

La 28

Bibliotheek Hoofdkantoor TNO
1a-Gravenhage

1 2 APR. 1979

PSYCHOSOCIALE FAKTOREN EN
LANGDURIGE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

D.Wiersma
juni 1975

Werkgroep Psychohygiëne/Gezondheidsorganisatie T.N.O.
Afdeling Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen

2 APR. 1979

Inhoud

	pagina
1. De aanleiding tot het onderzoek	1
2. de wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering	1
3. kwantitatieve verkenning van de problematiek	3
4. doel van het onderzoek	6
5. toepassing van het begrip van de ziekerol	8
6. psychosociale "stress" als variabele	13
7. operationalisering van het begrip "stress" ofwel de psychosociale factoren.	19
8. Het omgaan met stress-situaties (het zgn. coping-vermogen)	26
9. uitwerking van het onderzoeksschema	33
10. selectie van de respondenten	34
11. slot	36

Literatuur

1. De aanleiding tot het onderzoek.

Een groeiend aantal mensen in de Nederlandse samenleving wordt arbeidsongeschikt verklaard op grond van een of andere medische aandoening, kwaal of handicap, d.w.z. dat deze mensen slechts gedeeltelijk of helemaal niet meer in staat worden geacht hun normale dagelijkse werkzaamheden te verrichten. De wettelijke basis daarvoor was in 1967 gelegd door het van kracht worden van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (W.A.O.), die daarmee werknemers geldelijk verzekerde tegen de langdurige gevolgen van een ziekte, gebreken of van een ongeval. Recht op een uitkering ontstaat pas na 52 weken arbeidsongeschiktheid, indien de verzekerde geheel of gedeeltelijk ongeschikt is gebleken voor (passende) arbeid.

Het vermoeden rees, vooral na de onverwacht sterke toename van W.A.O.-gerechtigden in 1972, dat hierbij sprake kon zijn van een ongeoorloofde uitbreiding van het ziektebegrip. Het zou wel eens kunnen zijn dat niet zozeer een verslechtering van de gezondheidstoestand van de Nederlandse werknemer daarvan de oorzaak was, maar dat veeleer andere factoren daarvoor verantwoordelijk gesteld moeten worden. De medische afkeuring geschiedt dan niet vanwege de ernst van de lichamelijke of geestelijke handicap maar vermoedelijk op grond van psychosociale factoren. Door deze steeds onder het etiket van ziekte te plaatsen blijven de werkelijke problemen verborgen evenals de wegen tot verbetering, verandering, en/of revalidatie. Immers ook vanuit psychohygienisch oogpunt kan men zich afvragen of de betrokken werknemers zo content zullen zijn met het feit van een medische afkeuring en een uitschakeling uit het arbeidsproces. Veeleer blijken gevoelens van onlust, nuttelosheid en zelfs van schuld te bestaan ten aanzien van het arbeidsongeschikt zijn.

2. De wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Als gevolg van de historische ontwikkeling is het huidige sociale verzekeringsstelsel een vrij onoverzichtelijke zaak geworden (zie o.a. Weyel 1973). Globaal zijn er 2 soorten verzekeringen te onderscheiden: aan de ene kant de volksverzekeringen zoals de Algemene Ouderdomswet of de Algemene wet Bijzondere Ziektekosten, en aan de andere kant de werknemersverzekeringen als de Ziektewet (ZW) en de Wet op de Arbeidsongeschiktheid (W.A.O.). De laatste zijn zogenaamde loondervingsverzekeringen, die het arbeidsinkomen tegen de financiële gevolgen van tijdelijke of blijvende ongeschiktheid veilig stellen. Met de uitvoering van de Z.W. en de W.A.O. zijn belast de bedrijfsverenigingen; dit zijn organen - in totaal 26 - die door werkgevers- en werknemersorganisaties per sektor van het bedrijfsleven bijvoorbeeld de metaal- of de bouwnijverheid zijn opgericht en in stand worden gehouden.

Iedere werkgever is wettelijk verplicht zich aan te sluiten bij de bedrijfsvereniging waarbij zijn bedrijfstak is ingedeeld. Hoewel de bedrijfsverenigingen hun administratie zelf mogen voeren, zijn het er maar elf die dit inderdaad doen (de zgn. zelf-administrerende bedrijfsverenigingen). De overige 15 laten hun administratie verzorgen door het Gemeenschappelijk Administratiekantoor - het G.A.K. -.

Voor de uitvoering van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering beschikken de bedrijfsverenigingen over één Gemeenschappelijke Medische Dienst (G.M.D.). Deze instantie stelt de mate van arbeidsongeschiktheid vast en adviseert hierover aan de bedrijfsverenigingen. Bovendien geeft de G.M.D. adviezen over het treffen van voorzieningen voor de arbeidsrevalidatie (omscholing bijv.) en/of verbetering van de levensomstandigheden (woningaanpassing e.d.). De G.M.D. is dus een adviesorgaan.

Met het toezicht op de bedrijfsverenigingen, het G.A.K. en de G.M.D. is belast de Sociale Verzekeringsraad in Den Haag.

De Z.W. en de W.A.O. hebben ten doel de geldelijke gevolgen van arbeidsongeschiktheid, veroorzaakt door ziekte, ongeval of gebrek op te vangen. Deze verzekeringen gelden voor iedereen die werkzaam is in een dienstbetrekking. Ambtenaren evenwel zijn niet op deze manier verzekerd.

In eerste instantie bestaat recht op uitkeringen krachtens de ziektewet. Als men 52 weken arbeidsongeschikt is geweest, zal daarna - als men voor 15% of meer arbeidsongeschikt is en nog geen 65 jaar is - uitkering ingevolge de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering volgen. Aan de hand van het percentage arbeidsongeschiktheid (8 categorieën variërend van 15% of minder tot 80% of meer) wordt het uitkeringspercentage vastgesteld op basis van het gemiddelde dagloon, dat de verzekerde verdiende in het jaar vóór zijn arbeidsongeschiktheid (max. 80% van het maximale dagloon), dat momenteel f 172,91 per dag bedraagt).

De bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid of wel de verdien capaciteit van een W.A.O.-belanghebbende hangt af van diens resterende functionele beperkingen/mogelijkheden, diens opleiding en beroep en de daaruit voortvloeiende in billijkheid op te dragen werkzaamheden wat vooral beïnvloed wordt door de situatie op de (regionale) arbeidsmarkt.

De W.A.O. kent naast het loondervingskarakter expliciet de mogelijkheid van het treffen van revaliderende voorzieningen tot behoud van of tot verwerving van (nieuw)arbeidsvermogen dan wel ter verbetering van de levensomstandigheden. Het recht op zelfontplooiing vormt primair de rechtsgrond van de W.A.O.

De financiering van beide verzekeringswetten geschiedt door middel van premieheffing zowel bij de werknemers als bij de werkgevers. De werknemer betaalt 1,25% en 3,05% over ten hoogste f172,91 per dag (bij vijfdaagse werkweek) voor respectievelijk de Ziektewet en de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Voor de werkgever zijn deze percentages 6,85% en 6,15%.

De ontwikkeling van het totaalbedrag aan uitkeringen gedurende de laatste jaren wordt getoond in onderstaande tabel (in miljoenen guldens).

	<u>ZW</u>	<u>WAO</u> (volgens uitgaven van Voorlichtingscentrum Sociale Verzekering 1 april 1975).
1972	2804	2641
1973	3245	3284
1974	3755	4290

Nog een kort woord over de op stapel staande Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (A.A.W.), die als volksverzekering volgens de planning op 1 juli 1976 van kracht zal worden. Recht op uitkering zullen hebben alle ingezetenen tussen de 18 en 65 jaar, waartoe ook de zelfstandigen zullen behoren. De gehuwde vrouw, die niet in loondienst is, zal niet voor een uitkering in aanmerking komen. De uitvoering van deze wet vindt plaats via de bedrijfsverenigingen en niet middels de Sociale Verzekeringsbank en de Raden van Arbeid, zoals in geval van de A.O.W. Als voorwaarden zullen gelden a) een periode van 52 weken arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of gebrek en derhalve een onvermogen om met passend werk te verdienen wat soortgelijke gezonde mensen kunnen verdienen en b) een arbeidsongeschiktheidspercentage van tenminste 25%. De mogelijkheid wordt wel geschapen dat revalidatievoorzieningen kunnen worden getroffen ten behoeve van de gehuwde vrouwen, personen beneden de 18 jaar en de zgn. "Vroeg-gehandicapten". De A.A.W. wordt geacht als een bodemvoorziening te fungeren; in principe ontvangt men een A.A.W.-uitkering, die eventueel aangevuld kan worden door middel van een W.A.O.-uitkering. De uitkering zal afgestemd worden op de netto A.O.W.-uitkering. De premie wordt geschat op 1,1% van het premieplichtig inkomen (nu f31.750). De schatting van het aantal nieuwe aanvragen varieert van 150.000 tot 300.000.

3. Kwantitatieve verkenning van de problematiek.

Het zal duidelijk zijn dat het onderzoek zich zal richten op het langdurig arbeidsverzuim. Onder het langdurig verzuim wordt door ons verstaan een periode van een afwezigheid wegens ziekte van tenminste 3 maanden. De keuze van deze tijdsgrens is onder andere ingegeven door de overwegingen, dat vanaf dat tijdstip de kans op het bereiken van de W.A.O. aanzienlijk moet worden geacht (vermoedelijk boven de 30%). In het algemeen is het zo dat van alle ziektegevallen 96% na 3 maanden het werk weer heeft hervat.

Geschat wordt dat een derde van de resterende gevallen in het kader van de W.A.O. speciale zorg en aandacht verdienen (Doeleman 1973).

Ook van een andere kant wordt de driemaanden grens als belangrijk beschouwd. Hogerzeil (1972) onderscheidt 5 fasen van verzuimduur, waarbij elke fase zijn eigen medische, psychische en sociale karakteristieken kent. Als kritieke fase noemt hij de periode van 4 weken tot drie maanden waarvan hij opmerkt: "bij het overschrijden der (kritieke) drie weken grens blijkt het verzuim meer te zijn dan een enkelvoudige stoornis, of wel de enkelvoudige stoornis is gedurende de drie weken arbeidsongeschiktheid overgegaan in een gestoord functioneren van de mens als geheel. Somatisch en psychische complicaties treden op, kontakten verminderen, sociale problemen beginnen zich af te tekenen, een soms falende planning en organisatie der behandeling of reïntegratie begint duidelijk te worden. De primaire stoornis wordt relatief onbelangrijker, het niet kunnen functioneren belangrijker".

Na een bestudering van de verzuimstatistieken blijkt al spoedig, dat de verzameling van de gegevens op een verbrokkelde wijze is geschied, de gegevens niet compleet voorhanden zijn en dat het cijfermateriaal slechts summiere informatie verschaft: de ambtenaren komen in de statistiek niet voor evenals de werknemerspopulatie van bijvoorbeeld Philips. Bovendien verstrekt het C.B.S. pas na jaren de globale overzichten. De meest recente gegevens van de Diagnose Statistiek Bedrijfsverenigingen (omslagleden) dateren uit 1971.

Deze diagnosestatistiek heeft betrekking op driekwart van de verzekerde werknemerspopulatie en op ongeveer 3/5 van het totale werknemersbestand, d.w.z. op bijna 2,7 miljoen verzekerden.

De totale loonafhankelijke bereepsbevolking wordt volgens de voorlopige cijfers van de 14e Algemene Volkstelling geschat op ca. 4 miljoen. De verhouding mannen/vrouwen is 3 op 1. Een globale leeftijdsverdeling ziet er als volgt uit.

	Totaal	Alleen mannen.
beneden de 20 jaar	12,0%	7,7%
van 20 t/m 54 jaar	76,6%	79,5%
55 jaar en ouder	11,4%	12,8%

Het aantal verzuimen met een duur van 92 dagen en meer bedroeg in dat jaar, uitgedrukt als percentage van het totale aantal verzuimen 4,5%. Dit getal heeft alleen betrekking op mannelijke werknemers. Het percentage "niet hersteld na 1 jaar" bedroeg 1,4% (alleen mannen) d.i. 30.030 personen, die overgingen van de Ziektewet naar de W.A.O.

Het aantal mannelijke werknemers, dat in 1971 W.A.O.-gerechtigd werd, uitgedrukt als een percentage van het totale aantal verzuimen van langer dan 91 dagen bedroeg 33,0%.

De Gemeenschappelijke Medische Dienst (G.M.D.), als centrale adviesinstantie voor het schatten van de mate van arbeidsongeschiktheid verstrekt via haar jaarverslagen de volgende gegevens:

		<u>Aantal W.A.O.-gerechtigden per jaar</u>	
1967	14695	
1968		37335	
1969		44884	
1970		48380	Het is vooral de toename in 1972 die door haar
1971		48835	onverwachte karakter de gemoederen ernstig ver-
1972		53205	ontrustte.
1973		60375	

Volgens het jaarverslag van de G.M.D. 1973 "is het opmerkelijk, dat de W.A.O.-uitkering genietenden tot 50 jaar, van jaar tot jaar een steeds groter deel van het gehele bestand uitmaken". In 1969 bedroeg het percentage van personen jonger dan 50 jaar 33,05%. In 1972 was het opgelopen tot 36,68%: een toename van 3,63%. Voorts neemt elk jaar het aandeel van de categorie "volledig arbeidsongeschikt" relatief toe: volgens de laatste gegevens 87,7%. De omvang van het totale bestand van W.A.O.-gerechtigde personen zal in 1975 vermoedelijk het getal van 350.000 overschrijden. De ontwikkeling van de laatste jaren laat het volgende beeld zien:

1969	194.054	} inclusief ex liquidatie- en overgang wettiging t.w. en o.w.
1970	215.393	
1971	237.051	
1972	259.024	
1973	284.105	

Tevens blijkt het merendeel der uitkeringsgevallen op een beperkt aantal diagnosegroepen betrekking te hebben: de ziekten der bewegingsorganen (+ 25%) en van het circulatieapparaat (+ 20%), psychische afwijkingen (+ 17%), ziekten der ademhalingswegen (+ 7%) en de ongevallen (+ 8%). Vooral de ziekten van het circulatieapparaat, psychische afwijkingen en ziekten der bewegingsorganen vertonen een zowel absoluut als relatief sterke stijging wat betreft het aantal, dat de laatste jaren tot een W.A.O. uitkering is gekomen.

