dagen verzuim per ziekmelding bestond voornamelijk uit administratief personeel (28.7%).
- 3, 4 of 5 dagen per keer verzuimen treedt vooral op in drie personeelscategorieën, namelijk verplegend (17.8%), sociaal-wetenschappelijk (17,8%) en paramedisch personeel (17%).
- In groep 4, waarin men 6 tot 14 dagen per keer verzuimt, kwam voornamelijk verzuim van huishoudelijk personeel voor (21.9%), gevolgd door het technisch personeel (17.9%).
- De groep die langer dan 14 dagen ziek is per melding bestaat voor bijna een derde uit technisch personeel (30.3%), gevolgd door het huishoudelijk personeel (22.2%).

Het lager opgeleide personeel, werkzaam in de facilitaire diensten (technische dienst, huishoudelijke dienst) is voornamelijk in de langdurigere verzuimklassen vertegenwoordigd (> 6 dagen); het medisch en sociaal-wetenschappelijk personeel verzuimde het minst en het kortst, gevolgd door de administratieve beroepen. Verplegend personeel en werknemers met paramedische beroepen verzuimden gemiddeld drie à vijf dagen per melding.