Het verzuim van meer dan 4 weken omvat 10,5% van het totale aantal verzuimen, maar 54% van het totaal der verzuimdagen. Philipsen meldt in zijn onderzoek, dat alle verzuimgevallen met een duur van 6 weken en meer 6% van de ziekmeldingen omvat, die echter 47% van de ziektedagen voor hun rekening nemen. Het is vooral de verlenging van de verzuimduur geweest, die de stijging van het verzuimpercentage bepaalt.

4. Doel van het onderzoek.

Het onderzoek dient zich te richten op die factoren, die naast de medische aandoening of handicap van invloed zijn op het langdurig arbeidsverzuim en dan met name het W.A.O.-gerechtigd worden.

Het feit dat andere factoren werkzaam zijn is overigens al geruime tijd bekend. De studie van Philipsen (1969) getuigt daarvan, hoewel daarbij de aantekening gemaakt kan worden dat de door hem onderzochte (structurele) variabelen vooral van invloed zijn op de verzuimfrekwentie.

Hij gaat verder van de gedachte uit, dat met name bij de langdurende afwezigheid de medische aandoening primair gesteld moet worden; iets wat juist in dit onderzoek ter discussie staat.

Van groot belang is vanzelfsprekend de vaststelling in hoeverre de medische aandoening het verzuim determineert. Het gaat ons vooral om die verzuimgevallen waarvan de medische ernst van de aandoening die aanleiding gaf tot de ziekmelding, niet op voorhand leidt tot een arbeidsongeschiktheid van langer dan 1 jaar. Om die reden zal een medische prognose door deskundigen gesteld moeten worden over de mate van herstel van de klachten en over de periode van arbeidsongeschiktheid.

Uit velerlei artikelen en uit voornamelijk retrospectieve onderzoeken is al wel gebleken dat een relatief geringe handicap kan voeren tot een invaliditeitsuitkering. Een dossieronderzoek van 272 neurologische keuringsrapporten voor de Raad van Beroep in de periode 1976-1972 bracht de volgende resultaten aan het licht (Van Mansvelt et.al. 1974):

- a. in 32% van de gevallen werden geen organische of psychiatrische afwijkingen gekonstateerd.
- b. in 20% van de gevallen was er volgens de auteurs sprake van oneigenlijk gebruik i.c. misbruik (ook instanties maken zich hieraan schuldig).
- c. bij 15% was er sprake van een iatrogene invaliditeit, d.w.z. dat het handelen van de arts zelf heeft bijgedragen tot het proces van validering.

Verder bleek dat in een groot aantal gevallen de uitspraken van de Raad van Beroep papieren beslissingen bleven. Hoewel 68% van de beroepen ongegrond bleek m.a.w. dat de klager alsnog arbeidsgeschikt werd verklaard, kwam uiteindelijk maar 1/3 van die groep weer tot hervatting van de werkzaamheden. Deze bevinding releveert een belangrijk punt: namelijk wanneer iemand lange tijd wegens al dan niet vermeende klachten het werk heeft gestaakt, de kans op werkhervatting in de praktijk uitermate klein blijkt te zijn. De auteurs wazen voorts op vele structurele tekorten in de bestaande regelingen en procedures, die het zogenaamde maatschappelijke verzuim in de hand werken. Zij keerden zich ook tegen de opvatting dat maatschappelijk verzuim vooral van korte duur zou zijn, en dat bij langerdurend verzuim (meer dan 4 weken) psychosociale factoren geen rol zouden spelen.

in 76 landen door ...

Een ander onderzoek wees is dezelfde richting (Ruinen 1974). Dit betrof een onderzoek van 235 patiënten die arbeidsongeschikt waren geworden vanwege lage rugklachten. In tenminste 56% van de gevallen was er volgens de auteur duidelijk sprake van psychosociale problematiek, die een overwegende rol leek te spelen bij de duur van het verzuim.

Ook de psychiater Van der Beek (1974) sprak zijn twijfels uit over het gebruik van het ziektebegrip ("de mystificerende rol van de W.A.O."). Hij merkte op dat de mensen misschien géén leven hebben, maar of zij dan ziek zijn in dezelfde zin van het woord als andere zieken, is nog een open vraag.

Een en ander maakt wel duidelijk, dat andere factoren, veelal psychosociaal genoemd, van invloed zijn op de verzuimduur. Veel aandacht wordt ook besteed aan de rol die het medische zorgsysteem zelf daarin speelt (communicatieproblemen, lange wachttijden, opvattingen van de arts etc.). Ook de structurele werkeloosheid wordt als oorzaak genoemd van de toeneming van het aantal W.A.O.-belanghebbenden (N.B. de mijnsluitingen in Limburg).

In dit onderzoek willen wij ons echter richten op de persoon zelf, zijn opvattingen, houdingen, zijn persoonlijke ervaringen en omstandigheden, en niet op het gezondheids-systeem als zodanig of op een structureel- maatschappelijke factor als de daling van de conjunctuur.

Het gaat ons om de volgende factoren:

1. de aanwezigheid van min of meer direkt ingrijpende levensomstandigheden in de zin van plotselinge gebeurtenissen en van chronische problemen die een beroep doen op iemands aanpassingsvermogen. Het betreft hier een meting van de psychosociale belasting, of stress, waaraan iemand blootstaat.
2. de wijze waarop iemand omgaat met die psychosociale problematiek opgevat als een min of meer konstante gedragswijze van het individu (het zogenoemde "coping-vermogen").
3. een complex van factoren, die de geneigdheid van het individu bepalen om de ziekerol vast te houden.
4. de aard en mate van binding aan de arbeidsrol, die de geneigdheid van het individu beïnvloeden de ziekerol op te geven.

In de volgende paragraaf zullen deze factoren theoretisch worden uitgewerkt. Tevens zullen een aantal hypothesen geformuleerd worden.

In de tweede plaats draagt het onderzoek een prospectief karakter. Uitgaande van bepaalde hypothesen zal een voorspelling worden gedaan op grond van gevonden kenmerken van het individu wat betreft zijn kans op langdurig arbeidsverzuim, het overschrijden van de wachttijd voor de W.A.O. (52 weken).

Een verzuimduur van 3 maanden zal daarbij als vertrekpunt worden genomen. Na 9 maanden kan worden geevalueerd of de prognose is uitgekomen en wat de rol is (geweest) van de relevante variabelen. Het is dan met name van belang in hoeverre de medische aandoening/handicap die kans bepaalt, in alle gevallen, waarin die kans niet 100% is, kan de invloed van andere factoren worden bestudeerd.

In de derde plaats is in deze opzet noodzakelijk, dat de klacht(en) die de reden van ziekmelding vormt door een (panel van) deskundige(n) wordt beoordeeld naar de mate van ernst van de klacht, de periode waarin (optimaal) herstel is te verwachten en de termijn waarna gehele of gedeeltelijke werkhervatting weer mogelijk geacht moet worden. In dat oordeel dient alleen de specifieke klacht van de patient en de specifieke werkzaamheden die hij verricht, betrokken te worden. Dat oordeel zal gegeven moeten worden op het tijdstip van 3 maand ziekteverzuim.

Op basis van verschillen tussen hervatters en niet-hervatters met betrekking tot bovengenoemde factoren kan een bijdrage worden geleverd tot het verkrijgen van inzicht in een al dan niet vermeende diskrepantie tussen medisch-organisch herstel en psychosociale functioneren van de betrokken persoon.

Deze diskrepantie manifesteert zich in al die ziekteverzuimgevallen, waarbij het tijdstip van werkhervatting niet in overeenstemming is met de medische arbeidsprognose. Dat kan betekenen dat de herstelmelding eerder dan wel later valt dan was verwacht op grond van de aandoening/handicap en van de werkzaamheden. In ons onderzoek is de afhankelijke of de te voorspellen variabele het uitstel van de herstelmelding en zelfs met dien verstande dat na één jaar ziekteverzuim nog geen werkhervatting heeft plaatsgevonden.

5. Toepassing van het begrip van de ziekerol.

Het afwezig zijn van het werk wegens ziekte kan worden geplaatst in het kader van de theoretische concepten van ziektegedrag en ziekerolgedrag. Ziektegedrag wordt door Mechanic (1966) gedefinieerd als... "the manner in which symptoms are perceived, evaluated and acted upon by a person who recognises some pain, discomfort and other signs of malfunctioning". Dit soort gedrag wordt door hem gezien als een produkt van kulturele en sociale conditionering, als een poging om secundaire voordelen van de ziekerol te verkrijgen. Het aanvaarden van de ziekerol en het persisteren daarin wordt beschouwd als gedrag dat onderhevig is aan velerlei invloeden. Het gaat dan ook niet meer zozeer om ziekte als zodanig, maar om wat mensen doen met hun ziekte, met hun ziektegevoelens.

Aan het door Philipsen (1969) ontwikkelde theoretische kader, waarin het arbeidsverzuim als afwezigheid wegens ziekte wordt geformuleerd in termen van ziekerolgedrag, zal hieronder vooral aandacht worden geschonken.

Zijn onderscheiding in de 4 betekenissen van ziekzijn als het hebben van een aandoening, als onwelbevinden, dat gerelateerd wordt aan een veronderstelde aandoening, als het zoeken van genezing (raadplegen, gebruik van medicijnen) en als arbeidsongeschikt zijn d.w.z. aanvaarding van de patientenrol, maakt duidelijk dat deze niet beschouwd kunnen worden als analytische deelaspecten van eenzelfde verschijnsel, doch veelmeer als menselijk gedrag of het gevolg daarvan. Er ligt een keuze aan ten grondslag. Er bestaat in meer of mindere mate een vrijheid om de patientenrol al dan niet te aanvaarden ofwel af te leggen. Een ziektegeval wordt door Philipsen opgevat als een functionele eenheid van zich wijzigende condities van het menselijk organisme en de daarop betrokken handelingen. Volgens hem is er sprake van een voortgaand proces van selectie van alternatieven; de zieke "kiest" steeds tussen een aantal gedragsalternatieven. In hoeverre deze keuze als de meest rationele en optimale is op te vatten, doet in wezen niet ter zake. Het is ook de vraag of dat tot de mogelijkheden van een zieke behoort. In termen van het model wordt met een "keuze" of een "beslissing" bedoeld dat hij aan een bepaald gedragsalternatief de voorkeur geeft boven een ander.

Het verloop van een ziektegeval kent globaal de volgende achtereenvolgende fasen: a) het optreden van onwelbevinden, b) de herkenning van een gezondheidsprobleem, c) de bereidheid hulp en/of genezing te zoeken, d) de aanvaarding van de rol van de patient, e) bestendiging gedurende enige tijd van rolgedrag als patient en f) de afloop van het ziektegeval.

Lang niet altijd loopt een ziektegeval op deze modale wijze af. Door nieuwe informatie of door invloeden van anderen kan terugkoppeling - een essentieel element van een besliskundig model - plaatsvinden.

Het uitgangspunt van het individuele handelen is niet de aandoening zelf maar het onwelbevinden. Een zestal factoren worden genoemd die sterk inwerken op het selectieproces en waardoor feedback kan optreden. De ernst en de aard van de aandoening wordt als de belangrijkste geacht, doch niet als de enige; de overige zijn: maatschappelijke en medische normen wat als ziekte geldt, de raadpleging van en raadgeving door de omgeving (i.h.b. artsen), de behandeling door, aandacht van en verzorging door de omgeving, maatschappelijke mogelijkheden en voorzieningen t.a.v. het ziek zijn en de wijze en mate van binding aan de arbeidsrol.

Tot slot moet er nog op gewezen worden dat het besliskundig model zoals hierboven kort is omschreven aan waarde verliest, wanneer de beslissingsvrijheid afneemt. Het is aannemelijk te veronderstellen dat in geval van langdurige verzuimen, zoals die van 3 maanden bijvoorbeeld de beslissing om zich ziek te melden te zijner tijd onontkoombaar dan wel onvermijdelijk is en dat dus de uiteindelijke beslissingsvrijheid gering zal zijn.

Minder begrijpelijk is echter, dat bij zovelen de situatie van normaal functioneren niet meer wordt bereikt, terwijl de reden van ziekmelding daartoe geen aanleiding lijkt te geven. Belangrijk wordt dan de vraag naar de determinanten van het verlaten van de ziekerol.

Philipsen stelt dat meer ziekteverzuim zal voorkomen

- naarmate er meer ziektegedrag d.w.z. naarmate er meer of langer bereidheid is genezing te zoeken, ondermeer op basis van meer onwelbevinden en meer ziekteherkenning, en
- naarmate er meer afwezigheidsgedrag is d.w.z. naarmate vaker en/of langduriger de rol van patient wordt verkozen boven die van werknemer.

Vanwege de verdere analyse wordt het begrip "drempel" ingevoerd. Onder "ziektedrempel" wordt verstaan het omslagpunt op de schaal van zich weinig naar zich ernstig ziek voelen, waarbij de zieke of eventueel zijn omgeving meent hulp en/of genezing te moeten zoeken; onder afwezigheidsdrempel het omslagpunt op de schaal van zich weinig naar zich ernstig ziek voelen waarbij de patient of eventueel zijn omgeving meent de rol van patient te moeten aanvaarden of op te eisen.

Met behulp van deze concepten kan men verschillen in ziekteverzuim tussen bedrijven verklaren door de hoogte van de ziekte- en/of de afwezigheidsdrempel; naast de ziektedrempel speelt natuurlijk een rol de ernst van de aandoening ofwel de mate van onwelbevinden (het onwelbevinden wordt hiermee onder één noemer gebracht met de aandoeningen, omdat het aantal aandoeningen waarbij de subjectieve klachten (mede) maatstaf zijn voor de diagnose en therapie, zeer groot is.

Vershillen in de hoogte van de afwezigheidsdrempel hangen vermoedelijk nauw samen met de aard en de mate van binding aan de arbeidsrol. Naarmate de patient minder tevreden, minder geïnvolveerd is, minder onmisbaar is, of minder verantwoordelijkheid voelt voor zijn werk, zal de afwezigheidsdrempel lager liggen.

In andere bewoordingen kan men ook spreken van een objectieve afwezigheidsnoodzaak (de ernst van de aandoening), de subjectieve afwezigheidsnoodzaak (de hoogte van de ziektedrempel) en de afwezigheidsbehoefte (de hoogte van de afwezigheidsdrempel op grond van de relatieve aantrekkingskracht van de rol van patient boven die van werknemer). Terzijde zal worden gelaten het begrip afwezigheidsgelegenheid of -mogelijkheid (de hoogte van de afwezigheidsdrempel op grond van de anticipering op de kansen van erkenning), omdat dat niet in dit onderzoek aan de orde zal komen. Het bovengenoemde begrippenkader lijkt ons niet alleen van belang voor de analyse van verschillen in ziekteverzuimfrekwentie en -duur tussen organisaties, maar ook tussen individuele werknemers (zie soortgelijke benadering bij Cassee 1973 m.b.t. medische consumptie). Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen factoren die inwerken op de hoogte van de ziektedrempel en die welke van invloed zijn op de afwezigheidsdrempel.

Het drempel-begrip heeft derhalve betrekking op perceptuele processen, die van invloed zijn op het oordeel van het individu over het al of niet genezing zoeken danwel de ziekerol al of niet (langer) te aanvaarden. Het impliceert een perceptie van eigen kunnen en mogelijkheden m.b.t. een werkstaking of een werkhervatting.

In dit onderzoek gaat het ons om de vraag welke factoren de duur van het ziekteverzuim zullen bepalen bij werknemers, die reeds geruime tijd wegens ziekte of door een ongeval afwezig zijn van het werk. In het algemeen zouden we kunnen stellen dat naarmate iemand zich zieker voelt, hij minder bereid zal zijn de ziekerol op te geven en naarmate iemand zich sterker gebonden acht aan het vervullen van zijn arbeidsrol, hij sneller geneigd zal zijn de ziekerol op te geven.

Door Kasl en Cobb (1966) wordt gewezen op het belang van de verwachtingen en opvattingen die de patient heeft t.a.v. zichzelf als zieke, van de mate waarin deze verwachtingen conflicteren met normen van andere rollen, van de mate waarin de normen van de ziekerol congruent zijn met iemands zelfconceptie, en van het ondersteunende of belemmerende gedrag van personen in reciproke rollen als dokter, familieleden, collega's etc. Deze variabelen kunnen opgevat worden als indicatoren van een faktor die de mate bepaalt waarin iemand zich aan zijn ziekerol nog gebonden voelt, waarin hij deze nog niet kan loslaten ten nadele van zijn gezondheid. We kunnen verwachten dat naarmate deze "binding" aan de ziekerol groter is, iemand langer ziek zal blijven ofwel langer zal verzuimen. Om een voorbeeld te noemen: de prognose van een aandoening bleek na onderzoek de sleutel te vormen tot de sociale response van de omgeving (Gordon, 1966), deze zal bij een sombere prognose meer druk uitoefenen op een persoon in de ziekerol te blijven dan ingeval van een als onschuldig geoordeelde klacht.

Deze binding aan de ziekerol willen wij nu specifiekere formuleren. Onderscheiden worden de onderstaande groepen van variabelen:

- a. primair is natuurlijk van belang hoe iemand zichzelf ziet, dus de perceptie van zichzelf als zieke en/of als gehandicapte, het aantal verschillende klachten waar iemand last van heeft, de gepercipieerde ernst van de symptomen en de frekwentie van het vroegere verzuim wegens dezelfde klachten.
- b. daarnaast speelt de omgeving i.c. de gezinsleden en de collega's een rol van betekenis; hoe ziek en/of gehandicapt wordt iemand door zijn naaste omgeving beschouwd.
- c. in de derde plaats is in dit kader van belang de mate waarin door de betrokkene een duidelijk behandelingsplan wordt gepercipieerd. Vooral bij langdurige ziektegevallen is de onzekerheid vaak een bron van frustratie. Dat is echter voor een belangrijk deel afhankelijk van de informatie van de arts over de aard van de aandoening, de ernst daarvan, de duur van de klachten, de gevolgen voor het werk en het noemen van een tijdstip van werkhervatting.

Deze 3 categorieën van kenmerken constitueren de faktor van "binding" aan de ziekerol.

Verondersteld wordt dat naarmate iemand zich meer als een zieke beschouwt, en/of hij vindt dat de omgeving hem als zodanig ziet en/of de perceptie van een behandelingsplan onduidelijker is, de kans op uitstel van de herstelmelding groter zal zijn. Zij zullen de bereidheid beïnvloeden om de ziekerol te verlaten; er gaat een demotiverende werking van uit: de ziektedrempel zal laag liggen of lager komen te liggen. De subjectieve afwezigheidsnoodzaak zal des te sterker aanwezig zijn.

In het algemeen wordt de mate en wijze van binding aan de arbeidsrol als een faktor van betekenis beschouwd in de weigering om de patientenrol te aanvaarden of te handhaven. De plaats die de arbeid inneemt in iemands leven en het plezier dat iemand heeft in het werk, worden beschouwd als voldoende werkzame factoren om iemand de ziekerol te doen verlaten. We willen naar analogie van een binding aan de ziekerol spreken van binding aan de arbeidsrol. Deze kan onderscheiden worden in 3 elementen a) een algemene orientatie op de arbeid b) een instrumentele gerichtheid en c) een sociale gerichtheid op de specifieke werksituatie.

Lammers (1964) onderscheidt drie grondslagen van de binding aan een organisatie: ideeële, instrumentele en sociale binding. De ideeële binding is de mate van aanvaarding van de doeleinden van de organisatie. In economische organisaties zoals bedrijven speelt vermoedelijk deze binding echter een geringe rol, zodat dit aspect hier wordt weggelaten en vervangen wordt door de plaats van arbeid in de waardenhierarchy.

Voor veel mensen speelt het werken op zich een belangrijke rol in iemands leven. Het fungeert niet louter als middel om in het bestaan te voorzien, maar het heeft vermoedelijk een veel wijdere betekenis dan meestal wordt aangenomen. Dit bleek zeer duidelijk in het door ons verrichte vóóronderzoek onder een 30-tal werknemers. Ook onderzoekingen naar de gevolgen van pensionering en werkeloosheid wijzen in dezelfde richting.

De instrumentele binding berust op de binding aan de taak, de activiteiten welke organisatiegenoten uit hoofde van hun functie verrichten. Bij de sociale binding tenslotte is het menselijk werkmilieu de bron voor gevoelens van verbondenheid. Philipsen is van mening dat het vooral gaat om de individuele motieven die tot binding aan deze elementen van de organisatie kunnen leiden. Ten aanzien van de instrumentele binding sluit hij aan bij het werk van March en Simon (1961,94) die drie van dergelijke psychologische mechanismen onderscheiden, nl. de voorspelbaarheid van de instrumentele werkverhoudingen, de overeenstemming tussen de vereisten van de werksituatie en die van de leefsituatie en de overeenstemming tussen de werkzaamheden en het zelfbeeld van de werknemer.

Betreffende de sociale binding refereert hij aan de volgende 2-deling: het hebben van bevredigend geachte verticale en horizontale verhoudingen. Men kan nu veronderstellen dat naarmate de bindingskracht groter is, de afwezigheidsbehoefte kleiner zal zijn. Volgens Philipsen moeten we eigenlijk niet meer spreken van ziektegedrag, maar van afwezigheidsgedrag. De nadruk ligt op de afwezigheid en niet zózeer op de reden daarvan, namelijk ziekte.

- a. als indicatoren van de algemene arbeidsorientatie kunnen genoemd worden de plaats die het werk in het leven inneemt, de belangrijkheid t.o.v. andere zaken, het missen van het werk tijdens de ziekteperiode, het plezier dat men heeft in het werk.
- b. de instrumentele binding aan de werksituatie hangt af van zaken als het werken in ploegendienst of aan de lopende band, de ongeschooldheid van het werk, de fysieke hinderlijkheid ervan, de mate van onzekerheid wat men precies moet doen, de mate van vrijheid de werkzaamheden zelf te regelen, de arbeidsintensiviteit, de misbaarheid van de persoon, de gedelegeerde verantwoordelijkheid, de duur van het dienstverband.
- c. de sociale binding betreft variabelen als de werksfeer, de onderlinge verhouding en met collega's, boven- of ondergeschikten, de waardering door anderen, het noemen van vrienden onder collega's, de betoonde belangstelling gedurende de ziekte.

De verwachting is dat elk van de genoemde clusters van kenmerken invloed zullen uitoefenen op de bereidheid om de ziekerol te verlaten. Verondersteld wordt dat naarmate de algemene arbeidsorientatie positiever is en/of de mate van instrumentele binding aan de werksituatie groter is en/of de mate van sociale binding groter is, zal de kans op uitstel van de herstelmelding kleiner zijn. Zij vormen positieve prikkels voor een terugkeer tot de arbeidsrol en werken verhogend op de afwezigheidsdrempel. De afwezigheidsbehoefte zal dan geringer zijn.

6. Psychosociale "stress" als variabele.

Een centrale plaats in dit onderzoek neemt in de vraag naar de invloed van veranderingen in iemands leven, plotselinge gebeurtenissen, belastende situaties etc. op het verlengen van de verzuimduur. Van de gedachte wordt uitgegaan, dat het meemaken van min of meer direct ingrijpende gebeurtenissen en het onder invloed staan van langérdurende problematiek(en) een rol zouden kunnen spelen op het ziektegedrag en dan in de vorm van ziekerolgedrag, dat wil zeggen dat een individu op gebeurtenissen en moeilijkheden deels kan reageren door te "vluchten" in de ziekerol of door te persisteren daarin. Daarmee kan de ziekerol vanwege bepaalde voordelen, die daaraan zijn verbonden, gebruikt worden als een antwoord op psychosociale "stress".

Stress is echter een vaag en algemeen begrip, dat vaak in verschillende betekenissen werd gebruikt. Soms werd er een bepaalde toestand van het organisme mee aangeduid, soms een aan gebeurtenissen en situaties toegekende eigenschap en in weer andere gevallen een discrepantie tussen de eisen die de omgeving stelt en de aanpassingscapaciteit van de betrokkene.

Wij willen stress in navolging van Mechanic (1968, blz. 301) definiëren als de gepercipieerde "discrepancy between the demands impinging on a person - whether these demands be external or internal, whether challenge or goal - and the individual's capacity to deal with these demands". In deze definitie staat de discrepantie centraal en wordt het feit benadrukt, dat slechts van stress sprake is, wanneer zowel het organisme als de omgeving in ogenschouw wordt genomen. Daarnaast gaat deze definitie uit van een zeker evenwicht tussen het organisme en de omgeving en is er zowel sprake van een evenwichtsverstoring wanneer de eisen de capaciteiten te bovengaan als wanneer de capaciteiten de eisen overtreffen. Ook Aakster (1971) spreekt van het optreden van discrepanties ten gevolge van het streven van het organisme naar doelen, waarin het wordt geremd door eisen in de omgeving, de mogelijkheden in de omgeving en de eigen mogelijkheden. Stress is bij hem een externe kracht die leidt of wordt verwacht te leiden tot een evenwichtsverstoring op een essentiële variabele van het systeem (bijv. de zelfachting). De toestand van het organisme, die het gevolg kan zijn van stress wordt aangeduid met de term strain. Het is een kenmerk van de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van een individu. Karakteristiek voor een stress-toestand is in fysiologische termen, een vergroting van de bijnierschors, een hoge activiteit van de thymusklier en een hoog metabolisch evenwicht. De term "General Adaptation Syndrome" van Selye (1951) is hierop van toepassing. Op psychologisch niveau betreft het vooral gevoelens van angst, spanning, hopeloosheid, hulpeloosheid en onrust (Dirken, 1969; psychobiologische stress-toestand; Engel (1968): giving up - given up syndroom). De definities van stress en strain impliceren dat aan gebeurtenissen en situaties slechts het predikaat "stress-vol" kan worden toegekend als de betrokkene strain manifesteert naar aanleiding van de gepercipieerde discrepantie (=stress) tussen de omgeving, waarin hij verkeert en zijn capaciteiten om daarmee om te gaan. Het verdient volgens Ormel (1975) de voorkeur te spreken van het stress-inducerend vermogen van gebeurtenissen en van situaties, te definiëren als het percentage mensen uit een grote steekproef, dat naar aanleiding van bepaalde gebeurtenissen stressverschijnselen vertoont; aldus kunnen een aantal gebeurtenissen geordend worden naar de mate van voorkomen en intensiteit van stress-reacties.

Hierboven hebben we gezegd dat ziektegedrag gezien kan worden "as part of a coping repertoire, an attempt to make an unstable challenging situation more manageable for the person, who is encountering difficulty" (Mechanic, 1966).

Toch is de rol van de emotionele stress als reactie op gebeurtenissen en problemen met betrekking tot ziektegedrag niet geheel duidelijk en in ieder geval zeer complex.

Uit sommige onderzoeken blijkt het begin van vele chronische ziekten als diabetes, reumatische arthritis en multiple sclerose frekvent geassocieerd te zijn met emotionele stress. Anderen benadrukken de rol van omgevingsstress en levenscrises in de ontwikkeling van tuberculose en hart- en vaatziekten. Weer anderen wijzen op een speciaal soort van emotionele stress namelijk het verlies van steun en de scheiding van een belangrijke ander, die zou leiden tot de reactie van overgave en van hulpeloosheid die een factor van betekenis kan zijn in de eerste fase van leukemie, van psychiatrische ziekte en misschien van ziekte in het algemeen.

Hoe dan ook, er bestaan kennelijk nauwe relaties tussen iemands levensfase en huidige sociale omgeving, zijn percepties van en zijn reacties op deze omgeving en zijn ziekte. Kasl en Cobb (1966) vragen zich af of die stress nu invloed heeft op de ziekte zelf, of op ziektegedrag. Er zijn een aantal onderzoeken waarin de relatie tussen stress en ziekte ondubbelzinnig is vastgesteld.

Het is evenwel ook mogelijk dat het psychologisch ongemak wat iemand ervaart, (a) "increases the importance of health matters (b) increases the perceived susceptibility (c) makes the consequences of disease look more threatening".

Emotionele stress zou van daaruit gezien alleen vooraf gaan aan het ziektegedrag en niet aan ziekte als zodanig; het kan iemand gevoelig maken voor reeds bestaande symptomen en direct zijn beslissing kunnen beïnvloeden om medische zorg te zoeken, dat betekent dat het verlagend zou kunnen werken op de ziektedrempel. Stress zou daarmee dus rechtstreeks de perceptie veranderen van bestaande symptomen, op grond waarvan iemand zich als ziek of nog steeds ziek, of zelfs zieker kan definiëren. Het is misschien zelfs de vraag of wij moeten spreken van een of-of situatie wat betreft ziekte of ziektegedrag.

Aakster (1971) beschrijft de samenhangen als volgt: "Psychosociale stress kan leiden tot ziekte (a), verergering van ziekte (b) en/of tot vertraagd herstel (c), dan wel tot een medisch consult (d). Ook is het volgens hem mogelijk dat de ziekte zelf leidt tot psychosociale stress bijvoorbeeld in geval van een mutilerende operatie. In wezen wordt hiermee het onderscheid tussen ziekte en ziektegedrag verlaten. Het kan leiden tot beide.

Op basis van de onderzoeken naar de invloed van "life events", gemeten m.b.v. een vaste lijst van gebeurtenissen, die als stressvol worden beschouwd komen Wyler et al (1971) tot de conclusie dat "these life events assume etiologic significance by evoking attempts as adaptation which are often accompanied by psychophysiological reactions.

These alterations in bodily function may lead, in turn, to dysfunction, tissue damage and discomfort. In addition, such psychophysiological changes may render the body vulnerable to a variety of noxious or pathogenic environmental agents and thus allow the emergence of disease which might otherwise have been resisted". Hoe groter de levensverandering of de adaptieve noodzaak des te groter de verstoring van lichaamsfunctie, des te groter de kwetsbaarheid voor of lager de weerstand tegen ziekte. Er bestond in tegenstelling tot de acute infectie vooral een positieve samenhang tussen chronische ziekte en "life change".

Kagan en Levi (1974) gaan in hun overzichts-artikel diepgaand in op de vraag naar de relatie tussen omgeving en gezondheid. Zij concluderen dat psychosociale stimuli wel fysiologische veranderingen veroorzaken, die zouden kunnen leiden tot een mentale of geestelijke dysfunctie en tot ziekte in de zin van onvermogen tot verrichten van een taak (handicap, invaliditeit). Het is echter onbekend onder welke omstandigheden dat geschiedt. Het is volgens deze auteurs waarschijnlijk te achten dat psychosociale stimuli de gezondheid ook kunnen beïnvloeden door het vertragen van het herstel en het verergeren van de mate van invaliditeit, wat de etiologie van de primaire ziekte ook was geweest.

In het algemeen worden psychosociale stimuli geacht het organisme aan te tasten via het centrale zenuwstelsel. Het is bekend dat een tekort of een overmaat aan prikkels - plezierige zowel als onplezierige - de frekwentie of intensiteit van het stereotype fysiologisch stress-response patroon (zoals gedefinieerd door Selye) doet toenemen. Vermoed wordt dat indien een dergelijke patroon lang genoeg blijft bestaan, het pathogeen kan zijn. Mechanic (zie Dohrenwend et al 1974) laat zich nogal pessimistisch uit over de resultaten van de onderzoeken van de relatie stress en ziekte. Volgens hem heeft men teveel met elkaar verward lichamelijke condities en gedrag. Het is volgens hem niet onredelijk te denken dat "much of the association found between life events and illness is explainable in terms of manipulating illness definitions for the benefits they deliver". Hij wijst o.a. op het werk van Imboden et al (1959) die suggereren dat depressieve gevoelens verstrengeld kunnen raken met de symptomen van infectieziekten hetgeen kan resulteren in chroniciteit. Het normale verloop van een infectieziekte als influenza en brucellosis vertoont klachten van moeheid, interesseloosheid, gebrek aan energie en een aantal andere somatische symptomen. Soortgelijke symptomen treden ook op bij depressie en andere emotionele ellende. De overeenkomst maakt het voor de patient aannemelijk dat toe te schrijven aan het optreden van de ziekte en nadat de infectie niet langer objectief evident is, aan het voortduren van de ziekte.

Het bovenstaande verwijst tevens naar het nuttige onderscheid dat gemaakt moet worden tussen "oorzaken" die verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van een bepaalde toestand en die welke het gebrek aan herstel bewerkstelligen.

Hierbij speelt nog het probleem dat eigenlijk niet bekend is welke "life events" leiden tot welke gezondheidsstoornissen. De invloed lijkt bij de huidige stand van zaken specifiek te zijn in ieder geval wat de somatische ziektebeelden aangaat; met betrekking tot psychiatrische syndromen lijken de verbanden geprononceerder wat betreft het type event. Vooral bij depressieve syndromen lijkt vast te staan, dat zogenaamde "verlies"-gebeurtenissen (zoals de dood van een levenspartner) een belangrijke rol spelen in het ontstaan (Paykel et al 1969, Brown 1974).

Engel (1963) karakteriseert de psychologische toestand tengevolge van stress als het "giving up - given up" complex.

Het behelst een emotionele reactie op uitwendige omstandigheden, waarin depressieve gevoelens de boventoon voeren: "geen uitweg meer zien, in een impasse verkeren, er niet meer tegenop kunnen" etc.; gevoelens vooral van hulpeloosheid (onmacht) en hopeloosheid. Het bestaat verder uit minderwaardigheidsgevoelens, een verlies van bevrediging in de relaties met de omgeving en betekent dikwijls een reactivering van de herinnering aan vroegere perioden van dysfunctioneren. Een dergelijke conditie kan volgens Engel bijdragen tot het ontstaan van ziekte. Het vormt echter niet een noodzakelijke of voldoende voorwaarde voor de ontwikkeling van ziekte. Het zou ons inziens wel een relevante faktor kunnen zijn in het ten toon spreiden van ziektegedrag en ziekerolgedrag.

In de benadering van het begrip "life event" heeft men zich verschillend opgesteld (zie ook de volgende paragraaf). Aan de ene kant treft men onderzoekers aan die uitgaan van de hoeveelheid verandering, die een gebeurtenis te weeg brengt, ongeacht de sociale of persoonlijke wenselijkheid ervan. Verondersteld wordt dat de verandering aanpassing vraagt wat op zichzelf schadelijk is voor het organisme als de eisen toenemen. Aan de andere kant gaat men veel meer uit van cognitieve stress-theorieën die de nadruk leggen op de percepties van bedreiging van de psychische integriteit van verlies van zelfachting etc. In deze benadering nemen intervenierende psychologische variabelen een centrale plaats in. Het is vooral de "threat"-conceptie van stress waarvoor in het kader van dit onderzoek wordt gekozen, al zal het aspect van verandering niet worden veronachtzaamd. Het is immers denkbaar dat een gebeurtenis mede vanwege de verandering een sterke bedreiging vormt. De mogelijkheid is evenwel aanwezig dat een gebeurtenis met geen of weinig verandering wel "threat" heeft. Het kan immers niet zo zijn dat wij in deze onderzoeksopzet het ontstaan van ziekte zouden kunnen bestuderen. Binnen ons kader kunnen we wel veronderstellen dat psychosociale stress kan leiden tot een vertraagd herstel op grond van een toename van ziektegevoelens omtrent de oorspronkelijke aandoening en mogelijk op grond van bijkomende klachten in de trant van het giving up - given up complex. Er zal dus vermoedelijk eerder sprake zijn van een invloed op de subjectieve afwezigheidsnoodzaak (de zgn. ziektedrempel) dan op de objectieve afwezigheidsnoodzaak.

De patient zal derhalve zich nog te ziek voelen en heeft nog te zeer behandeling en verzorging nodig dan dat hij het werk weer zou kunnen hervatten. In deze context hebben we het nog over ziektegedrag. De "stress"-variabele is echter een zeer gecompliceerd samengestelde variabele: aan de ene kant gebeurtenissen, aan de andere kant langerdurende moeilijkheden: enerzijds betrekking hebbend op werksituatie, anderzijds op de gezinssituatie; het kan macro-structurele elementen omvatten als bijvoorbeeld het bericht van ontslag ten gevolge van sluiting van het bedrijf; doch ook het meemaken van een ongeluk van een eigen kind valt er onder. Echter vanwege deze heterogeniteit kunnen we tevens verwachten dat psychosociale stress ook van invloed is op het afwezigheidsgedrag. Het bovengenoemde voorbeeld van de feitelijkheid van ontslag zal ongetwijfeld ook verlagend inwerken op de hoogte van de afwezigheidsdrempel in de zin van dat de patientenrol voorlopig aantrekkelijker wordt geacht dan de arbeidsrol; het etiket van werkloze is waarschijnlijk sociaal onwenselijker dan dat van ziekte vanwege allerlei morele implicaties; de behoefte om afwezig te zijn zal er zeker niet kleiner door worden.

Het probleem van het cumulatieve effect van gebeurtenissen en moeilijkheden is eigenlijk nog onoplosbaar. Over het construeren van een of andere sterkte-duur curve valt nog nauwelijks te speculeren. De hoogte van de som score hangt blijkens onderzoek wel samen met gezondheidsstoornis, maar de relatie is niet overtuigend, doch wel consistent in de studies, waarin gewerkt wordt met een vaste screeningslijst (Holmes etc.). In de onderzoekingen van Brown (1974) is het vooral het voorkomen van ernstige gebeurtenissen, die van invloed zijn op de kans op een (psychische) gezondheidsstoornis; het aantal gebeurtenissen van minder ernstige aard en zelfs het feit dat meerdere ernstige gebeurtenissen plaatsvonden droegen weinig bij tot een grotere kans. Pas achteraf zal hierover duidelijkheid kunnen worden verkregen. Als gemeenschappelijke noemer waaronder de gebeurtenissen en problemen zullen worden gebracht, zal zijn de mate van dreiging voor het individu van de psychische integratie. Daarop heeft het begrip stress-inducerend vermogen betrekking. Op grond van het bovenstaande mogen we verwachten dat de psychosociale stress of anders geformuleerd de psychosociale factoren via de genoemde drempels van invloed zullen zijn op de binding aan de zieke- respectievelijk arbeidsrol.

Het is echter ook denkbaar dat psychosociale stress rechtstreeks werkt op het verlengen van het arbeidsverzuim dus zonder directe beïnvloeding van het subjectieve onwelbevinden of ziektegevoel. De beslissing tot werkhervatting hangt deels af van het oordeel van de daartoe bevoegde deskundige. De arts kan er toe besluiten de patient niet het werk te laten hervatten op grond van de andere omstandigheden van de betrokkene.

De aandoening zal dan van weinig betekenis zijn. De verzuimnormen en maatschappelijke opvattingen van de arts zelf zullen dan een veel belangrijker rol spelen. Men denke in dit verband aan de arbeidsongeschiktheid van veel mijnwerkers; of aan informele regels binnen het medisch systeem zelf om oudere werknemers met bepaalde beroepen zonder verdere screening een blijvende uitkering toe te kennen. Verondersteld kan nu worden dat naarmate het (totale) stress-inducerend vermogen tengevolge van gebeurtenissen en/of tengevolge van langerdurende moeilijkheden groter is, de kans op uitstel van de herstel melding groter zal zijn.

7. Operationalisering van het begrip "stress" ofwel de psychosociale factoren.

In de afgelopen 10 à 15 jaar hebben verschillende onderzoekers de relatie tussen "stressfull life events" en gezondheidsstoornissen (zowel somatische als psychische afwijkingen) onderzocht. Veel aandacht is besteed aan de ontwikkeling van instrumenten om het stress-inducerend vermogen van gebeurtenissen en chronische moeilijkheden te meten. Verschillende methoden zijn toegepast, waarvan we enkele hieronder willen bespreken.

- A. Een veelgevolgde werkwijze is het opstellen van lijsten met een aantal gebeurtenissen om deze vervolgens voor te leggen aan een groep respondenten. Verschillende versies van deze methode zijn in het verleden toegepast.
- 1. Eén van de bekendste vormt de "Schedule of Recent Experiences" (SRE) van Holmes en Rahe, destijds verbonden aan de psychiatrische universiteitskliniek van Washington. Tot het begin van de jaren '60 had het onderzoek alleen informatie opgeleverd over het aantal en de typen van gebeurtenissen. Een vergelijking tussen groepen van mensen met veel en weinig gebeurtenissen was riskant, omdat onbekend bleef hoe zwaar de afzonderlijke "events" gewogen moesten worden: bijvoorbeeld de plotselinge dood van de echtgenoot staat in geen vergelijking met een voorval als een beenbreuk. Daarom zocht men naar wegen om de ernst van de gebeurtenissen te schatten.

Holmes en Rahe (1967) stelden een nieuwe lijst van gebeurtenissen op, die in totaal 43 "life events" bevatte en die zij de "Social Readjustment Rating Scale" (SRRS) noemden. De items van deze schaal waren voornamelijk ontleend aan klinische ervaringen; sinds 1949 was bij meer dan 5000 patienten de periode vlak voor het uitbreken van een ziekte onderzocht op het vóórkomen van gebeurtenissen en veranderingen in het gewone levenspatroon. Globaal zijn twee categorieën van items in de lijst te onderscheiden, namelijk die welke indicatief zijn voor iemands levensstijl en die welke vooral betrekking hebben op toevallige gebeurtenissen. Ze raken de gezinssamenstelling, het huwelijk, het beroep, de huisvesting, de relatie met vrienden en kennissen, de opleiding, de godsdienst, de recreatie en de gezondheid.

Slechts sommige daarvan zijn negatief of "stress"-vol in de gewone betekenis van het woord. De meeste zijn sociaal gezien wenselijk en in overeenstemming met de Amerikaanse waarden van prestatie, succes, materialisme, efficiëntie, toekomst-orientatie etc.

Gemeenschappelijk aan alle opgesomde gebeurtenissen is het kenmerk dat het optreden van elk gewoonlijk een adaptieve of "coping" reactie van de persoon vraagt. Ieder item is zodanig geformuleerd dat het een "life event" bevat welke een significante verandering betekent in de dagelijks handel en wandel van het individu. De nadruk bij Holmes en Rahe ligt op de verandering van een bestaande gelijkmatige toestand en niet op de psychologische betekenis of de emotie.

Om aan de weet te komen hoeveel verandering iedere gebeurtenis afzonderlijk veroorzaakte bij de gewone burger, legden beide onderzoekers de lijst voor aan een steekproef van 394 personen. Deze moesten beoordelen de "social readjustment" van elke gebeurtenis. Dat hield in de hoeveelheid en de duur van de verandering in iemands normale levenspatroon, ongeacht de wenselijkheid van de gebeurtenis. Als richtsnoer werd aan het huwelijk de arbitraire waarde toegekend van 500. Al naar gelang elke andere event meer of minder aanpassing vereiste dan het huwelijk moest daaraan een even zoveel hoger of lager aantal punten worden toegekend.

Zodoende werd voor elke gebeurtenis een gemiddelde score verkregen die dus aangaf hoeveel verandering een bepaalde event met zich meebracht bij een gemiddeld individu: de zogenaamde Life Change Unit Score (LCU-score). Het totaal van de verschillende LCU scores van meegemaakte voorvallen vormden dan een indicatie van de ondervonden verandering in een bepaalde periode. De uiteindelijke scores van de events varieerden van 100 (dood van levenspartner), 50 (het huwelijk) tot 11 (kleine wetsovertredingen).

Het bleek dat de consensus tussen verschillende subgroepen van de steekproef (zoals mannen versus vrouwen, gehuwden versus ongehuwden etc.) hoog was wat betreft de relatieve rangorde der items en de grootte van de gemiddelden van de items. De correlatie coëfficiënt (Pearson's r) tussen de onderscheiden subgroepen lagen vrijwel alle boven de 0.90 met uitzondering van die tussen blanken en negers ($r=0.82$). Ook in cross-culturele studies bleek er hoge overeenstemming tussen verschillende nationaliteiten te bestaan (Masuda en Holmes, 1967).

Recentelijk heeft Rahe o.a. de SRE nogmaals herzien en wel op de volgende punten: 1) het aantal items is uitgebreid tot 55, 2) de omschrijving van de gebeurtenissen is hier en daar wat gewijzigd en 3) de mogelijkheid werd geschapen om het subject zelf te laten aangeven hoeveel verandering elk van de door hem beleefde gebeurtenissen teweeg heeft gebracht (Dohrenwend en Dohrenwend, 1974).

Een en ander is ons inziens geen wezenlijke verandering in de methode (wel in naam overigens: de nieuwe vragenlijst heet nu de "Recent Life Change Questionnaire")

2. De ontwikkeling van de "Schedule of Recent Experiences" voldeed niet aan ieders verwachtingen. Een tweetal onderzoekers, Cochrane en Robertson uitten een aantal bezwaren tegen het gebruik ervan (Cochrane en Robertson, 1973).
 - a) vele items van de SRE waren niet volledig geschikt voor een algemene maat van recente "life stress". Sommige waren erg triviaal (bijv. kerstmis). Andere waren alleen relevant voor een kleine groep mensen (zoals "major business readjustment"). Weer andere waren dubbelzinnig zoals een belangrijke verandering in financiële toestand, zonder daarbij aan te geven of het een vooruitgang of een achteruitgang betrof.
 - b) De SRE was in het geheel niet alomvattend of consistent. De indruk bestond dat naast klinische ervaring systematisch onderzoek gedaan zou moeten worden naar de aard van stress-volle gebeurtenissen op grond waarvan waarschijnlijk nog andere items toegevoegd konden worden.
 - c) De gewichten die aan de gebeurtenissen werden toegekend, waren ontleend aan steekproeven uit de bevolking en niet aan patiënten of anderen die vermoedelijk veel meer ervaring hebben gehad met de hoeveelheid stress van dergelijke gebeurtenissen.

Cochrane en Robertson gingen als volgt te werk: zij leidden een gewijzigde versie van de SRE voor aan een groep van 125 opgenomen psychiatrische patiënten. Na invulling van deze lijst werd hen nog gevraagd naar het vóórkomen van andere gebeurtenissen met het verzoek zoveel mogelijk te rapporteren. Zodoende kwamen de beide onderzoekers op een totaal van 59 events, die zij ter beoordeling voorlegden aan studenten, psychiaters, psychologen en patiënten. Zij moesten op een schaal van 1 tot 100 beoordelen de hoeveelheid "turmoil, upheaval and social readjustment that would follow each of the events". Evenals bij Holmes en Rahe werd het huwelijk een vaste score van 50 toegekend.

Zo ontstond de "Life Events Inventory" (LEI) die door hen geschikt geacht werd voor alle groepen van de bevolking. Uiteindelijk omvatte dit instrument 55 items waarvan achttien waren overgenomen uit de SRE. De lijst was opgesplitst in 3 delen: één die door iedereen ingevuld diende te worden; verder één voor de (ooit) gehuwden en één voor degenen die nooit gehuwd geweest waren. De hoogste score (86) was gegeven aan het item van dood van echtgenoot of echtgenote en de laagste betrof het feit van nieuwe burens (18).

Ook hier was de overeenstemming tussen de groepen van beoordelaars hoog. De auteurs beschouwden de LEI niet alleen als een aanvulling op het klinische interview, maar tevens als een gestandaardiseerde maat van de hoeveelheid stress-inducerend vermogen die aanwezig is in ienands onmiddellijke omgeving.

Het instrument is er niet zozeer op gericht alleen onplezierige ervaringen te meten, maar veeleer op de mate van verwarring, waarin iemand is geraakt. Daartoe kunnen zowel plezierige als onplezierige gebeurtenissen bijdragen. Als evidente voordelen van de LEI boven de SRE noemen Cochrane en Robertson de uitgebreidheid, de grotere consistentie en het feit dat de gewichten ontleend zijn aan mensen die er ervaring mee hebben gehad.

3. Een derde variant van deze methode kan men aantreffen bij een groep van onderzoekers uit Chicago en New Haven, die vanuit een andere gezichtshoek te werk gingen. Het ging ook hen om de belangrijkheid van een bepaalde gebeurtenis, die via een andere schaal-methode werd gemeten (Paykel e.a. 1971). De door hen geselecteerde "events" waren voornamelijk ontleend aan de SRE, doch met aanzienlijke wijzigingen het totaal bedroeg nu 61 gebeurtenissen waarvan de omschrijving meer was aangepast aan personen uit de lagere sociale strata. Verder waren items weggelaten als een verandering van slaapgewoonten die als een psychiatrisch symptoom opgevat konden worden. De personen, aan wie de lijst ter beoordeling werd voorgelegd waren psychiatrische patienten, deels gehospitaliseerd deels ambulante in behandeling. Men werd verzocht de "events" te evalueren naar de mate van verdriet of ontsteltenis, verwarring ("upset") die teweeg werd gebracht. Dat diende te geschieden op een interval-schaal (in plaats van een ratio schaal) die opliep van 0 tot 20 zonder een vast referentiepunt.

De gemiddelde scores varieerden van 19.33 in geval van de dood van een kind tot 2.94 bij het huwelijk van een kind dat geschiedde met toestemming van de respondent. De events die laag waren gescoord bleken van tweeerlei aard te zijn: enerzijds behoorlijke veranderingen die echter gewenst waren zoals een geplande zwangerschap, anderzijds relatief triviale gebeurtenissen die weinig geringe verandering of onwenselijkheid impliceerden zoals niet ernstige somatische ziekten of kleine wetsovertredingen. De auteurs hanteerden in hun opzet vooral het begrip "upset". Het ging hen om de subjectieve verwarring en schok veroorzaakt door de gebeurtenis. Zij kozen meer voor de idee van dreiging van de gebeurtenis dan voor het veranderingaspect ervan. Een "event" met weinig verandering kan zeer bedreigend zijn. Terwijl Holmes en Rahe meer geïnteresseerd zijn in somatische ziekten, hebben Paykel c.s. meer belangstelling voor psychische stoornissen (depressie, schizofrenie). De consistentie in antwoorden van de verschillende sociale groeperingen (ouderen versus jongeren, blank versus zwart, katholiek versus protestant, gehuwden versus ongehuwden) bleek ook met deze lijst zeer hoog. De correlaties bereikten het niveau van 0.98 en hoger.

De auteurs hadden 2 soorten formulieren gebruikt die van elkaar verschilden in ordening van de "events".

Nu bleek dat bij gebruik van het formulier , waar eerst de ernstige gebeurtenissen werden opgesomd, zoals de dood van een ouder of een kind, de overige "events" gemiddeld een lagere score toegekend werd. Ook het feit dat een respondent een event in het voorafgaande jaar had meegemaakt, had invloed op de scoring: het resulteerde in het toekennen van hogere scores aan het desbetreffende item. Verder bleken gehospitaliseerde patiënten gemiddeld hoger te scoren dan ambulante patiënten.

- B. Een op wezenlijke punten afwijkende methodiek wordt toegepast door o.a. Brown, hoogleraar in de sociologie aan het Bedford College te Londen (Brown, 1968, 1973). Zijn voornaamste kritiek was gericht op de validiteit van de bovengenoemde schalen, zoals de SRE van Holmes en Rahe. Bovendien meende hij dat er te weinig rekening werd gehouden met de individuele omstandigheden van de persoon en de betekenis, die een gebeurtenis kan hebben voor de betrokkene. Alvorens op de door hem geformuleerde kritiek in te gaan eerst iets over zijn werkwijze.

In de eerste plaats wordt de respondent niet een lijst met "events" voorgelegd. De onderzoeker tracht in een gesprek, de gebeurtenissen op te sporen, die iemand heeft meegemaakt in een bepaalde periode. Dit gesprek heeft de vorm van een semi-gestructureerd interview, waarin door middel van vaste vragen een aantal levensgebieden, zoals dat van de gezondheid, van de interactie met anderen, van de werksituatie en van de woonomstandigheden wordt afgetast op het vóórkomen van "events". In de tweede plaats is wat als een gebeurtenis wordt opgevat niet afhankelijk van het oordeel van de respondent maar van de onderzoeker. Brown hanteert als definitie van een "event" elke gebeurtenis die op basis van gezond verstand waarschijnlijk emotioneel belangrijk is voor veel mensen. Het ging daarbij om gebeurtenissen die een gevaar of een significante verandering in gezondheid, status of levenspatroon impliceerden ofwel die dat potentieel in zich droegen. De "events" moesten in de tijd dateerbaar zijn. Hij had een groot aantal categorieën ontworpen, waarin de gebeurtenissen nadien konden worden geklassificeerd: drie zeer globale indelingen waren die van de rolverandering, de gezondheid en de interactie veranderingen. Verder is van te voren vastgelegd, welke personen in de naaste omgeving van het subject worden meegerekend. Over het algemeen worden alleen die gebeurtenissen tevens in aanmerking genomen die overkomen zijn aan de direkte familie van het subject, levenspartner en de eigen kinderen. Alleen in bijzondere gevallen wordt een uitzondering gemaakt bijvoorbeeld zoals de dood van een neef, indien het subject er bij aanwezig of direkt betrokken is geweest.

Een essentieel onderdeel van het gesprek vormt voorts de nadruk die gelegd wordt op de omstandigheden waarbinnen een gebeurtenis plaatsvindt: In hoeverre is de persoon voorbereid op de gebeurtenis en erná? etc.

Zodoende werd uitgebreid informatie verzameld over de kontekst en de gevolgen ervan voor de respondent. De subjectieve reacties kwamen eveneens ter sprake: niet alleen wat betreft zijn gevoelens (angst, boosheid, depressiviteit) maar ook een stuk feitelijk gedrag om de gebeurtenissen het hoofd te bieden (hulp zoeken bijvoorbeeld). Mede op grond hiervan werd nagegaan in hoeverre een gebeurtenis door de respondent zelf teweeg is gebracht of niet. Belangrijk was in dit geval de vaststelling of een event onafhankelijk van het handelen van de betrokkene had plaats gevonden m.a.w. of iemand door zijn eigen gedrag bepaalde zaken zelf heeft veroorzaakt of niet: Een nogal belangrijk punt als het gaat om een causale relatie tussen ziekte en gebeurtenissen. Vandaar ook de zo exact mogelijke datering in de tijd waarbij als eventuele hulpmiddelen worden aangewend de officiële feestdagen, het tijdstip van de vakantie, of de verjaardag van de respondent.

Het verzamelen van "achtergrond"-informatie diende het doel een weging tot stand te brengen van de ernst van de gebeurtenis. Een dergelijk oordeel moest naar de mening van Brown in aanmerking nemen de omstandigheden, de kontekst waarbinnen het gebeuren had plaatsgevonden. Een voorbeeld kan dit verduidelijken: de dood van een vader, met wie al jaren vanwege een ruzie geen contact meer is geweest, komt anders aan dan de dood van een ouder met wie de betrokkene dagelijks een goede relatie onderhoudt: evenzeer is de dreiging die uitgaat van een ongewild ontslag met weinig vooruitzichten op ander werk in een tijd van recessie geheel verschillend van die welke berust op een persoonlijke beslissing en welke gevolgd wordt door een nieuwe betere baan.

Brown en zijn medewerkers trachtten de gebeurtenissen onder één noemer te brengen naar de mate van dreiging van gevaar, van verlies. Een soortgelijke conceptie kwamen we ook tegen bij Paykel, over wie hierboven is gesproken. Achteraf werd dus aan een panel van beoordelaars (sociologen, psychiaters) de vraag voorgelegd hoeveel dreiging ("threat") deze of die gebeurtenis had gezien de omstandigheden. Daarbij werden in eerste instantie buiten de discussie gehouden de persoonlijke reacties van de respondent. Het oordeel berustte alleen op de meer "objectieve" informatie. Bovendien is een onderscheid gemaakt in de duur van de dreiging: de dreiging op korte termijn gold voor de eerste week, die op lange termijn welke er nog vanuit ging na die 7 dagen. Op een 4 puntsschaal werd een differentiatie aangebracht in de hoeveelheid "threat". Resumerend kunnen we zeggen dat de methode Brown zich door het volgende kenmerkt.

- a) geen vaste lijst van gebeurtenissen, maar een semi-gestruktiseerd interview, waarin uiteindelijk door de onderzoeker bepaald wordt wat van hetgeen door de proefpersoon werd genoemd als "event" wordt opgevat.

- b) vastlegging van individuele omstandigheden en persoonlijke reacties.
- c) zo exact mogelijke informatie over het tijdstip van begin van ziekte en van gebeurtenissen.
- d) gebruikmaking van beoordelaars die gezamenlijk en volgens de algemene culturele opvattingen achteraf de mate van dreiging of ernst van de gebeurtenis vaststellen.

Bovendien onderzocht Brown niet alleen de "life events", doch tevens de "chronic difficulties", de langerdurende moeilijkheden en problemen die iemand ervoer. In wezen speurde hij hiermee naar de chronische psychosociale stressoren, waarvan de invloed zeker niet buiten beschouwing mocht blijven. Hij definieerde de "long term difficulties" als problemen, die minstens 2 maanden moesten hebben bestaan.

Het zijn onplezierige en moeilijke omstandigheden in iemands leven die kunnen liggen op terreinen als de huisvesting, de financiën, het werk, de kinderen en het huwelijk. Primair dient de langdurige moeilijkheid betrekking te hebben op een objectieve situatie, op iets dat onafhankelijk van de beleving of het oordeel van de respondent bestaat en is op te sporen. Los daarvan kan gevraagd worden naar de gevoelens en de reacties van de respondent naar aanleiding ervan. Ook hier vindt de beoordeling van het stress-inducerend vermogen van de langdurige moeilijkheid - "objective severity of threat" - plaats op grond van de bijzondere positie of omstandigheden van de respondent. Er zijn verschillende overwegingen, die ons deden besluiten te kiezen voor de methode "Brown".

Hoewel alle genoemde werkwijzen de meegemaakte stress op objectieve wijze, d.w.z. los van de beleving van de respondent trachten te meten, verdient de methode "Brown" de voorkeur, omdat zij rekening houdt met de individuele kontekst van elke gebeurtenis of probleem en omdat de respondent niet zelf bepaalt wat hij als gebeurtenis zal opgeven. Wat dat laatste betreft, kan men denken aan een item van de SRRS als "belangrijke verandering in gezondheid van een familielid". De maatstaven om vast te stellen wat als belangrijk in dit geval moet worden opgevat zijn door de onderzoeker opgesteld, die bij iedere soortgelijke gebeurtenis opnieuw worden aangelegd. Dat wordt niet overgelaten aan de respondent, om aldus te voorkomen dat iemands persoonlijkheid of iemands stemming op het moment van het interview dat oordeel gaat beïnvloeden. Achteraf nemen beoordelaars de beslissing of er sprake is van een "event" en hoe bedreigend of ernstig die is. Uit oogpunt van validiteit lijkt deze methode de meest geschikte operationalisering van het stress-inducerend vermogen van gebeurtenissen en moeilijkheden. Een nadeel is het tijdrovende karakter daarvan en de eisen die moeten worden gesteld aan de ervaring van de interviewer.

8. Het omgaan met stress-situaties (het zgn. coping-vermogen)

Het meemaken van veel ellende en het leven in allerlei opzichten als een last ervaren zijn toch vaak twee verschillende zaken.

Op welke wijze mensen reageren op veranderingen, ontwikkelingen, gebeurtenissen en problemen, hoe zij aan deze stress-veroorzakende situaties het hoofd bieden en hoe zij meester blijven over zichzelf en hun omgeving zijn kwesties die verwijzen naar het begrip "coping"-vermogen. Volgens Van Es (1975) wordt de term "coping-behavior" doorgaans op twee manieren gebruikt; in de eerste plaats om het gedrag in en als reactie op een probleemsituatie (of een situatie waarvan men aanneemt dat het een probleemsituatie is) aan te duiden; daarnaast wordt er mee bedoeld de algehele aangepastheid of de psychische gezondheidstoestand van het individu. Het is vooral de eerste betekenis die hier centraal staat. Het begrip "coping"-vermogen, zoals het wordt gehanteerd, doelt op de kwaliteit of de effectiviteit van een aantal "coping"-gedragingen van de persoon. Door te spreken over vermogen hebben we het over een eigenschap van een persoon, een persoonlijkheidskenmerk.

Het begrip "coping" is op velerlei manieren gedefinieerd en toegepast in de psychologische literatuur. Het is vooral in verband gebracht met studies van mensen in crisissituaties (examens, huwelijk, belangrijke chirurgische ingreep, dood van ouders, natuurrampen etc.). Hoe reageren mensen onder dergelijke omstandigheden, hoe verloopt het proces van aanpassing, hoe effectief was het gedrag in termen van het bewaren van emotioneel evenwicht, van arbeidsgeschiktheid, van zelfacceptatie en van het functioneren in sociale groepen. "Coping" is in deze zin als een synoniem te beschouwen van "adjustment", van een succesvolle aanpassing op individueel niveau.

In tegenstelling tot "real life stress" heeft men veel gedrag in experimentele situaties, waarin sprake was van een "short term single" stimulus ook als "coping"-gedrag geëtiketteerd. Hiervan zegt Mechanic (in Coelho et al, 1974) "the picture of adaptation that emerges from the literature is one that depicts man as reactive and individualistic and his mode of coping as largely intrapsychic".

Er zijn goede redenen om aan te nemen dat psychologische stress niet alleen een resultante is van de persoon of van de situatie, maar dat de verklaring grotendeels gezocht moet worden in een interactie tussen beide.

Lelman (1972) maakt in zijn artikel "an empirical note on the transactional model of psychological stress" duidelijk dat een hoge stress response met name verklaard kan worden vanuit een samengaan van individuele en situationele factoren. Het effect van die factoren is, zoals de auteur betoogt, niet alleen additief, maar ook elkaar potentierend wat betreft het uiteindelijke resultaat (multiplicatief).

Een analoge redenering volgden Endler, Hunt en Rosenstein (1962, zie ook Endler, Hunt 1966). In een discussie over de vraag óf individuele verschillen óf situaties de belangrijkste bron van variatie in het gedrag vormen, komen zij tot de slotsom dat het hier een schijnkwestie betreft. Noch het één noch het ander blijkt van doorslaggevende betekenis te zijn in de verklaring van de variantie. De volgende eenvoudige interacties namelijk a. persoon - situatie; b. persoon - alternatieven en situatie - response - alternatieven namen in hun onderzoek bijna eenderde van de variatie voor hun rekening.

In de recente literatuur over "coping and adaptation" (Coelho, Hamburg en Adams, eds., 1974) bespeurt men dezelfde tendens. Ook Lazarus, Averill en Opton (zie Coelho et al 1974) zijn de mening toegedaan - ter correctie van vroeger ingenomen standpunten - dat teveel onderzoek is verricht naar algemene tendenties "to engage in one or another of these defenses", waarbij vooral de situatie nogal eens is veronachtzaamd. Zij concluderen dat de term "coping" voor alle mogelijke vormen van adaptief gedrag is gebruikt. Coping wordt door hen nu omschreven als "problem-solving efforts made by an individual when the demands he faces are highly relevant to his welfare (that is, a situation of considerable jeopardy or promise) and when these demands tax his adaptive sources. Such a definition does several things; first, it emphasizes the importance of the emotional context in coping; second, it allows inclusion of both the negative or stress side of emotion, as well as the positive side of potential fulfillment or gratification; third, it recognizes the overlap between problem solving and coping; and fourth, it emphasizes adaptive tasks that are not routine or automatized, that is, those in which the adaptive outcome is uncertain and in which the limits of the individual's adaptive skills are approached". Deze definitie plaatst coping niet meer uitsluitend in een intrapsychisch veelal angst-reducerend interpretatiekader. Er wordt ruimte gelaten voor cognitieve en gedragsmatige aspecten als bijvoorbeeld het zoeken van hulp.

Het bemiddelende cognitieve proces van "appraisal" (schatting, beoordeling) neemt in de theorie van Lazarus over de psychologie van het "coping" een centrale plaats in. Daaraan zijn een drietal aspecten te onderkennen: "Primary appraisal" betreft het oordeel dat een situatie bedreigend, gevaarlijk, gunstig of irrelevant is. "Secondary appraisal" handelt om de perceptie van de coping alternatieven waardoor de dreiging kan worden weggenomen of een gunstig resultaat kan worden bereikt. Het derde aspect, de "reappraisal", heeft betrekking op een verandering in de oorspronkelijke perceptie van bedreigend naar gunstig of vice versa (feedback model). "All coping and emotion flow from these mediating appraisals". Coping processen worden niet meer primair gezien om een emotie te reduceren maar in plaats daarvan als een antwoord op de perceptie van iets dreigends en van de mogelijke oplossingen.

De aandacht ligt dus zowel op de rationele, "problem-solving" kenmerken als op de emotionele, irrationele aspecten. Die "appraisal" processen zijn deels een functie van de situatie, deels van de houdingen, overtuiging en andere disposities van de persoon. De aard en de adequaatheid van alle 3 "appraisal" processen bepalen de mate waarin coping flexibel, rationeel en effectief is of rigide, irrationeel en ondoeltreffend.

In het algemeen worden twee uitdrukkingswijzen van coping genoemd: a. directe handeling jegens zichzelf of de omgeving zoals aanval, afzondering etc. en b. intrapsychische processen, waarvan gezegd wordt dat deze een indruk van veiligheid of tevredenheid vestigen; deze kan realistisch zijn maar vaak zal deze een produkt zijn van defensieve distortie. Andere veelgenoemde vormen zijn "attention deployment" en "wish-fulfilling fantasy".

Vele manieren zijn aangewend om de response van het individu op een bedreigende situatie en de verschillende typen van coping-gedrag vast te leggen: verbale rapportage door de geïnterviewde van zijn gemoedstoestand, fysiologische veranderingen om de aan- of afwezigheid en de graad van de stress-reaktie (niet de kwaliteit van de coping!) vast te stellen, expressieve reakties en gedragsmatige handelingen (agressie, informatie zoeken etc.). Tezamen worden zij wel de response-dimensie genoemd.

Met betrekking tot de gemoedstoestand blijken de emotionele reakties in een drietal dimensies te verdelen te zijn, namelijk angst, vijandigheid en depressie. In het algemeen wordt aangenomen (o.a. op basis van onderzoek) dat mensen die minder door emoties, bijvoorbeeld angst, overspoeld worden beter in staat zijn het hoofd te bieden aan problematische situaties en een probleem met succes op te lossen.

Er zijn een aantal problemen van methodologische aard ten aanzien van het meten van de aard en de intensiteit van de emotionele toestand van het individu.

- de 'self-report' benadering ontmoet nogal wat wantrouwen en kritiek; het is dikwijls niet duidelijk tegen welke standaard de persoon zijn gevoelens evalueert. Hem wordt bijvoorbeeld gevraagd hoe angstig hij zich voelt, maar niet om zichzelf te beoordelen tegen de toestand zoals hij zich normaal, gewoonlijk voelt of tegen de ernstigste angsttoestand, die hij ooit meemaakte.
- De verscheidenheid van gevoelens en de wisseling van gemoedstoestanden van het individu in "real life"-situaties komen niet voldoende tot hun recht in één bepaalde response-set.
- Hoe is eigenlijk de relatie tussen coping en affect? Theoretisch gezien moeten de gevoelens die door het subject ten toon worden gespreid gerelateerd zijn aan de coping impuls die ontstaat vanuit zijn beoordeling (appraisal) van de situatie en van de mogelijkheden om deze het hoofd te bieden.

Volgens Lazarus zijn de onderzoeksresultaten om vanuit de aard van de emotionele response iets te zeggen over de coping processen nogal mager. Zijn hoofdbezwaar luidt dat de afwezigheid van een dergelijk negatief affect kan betekenen dat er geen "threat" en dus geen stress-situatie is waargenomen en niet dat er sprake is van een falen in "coping". Het meten van uitsluitend gevoelens is onvoldoende om daaruit iets over coping af te leiden. "some independent measure of the degree of threat must also be included". In onze onderzoeksopzet is hierin voorzien door een intersubjectief oordeel over de mate van "threat of stressfulness" van een gebeurtenis of probleem. Het is vaak op grond van een combinatie van response indicatoren dat iets zinvols kan worden gezegd over coping. Coping is dus niet rechtstreeks uit één response af te leiden. Het gaat niet om een geïsoleerde reactie maar om een geheel antwoord-patroon. Het vervelende is soms dat er discrepanties kunnen optreden tussen verschillende response categorieën bijvoorbeeld tussen de verbale en de fysiologische response. Dat kan soms indicatief zijn voor pogingen om om te gaan met verschillende aspecten van de situatie waarin iemand zich bevindt; de houding van een persoon ten aanzien van het ventileren van gevoelens en emoties kan een belangrijk verschil uitmaken.

Janis (1974) wijst er op dat effecten van stress soms onontdekt blijven, wanneer individuele verschillen in wijze van response niet onderzocht worden. Het bleek dat zeer angstige en defensieve persoonlijkheden een andere adaptieve reactie vertoonden op een sterke "fear arousing" stimulus dan mensen die minder angstig en defensief waren. Voor verschillende typen van personen is er sprake van een optimaal niveau van "fear arousal" waarop een positieve adaptieve verandering de beste kans heeft. De veronderstellingen die voortgekomen zijn uit het onderzoek naar de effectiviteit van voorlichting over longkanker komen hier op neer dat a) angstige typen in het algemeen een lagere drempel bezitten met betrekking tot het gevoel van emotionele kwetsbaarheid en b) op een lager niveau zitten wat betreft het accepteren van beschermende voorzorgsmaatregelen dan de minder angstige typen. Angstige mensen zullen waarschijnlijk sneller een ineffektief coping-gedrag ten toon spreiden in een niet eens zo sterke stress situatie.

Uit verschillende studies en experimenten komt als een belangrijk resultaat naar voren dat "subjects require time or repeated experiences with a threat to develop adequate modes of coping". In het algemeen wordt vroeger effectief coping gedrag bijzonder waardevol geacht ten aanzien van het huidige handelen. Daarmee wordt dus de faktor van de ervaring met gelijksoortige situaties als eventueel meetbare variabele in het totaal van het coping gedrag geïntroduceerd.

In het door ons voorgestelde onderzoek willen we het coping vermogen van verschillende kanten benaderen. Hierboven is al opgemerkt, dat een oordeel over de kwaliteit van het "coping"-gedrag zich niet uit één antwoord laat afleiden. Evenmin zijn de maatstaven gegeven aan de hand waarvan de effectiviteit kan worden getoetst. Wat is eigenlijk het interpretatiekader waarbinnen een en ander gebeurt?

Gaan we uit van de persoon die het betreft of worden algemeen maatschappelijk verplichtende normen aangelegd? Hier doet zich het dilemma voor te kiezen tussen het psychisch en sociaal welzijn, welbevinden van het individu (volgens diens oordeel en gelet op diens omstandigheden) en het op een bepaalde wijze maatschappelijk functioneren van het individu in termen van het leveren van een arbeidsprestatie. Hoewel men de mening kan zijn toegedaan dat het één nu juist uit het ander voortvloeit, is het toch mogelijk dat iemand doeltreffend zijn problemen (of een deel daarvan) oplost door zich arbeidsongeschikt te laten verklaren, en dit dan veelal met de medewerking van anderen. De al niettemin lijken ons de bevindingen uit de schaarse onderzoeken voorlopig het tegendeel van deze redenering aan te tonen. Een leven van nutteloosheid en doelloosheid is wat velen ervan verwachten en we nemen aan dat men geneigd zal zijn dat te voorkomen.

In het algemeen veronderstellen we dat een persoon, die problemen met zichzelf of met anderen niet goed kan oplossen een grotere kans heeft op slechter functioneren in zijn werksituatie dan iemand die er geen moeite mee heeft. Dat kan er toe leiden dat gegeven de omstandigheden (langdurige arbeidsongeschiktheid om de een of andere reden) iemands validiteit en arbeidsvermogen een zodanige knauw krijgen dat herstel en werkherleving binnen afzienbare tijd niet meer is te verwachten.

We willen het coping-vermogen op de volgende manieren benaderen:

- a. In de eerste plaats zijn we erin geïnteresseerd hoe mensen reageren op problematische situaties, waarvan een bepaalde dreiging uitgaat. Gevoelens van angst worden in het algemeen opgevat als een duidelijk belemmerende faktor in het effectief omgaan met problemen. De achter liggende gedachte is dat iemand die problematische situaties succesvol aankan, minder reden heeft om angstig te zijn. We willen daarom de respondenten klassificeren op basis van hun antwoorden op verschillende imaginaire situaties. De response wordt dan gemeten in termen van angstgevoelens en functionele klachten.

Deze zogenaamde angstigheidslijst bestaat uit een 4-tal situatie-beschrijvingen, waarbij per situatie 6 vragen worden gesteld naar hoe men zich voelde etc. Het idee voor een dergelijke vragenlijst is ontleend aan een artikel van Endler en Hunt en Rosenstein (1962). Deze methode is in een onderzoek van Van Es (1975) getest en kan als zeer betrouwbaar beschouwd worden (alfa betrouwbaarheid .92 d.w.z. de verwachte correlatie van de lijst met een soortgelijke lijst die evenveel items bevat).

De voor onbetrouwbaarheid gecorrigeerde correlatie van de angstigheidslijst met de neuroticisme-schaal bleek .53, hetgeen inhoudt dat beide voor een kwart hetzelfde meten. De angstigheidslijst verdient wellicht de voorkeur boven de neuroticisme items omdat hij meer van toepassing is op de probleemstelling en veel minder uitnodigt tot allerlei klaaggedrag zoals dat het geval is met de A.B.V.

- b. Voorts stellen wij ons voor de subjectieve reacties op de ondervonden stress te meten. Naar aanleiding van een werkelijke gebeurtenis of een probleem zal de emotionele response worden vastgelegd op de dimensies angst, vijandigheid en depressie. De aan- of afwezigheid van deze gevoelens zullen worden gescoord alsmede de intensiteit ervan ten opzichte van de dagelijkse ervaringen. Naast de emoties is van groot belang het concrete gedrag dat is/wordt ondernomen n.a.v. het probleem nl. de "coping"strategieën, die het subject heeft ondernomen, bijvoorbeeld afzondering, spanningsvermindering door drinken, met andere mensen gaan praten, etc. (zie Sidle et al 1969).

Omdat de respondenten ten zeerste van elkaar kunnen verschillen in ervaren stress en dus ook in het van hen geveerde coping-gedrag, vormt een beoordeling van de mate van effectiviteit, waarmee ieder omgaat met zijn grote of kleine levensproblemen een niet geringe moeilijkheid. Om toch de individuen op dit punt met elkaar te kunnen vergelijken denken we aan de volgende mogelijkheden: naast het objectieve, op "common sense" gronden tot stand gekomen oordeel over de mate van dreiging van een gebeurtenis, staat het eigen oordeel van de respondent. Verschillen in ratings kunnen dan als indicatoren worden gebruikt voor de mate van effectiviteit. Stel het geval dat een respondent zijn ervaringen als bedreigender en stressvoller beschouwt dan de beoordelaars, dan kan dat dienen als een maat voor zijn coping-vermogen.

Een andere mogelijkheid bestaat hierin dat zowel de emotionele response als het concrete gedrag tezamen met de desbetreffende gebeurtenis eveneens onderworpen wordt aan het oordeel van buitenstaanders (hulpverleners of misschien wel een aantal "gewone" mensen).

- c. Tot slot willen we ons richten op gedrag van de respondent in relatie tot zijn arbeidsongeschiktheid. De situatie van ziek zijn nodigt uit tot gelegitimeerde passiviteit. Weinig verplicht hem tot activiteit. De mate nu, waarin iemand zich actief opstelt t.a.v. zijn ziekte/handicap en zijn arbeidsongeschiktheid zegt vermoedelijk iets over zijn coping-vermogen om op een bepaalde manier om te gaan met zijn problemen. Twee relaties zijn hier van belang namelijk die met de arts, zowel de behandelende als de verzekeringsgeneeskundige, en die met de werkgever/werksituatie.

Een langdurige ziekteperiode kanmerkt zich veelal door de onzekerheid over de afloop, het tijdstip van herstel etc.

De instelling van de betrokkene om zich over dat soort zaken duidelijkheid te verschaffen kan opgevat worden als een actieve probleembenadering, die waarschijnlijk een goede "coper" kenmerkt.

Hetzelfde kan gezegd worden van de verhouding met de collega's en de chef. Het in contact staan met de werksituatie, de moeite nemen om van zich te laten horen, zal de kans vergroten dat men rekening blijft houden met de zieke, dat hij niet "vervreemdt" van de anderen en dat men belangstelling houdt voor elkaar. Het neemt ook hier een deel van de onzekerheid weg, over hoe het na de werkhervatting weer zal gaan. Tezamen zijn het 2 vormen van gedrag die ons inziens van belang zijn met betrekking tot het persisteren in de ziekerol.

Tenslotte willen we onze hypothese formuleren. We veronderstellen dat een angstige houding t.a.v. probleemsituaties bijdraagt tot een negatieve of ongunstige stressreactie en tot passief gedrag ten tijde van de arbeidsongeschiktheid. Het zijn vooral de subjectieve reacties op de beleefde stress en het ten toon gespreide gedrag t.a.v. zijn ziekte en zijn invaliditeit die de kans bepalen op het verlengen van de verzuimduur en op blijvende arbeidsongeschiktheid.

In het algemeen willen we stellen dat ons onderzoek naar het "coping"-gedrag bij arbeidsongeschikte mensen niet meer dan een inventariserend en explorerend karakter heeft; waarbij we ons dus beperken tot het meten van:

- a. de beschrijving door het subject van angstgevoelens n.a.v. voor allen gelijke, omschreven stressvolle situaties.
- b. hetzelfde betreffende werkelijk beleefde situaties
- c. de response op de arbeidsloze situatie.

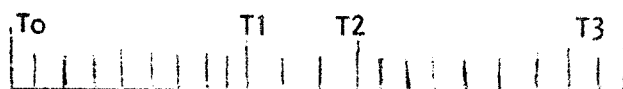
9. Uitwerking van het onderzoeksschema.

In de voorgaande paragrafen hebben we een aantal factoren geselecteerd waarvan wordt aangenomen dat deze een positieve of negatieve invloed zullen uitoefenen op de kans op uitstel van de herstelmelding: namelijk de binding aan de ziekerol en arbeidsrol, gebeurtenissen en problemen en het "coping"-vermogen. Aan de ene kant betreft het variabelen die vooral de omgevingsinvloeden representeren en aan de andere kant de meer aan de persoon gebonden kenmerken zoals percepties, opvattingen en houdingen.

Doordat gewerkt wordt met complexe en samengestelde variabelen als bijvoorbeeld de binding aan de ziekerol, doemt vanzelfsprekend het probleem op van de indexconstructie. Bij de keuze van de verschillende indicatoren worden voortdurend deelveronderstellingen ingevoerd, waarvan men maar aanneemt dat ze van belang zijn. Doch in hoeverre de een belangrijker is dan de ander is op voorhand in ieder geval niet te voorspellen. Daarom wordt er van uitgegaan dat ze gelijkwaardig aan elkaar zijn. Het zou weinig zin hebben te voorspellen welke samenhangen sterk of minder sterk zullen zijn, omdat daarover zeer weinig informatie bestaat en zeker ten aanzien van dit onderwerp. Aan de hand van de door Galtung (1969) gestelde criteria zal getracht worden tot een zo goed mogelijke Indexvorming te komen. Naast gegevens, die al ter sprake zijn geweest, zal verder informatie worden verzameld over een aantal achtergrondfactoren die mogelijk een intervenierende rol kunnen spelen in de door ons veronderstelde verbanden; factoren die de invloed van de "causale" variabelen op de te verklaren variabele veranderen, hetzij in verzwakkende hetzij in versterkende zin; bijvoorbeeld te denken valt aan een goede vertrouwensrelatie met een persoon uit de naaste omgeving met wie de door de betrokkene ervaren problemen emotioneel verwerkt worden. Het is gebleken dat het ontbreken van een dergelijke sleutelfiguur iemand veel kwetsbaarder maakt voor de gevolgen van emotionele stress. Ook structureel zijn omstandigheden aan te wijzen die een dergelijk prophylactische werking kunnen hebben: bijv. de bereidheid van de kant van het bedrijf om voor zijn werknemer, ondanks een opgelopen handicap tijdig andere werkzaamheden te zoeken kan hem behoeden voor een afglijden in de ziekerol.

We zouden dit factoren willen noemen, die de kwetsbaarheid van de persoon beïnvloeden. Aan de volgende factoren zal om die reden aandacht worden geschonken: de nest-situatie, de gevolgde school- en beroepsopleiding, de levensfase waarin iemand verkeert, de gezinsgrootte, het overnemen van de rol van kostwinner door een ander, de economische situatie van een bedrijf (eventuele arbeidsverkorting), de mogelijkheid van her- en overplaatsing, het hebben van een vertrouwensfiguur. Deze omvatten de mogelijkheden van het individu zelf en van de omgeving welke kunnen worden benut.

Voor een zinvolle screening van de psychosociale stressors dient ons inziens een periode van 1 jaar aangehouden te worden. Uitgaand van een verzuim van 3 maanden resteert een periode van 9 maanden gedurende welke de respondent normaal kan hebben gewerkt. Een en ander is dan als volgt op een tijdschaal weer te geven.



De schaal is onderverdeeld in maandintervallen. Het tijdstip van T1 is de datum van ziekmelding; T2 stelt het moment van het interview voor en T3 visualiseert het moment van de mogelijke overgang van de ziekte naar de W.A.O. Ten tijde van de follow-up zal moeten worden vastgesteld of werkhervatting heeft plaatsgehad. Het lijkt noodzakelijk de periode tussen T2 en T3 op dezelfde wijze te screenen, omdat een belangrijke gezondheidsverandering of een andere gebeurtenis de vroeger gestelde prognose doorkruist kan hebben. De omvang van een dergelijk interview kan beperkt blijven.

10. Selectie van de respondenten.

Het trekken van een aselechte steekproef uit de populatie van gevallen met een verzuimduur van 3 maanden behoort praktisch gesproken tot de onmogelijkheden. De versnippering in de registratie (26 verschillende bedrijfsverenigingen, de "apartheid" van grote concerns als Philips, de bijzondere positie van ambtenaren) en de daarmee gepaard gaande moeilijkheden van organisatorische aard sluiten een dergelijke gang van zaken uit. Voor een toetsend onderzoek als het onderhavige is een dergelijke steekproef niet strikt noodzakelijk. Het gaat niet primair om het schatten van parameters, maar om het verklaren van verschillen tussen groepen van werknemers, die wel of niet na een bepaalde periode van verzuim wegens ziekte het werk weer hervatten. Ook de wijze van enqueteren stelt enige beperkingen aan de selectie van respondenten. Het tijdrovende karakter van het interview zelf en van de eerste verwerking daarvan deed ons besluiten de omvang van de onderzoekspopulatie en de geografische spreiding van de respondenten beperkt te houden.

Voor het verkrijgen van de namen en adressen van de potentiële respondenten is voor de volgende procedure gekozen.

Evenals bij het vóóronderzoek is besloten de medewerking van het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor te vragen voor het verschaffen van de benodigde informatie over de voor het onderzoek geschikte personen, dit geschiedt vanuit tweërlei overwegingen.

- a) het G.A.K. heeft voor een groot deel van de werknemerspopulatie de zorg betreffende de uitvoering van de ziektewet en de wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering.
- b) het kent de zogenaamde 10 weekse melding, wat betekent dat wekelijks het arbeidsverzuim van elke werknemer dan nog eens afzonderlijk wordt gescreend. Daardoor is de voor ons doel geëigende groep gemakkelijk toegankelijk.

Wij willen ons alleen richten op de provincie Groningen, die wordt bestreken door de districtskantoren te Groningen en Winschoten. In zekere zin worden daardoor de economische omstandigheden en de situatie op de arbeidsmarkt onder controle gehouden.

Het is bekend dat op hogere leeftijd de kans op blijvende arbeidsongeschiktheid sterk toeneemt. Biologische processen spelen daarin een belangrijke rol, maar even onmiskenbaar is de invloed van de arbeidsmarkt vanwege de zeer moeilijke plaatsbaarheid van oudere werknemers. Op grond van het verschijnsel dat in toenemende mate personen beneden de 50 jaar invalide worden verklaard, willen wij in het bijzonder de ouderen buiten het onderzoek laten. Gekozen is voor de leeftijdsgroep van 20 tot en met 54 jaar.

Voorts beperkt het onderzoek zich alleen tot mannen. Dit is niet alleen geschied vanwege het feit dat mannen driekwart van de loon-afhankelijke beroepsbevolking uitmaakt (volgens de 14e Algemene Volkstelling) maar evenzeer vanwege de specifieke kenmerken van de rol en de positie van de vrouw in het arbeidsproces. Ook het verzuimpatroon van beide sexen is verschillend. Om met dergelijke verschillen geen rekening te moeten houden, zullen alleen mannelijke werknemers worden ondervraagd. Tenslotte zijn, om de medische aandoening als variatiebron enigszins uit te schakelen, van de 15 hoofddiagnosegroepen er twee geselecteerd: in het ene geval gaat het om de categorie ongevallen, waarbij het trauma duidelijk en objectief valt te constateren; in het andere geval betreft het de ziekten der bewegingsorganen, waaronder de veel vagere klachten van de gewrichtspijnen worden gerubriceerd. Deze keuze is willekeurig geweest, alhoewel de overweging van een vergelijking van gevallen met een aantoonbare en met een minder duidelijk aantoonbare ziekte als reden van ziektemelding meespeelde. De laatste valt te rangschikken onder de noemer van objectief-subjectieve syndromen. Met betrekking tot de beslissingsvrijheid om de ziekerol te continueren zou dat van betekenis kunnen zijn. Er zou een verschil kunnen bestaan in de mate van zekerheid van de prognosestelling. Doch dit is van secundair belang.

Het is de bedoeling tenminste 100 personen van elke diagnosegroep te ondervragen. Dat brengt de omvang van de totale respondentengroep op minimaal 200, wat voldoende geacht kan worden voor het vaststellen van zinvolle verbanden. Het is zo dat vanaf een bepaalde datum achtereenvolgens alle werknemers die voldoen aan de gestelde criteria voor ondervraging in aanmerking zullen komen. Dit gebeurt tevens met het doel de interviewcampagne niet te ver te laten uitlopen.

Dit doet wel de vraag rijzen of seizoensinvloeden hierbij een rol kunnen spelen. De Diagnosestatistiek Bedrijfsverenigingen 1971 geeft hierover uitsluitel. Over een tijdvak van 10 jaar (1962-1971) is nagegaan welke ziekten als typische "zomer"- of "winter"ziekten moeten worden aangemerkt. De ziekten der bewegingsorganen blijken niet aan het seizoen gebonden te zijn; de ongevallen wel, met dien verstande dat zij zich als "zomer"-ziekte manifesteren, zij het dan in minder uitgesproken vorm, aangezien de laatste jaren daarvan geen sprake meer is.

In het algemeen is het zo dat de kans op langdurig verzuim, h.l. gedefinieerd als verzuim van 3 maanden en meer, bij ongevallen ongeveer 2 maal zo klein is in vergelijking tot de ziekten der bewegingsorganen. Uitgaand van een verzuimduur van 3 maanden blijkt de kans op arbeidsongeschiktheid na 1 jaar bij een ongeval eveneens veel kleiner te zijn (ongeveer 4 keer). Het arbeidsverzuim tengevolge van ongevallen en ziekten der bewegingsorganen met een duur van 92 tot en met 364 dagen omvat + 40% van het totaal der gevallen met een dergelijke verzuimduur (alleen voor mannen). Deze diagnosegroepen nemen ongeveer 36% van alle adviesaanvragen aan het eind van de wachttijd (overgang naar de W.A.O.) voor hun rekening (alleen mannen). Het zijn dus wel twee categorieën die in belangrijke mate verantwoordelijk zijn voor blijvende arbeidsongeschiktheid. Volgens de cijfers van het C.B.S. (Diagnosestatistiek Bedrijfsverenigingen 1971) herstelt van de ziektegevallen met een verzuimduur van 92 dagen of langer en geklassificeerd in één van de 2 diagnosecategorieën 31% niet binnen het jaar van de ziektewet (alleen mannen; voor de vrouwen is dit percentage 29%). Hieruit kan men afleiden hoeveel van de door ons geïnterviewde mannelijke werknemers na 1 jaar nog arbeidsongeschikt zullen zijn. Indien we rekening houden met de door ons uitgesloten hogere leeftijdsgroepen, dan zouden we het percentage willen schatten op ongeveer 25% dit zijn dan 50 personen.

11. Slot

Er bestaan zoals Lammers (1966) aangeeft verschillende visies op het ziekteverzuim. De meest eenvoudige opvatting hieromtrent houdt in dat ziekteverzuim gewoon verzuim wegens ziekte is. Deze mening zal men vermoedelijk niet snel meer aantreffen. Dan vindt men de gedachte dat ziekteverzuim ook een uitvloeisel kan zijn van de persoonlijke kenmerken van de verzuimer, soms in de zin van een weloverwogen simuleren soms als een gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel, een mentaliteitskwestie. In de derde plaats noemt de auteur de zogenoemde aanpassingsvisie, waarmee wordt bedoeld dat de oorzaak van het verschijnsel ziekteverzuim gezocht moet worden in de relatie mens-milieu. Doorslaggevend voor het besluit om te verzuimen kunnen dan zijn de interpersoonlijke relaties, de aanpassing van de persoon aan andere mensen (gezin, werkgroep), aan de organisatie (het bedrijf) of aan fysische omstandigheden (lawaai, arbeidstempo etc.).

De bovengenoemde gezichtspunten hebben met elkaar gemeen dat ze uitgaan van de veronderstelling dat er met het verzuimende individu iets "mis" is; dit in tegenstelling met benaderingen die niet de verzuimer, doch de omstandigheden voor het verzuim verantwoordelijk stellen. Zoals de groeps- en leiderschapsverhoudingen ("human relations"-beweging, microtheorie, Gadourek), het bedrijf of de organisatie (Mesotheorie, Philipsen 1969), en algemeen maatschappelijke ontwikkelingsprocessen (macrotheorie).

Ons eigen onderzoek valt het beste te rangschikken in de categorie van de aanpassingsvisie, waarin de verhouding tussen omgeving en individu een centrale positie inneemt. Daarop heeft in wezen de term "psychosociaal" betrekking. Het psychosociaal functioneren van een individu kan tengevolge van verschillende omstandigheden zodanig zijn aangetast, dat het herstel van een aandoening of een handicap wordt vertraagd of blijvend wordt uitgesteld. Ook het dysfunctioneren in dat opzicht kan op zichzelf de reden van ziekmelding vormen.

Uit Gadourek's studie blijkt dat de verzuimfrequentie samenhangt met de gezondheidsbeleving, piekeren over het werk etc., wat zou kunnen duiden op een zekere geldigheid van het "aanpassings"model. Er werd echter uitsluitend afgegaan op de beleving van de respondent. In ons onderzoek wordt gepoogd die beleving in verband te brengen met een objectievere stand van zaken, om daarmee het subjectieve gevoel van onwelbevinden te valideren. Daarbij wordt de strategie gevolgd diepgaand inzicht te verkrijgen in de lotgevallen van een beperkt aantal proefpersonen in plaats van informatie over zoveel mogelijk aspecten te vergaren bij een grote groep respondenten.

Op deze wijze wordt gehoopt een antwoord te vinden op de volgende vragen:

- a. in hoeverre is er sprake van een verlenging van de verzuimduur welke in tegenpraak is met de medische prognose,
- b. in hoeverre kan dit uitstel verklaard worden door hetzij omgevingsgebonden, hetzij persoonsgebonden factoren, hetzij door een interactie van beide, en
- c. in hoeverre is dan in deze gevallen nog het ziektebegrip van toepassing?

Literatuurlijst

1. AAKSTER, C.W. Een poging tot psychosociale diagnostiek in Huisarts en Wetenschap 14, 296 (1971).
2. BEEK, J.L.M. van der; De mystificerende rol van de W.A.O. In de psychiatrie. Metamedica 53, 4, 68-73 (1974).
3. BROWN, G.W. and J.L.T. BIRLEY. Crises and Life Changes and the Onset of Schizophrenia. Journal of Health and social behaviour Vol. 9, 203 (1968).
4. BROWN, G.W. and F. SKLAIN, T.O. HARRIS, J.L.T. BIRLEY. Life events and psychiatric disorders. Part 1. Some methodological issues. Psychological medicine, 3, 74-87 (1973).
5. BROWN, G.W. MAIRE NI BHROLCHAIN, T. HARRIS, Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. (1974). Not published.
6. COCHRANE, R., A. ROBERTSON. The life events inventory: a measure of the relative severity of psychosocial stressors. Journal Psychosom. Res. Vol. 17, 135-139 (1973).
7. COELHO, G.V., D.A. HAMBURG, J.E. ADAMS (eds.) Coping and adaptation. New York. Basic Books, (1974).
8. Diagnose-Statistiek Bedrijfsverenigingen (omslagleden) 1971. Centraal Bureau voor de Statistiek 's Gravenhage, (1975).
9. DIRKEN, J.M. Arbeid en stress. Groningen, Wolters, (1967).
10. DOELEMAN, Dr.H. De taakinhoud van de verzekeringsgeneeskundige bij de loondervingswetten. Arts en sociale verzekering 11, 15-19 (1973).
11. DOHRENWEND B.S. and B.P. DOHRENWEND (eds.). Stressful life events: Their nature and effects. New York J. Wiley and Sons Inc. (1974).
12. ENDLER N.S., J. Mc.V. HUNT, A.J. ROSENSTEIN. An S-R inventory of anxiousness. Psychol. Monographs: General and Applied, no. 536, 1-31 (1962).
13. ENDLER, N.S., J. Mc.V. HUNT. Sources of behavioural variance as measured by the S-R inventory of anxiousness. Psychol. Bulletin, Vol. 65, no. 6, 336-346 (1966).
14. ENGEL, G.L. A life setting conducive to illness. Bull. of the Menninger Clinic 32, 355-365, (1968).
15. ES, M van. Het meetbaar maken van coping-behavior. Intern rapport werkgroep . Psychohygiene/T.N.O. R.U. Groningen (1975).
16. GADOUREK, I. Absences and well-being of workers. Assen (1965).
17. GALTUNG, J. Theory and methods of social research (2nd ed.) (1969).
18. GORDON, G. Role theory and illness. College and University Press. New Haven, Conn. (1966).
19. HOGERZEIL, dr. H.H.W. Arbeidsongeschiktheid en medisch-sociaal beleid. T. Soc. Geneeskunde, 50, 538-550 (1972).
20. HOLMES, T.H. and R.H. RAHE. The social readjustment rating scale. J. of Psychosom. research Vol. 11, 213-218 (1967).

21. IMBODEN, J.D.; A.CANTER; E.C. LEIGHTON; R.W. TREVER. Brucellosis III. Psychological aspects of delayed convalescence. Archives of Internal Medicine, 103, 78-86 (1959)
22. JANIS, I.L. Vigilance and decision-making in personal crisis in: G.V.Coelho et al. (ed.) Coping and Adaptation Basic Books New York (1974).
23. KAGAN, A.B.; L.LEVI. Health and environment-psychosocial stimuli: a review in Soc.Sci. & Med. Vol. 8, 225-241 (1974).
24. KASL, S.V.; S.COBB. Health behavior, illness behavior and sick role behavior. Arch.Environ.Health, Vol. 12 (feb.1966).
25. LAMMERS, C.J. Uiterlijke samenhang en bindingskracht van de organisatie. Oratie Assen, Van Gorcum (1964).
26. LAMMERS, C.J. Sociale oorzaken van het ziekteverzuim. Sociaal maandblad 21, 480-494 (1966).
27. LAZARUS, R.S.; J.M.AVERILL; E.M.OPTON jr. The psychology of coping: Issues of research and assessment. In: G.V. Coelho, D.A.Hamburg, J.E.Adams (eds.) Coping and adaptation New York Basic Books (1974).
28. MANSVELT, J. van; R.C.BRUNSTING, B.J.M. DELAMARRE, H.A.v.d.WAAL. Een onderzoek naar oorzakelijke factoren en bijzondere kenmerken bij het langerdurend arbeidsverzuim. Sociaal Maandblad Arbeid 29, nr. 5 307-321 en nr. 6 379-389 (1974).
29. MASUDA, M.; T.H.HOLMES. The SRRS: a crosscultural study of Japanese and Americans. J.Psychosom.Research, vol. 11, 227-237 (1967).
30. MECHANIC, D. Response factors in illness: the study of illness behavior. Soc. Psychiatry, vol. 1, nr. 1, 11-19 (1966).
31. MECHANIC, D. Medical Sociology, a selective view (1968).
32. ORMEL, J. Achtergronden van het uiten van onwelbevinden. Intern rapport werkgroep Psychohygiene/T.N.O. afd. Soc.Psychiatrie R.U.Groningen (1975).
33. PAYKEL, E.S., J.K. MYERS, M.M.DIENELT, G.L.KLERMAN, J.J.LINDENTHAL, M.P.PEPPER (New Haven Conn.). Life events and depression. Arch.Gen.Psychiat. 21, 753-760 (dec. 1969).
34. PAYKEL, E.S., B.A. PRINOFF, E.H.UHLENHUTH. Scaling of life events. Arch.Gen. Psychiat. 25, 340-347 (1971).
35. PHILIPSEN, H. Afwezigheid wegens ziekte. Groningen (1969).
36. RUINEN, F.H. Een onderzoek naar psychosociale invloeden bij langdurige arbeidsongeschiktheid door lage rugklachten. G.M.D. Amsterdam (1974).
37. SELYE, H. Annual report on stress. Montreal, acta Inc. (1951).
38. SIDLE, A., R.MOOS, J.ADAMS, P.CADY, P.ALTO. Development of a coping scale. Arch. of Gen. Psychiatry, 20, 225-232 (1969).
39. WEYEL, J.A. Achtergronden van sociale zekerheid. Amsterdam (1973).
40. WYLER, A.R., M.MASUDA, T.H.HOLMES. Magnitude of life events and seriousness of illness. Psychosom. Medicine Vol. 33, no. 2 (1971).