Bibliotheek Hoofdkantoor TNO
's-Gravenhage

9 JAN. 1980

RIJKSUNIVERSITEIT TE GRONINGEN

PSYCHOSOCIALE "STRESS" EN LANGDURIGE ARBEIDSONGESCHIKTHEID.

Proefschrift
ter verkrijging van het doctoraat in de sociale wetenschappen aan de Rijksuniversiteit te Groningen op gezag van de Rector Magnificus dr.J. Borgman in het openbaar te verdedigen op donderdag 13 september 1979 des namiddags te 4.00 uur.

door

Durk Wiersma

geboren te Leeuwarden in 1947.

Promotores: Prof.Dr. R.Giel
Prof.Dr. H.Philipsen, R.U. Limburg
Prof.Dr. I.Gadourek

Het onderzoek werd uitgevoerd op de Afdeling Sociale Psychiatrie in het kader van de voormalige T.N.O. Werkgroep Psychohygiëne, hoofd Prof.Dr. R.Giel; met een subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid.

blz.

Voorwoord 9

Hoofdstuk I. Inleiding 11
De indeling in hoofdstukken 14

Hoofdstuk II. De omvang van het langdurig ziekteverzuim 18
1. Inleiding 18
2. De Ziektewet en de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering 19
3. Arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of gebrek 20
4. Uitvoering van de Ziektewet en de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering 22
5. De omvang van de verzuimproblematiek 23
6. De omvang van de WAO-problematiek 28
6.1. Intrede in de WAO 28
6.2. Beëindiging van de WAO 32
6.3. De populatie van de WAO-uitkeringgenietenden 33

Hoofdstuk III. Achtergronden van het langdurig ziekteverzuim 36
1. Visies op het ziekteverzuim 36
2. Enkele statistische en methodologische problemen 37
3. Enkele achtergronden van het langdurig ziekteverzuim 39
3.1. De afwezigheidsnoodzaak 40
3.2. De persoon en zijn direkte leefsituatie 43
3.3. De arbeidssituatie in het bedrijf 47
3.4. De organisatie van de medische behandeling en begeleiding 49
3.5. Algemeen maatschappelijke faktoren 51

Hoofdstuk IV. Doel en uitgangspunten van het onderzoek 56
1. Doel van het onderzoek 56
2. Het besliskundig model van het verloop van een ziektegeval 57
3. Ziekte- en afwezigheidsgedrag 60
4. Psychosociale "stress": het theoretisch model 62
5. Het begrip "stress"-inducerend vermogen 66
6. De integrale belasting gedurende een bepaalde periode 69
7. De afhankelijkheid van de lichamelijke stoornis 70
8. De afhankelijkheid van de persoon 71
9. Coping ofwel het omgaan met "stress" 72

blz

10. De objektieve afwezigheidsnoodzaak: de ernst van de lichamelijke beperking 78
11. De binding aan de ziekerol en de arbeidsrol 79
12. De ekonomische positie van het bedrijf 84
13. Het sociaal-ekonomische en sociaal-kulturele woongebied 85
14. Overige kenmerken van de persoon 87
15. Het theoretisch model schematisch weergegeven 88

Hoofdstuk V. De werkwijze en uitvoering van het onderzoek 91
1. Het globale onderzoekontwerp 91
2. De selektie van respondenten 92
3. De wijze van selektie 94
4. De uitval 96
5. Enkele kenmerken van de respondenten 97
6. De vragenlijst voor de respondent 100
7. De vragenlijst voor de verzekeringsgeneeskundige 101
8. De vragenlijst voor het Gewestelijk Arbeidsbureau en het Economisch Technologisch Instituut 102
9. De interviewsituatie 103
10. De uitvoering van het veldwerk 105
11. De kodering 107

Hoofdstuk VI. De feitelijke en relatieve ziekteduur 108
1. Inleiding 108
2. De feitelijke ziekteduur 109
3. De relatieve ziekteduur 110
3.1. De diskrepantie tussen de verwachte en werkelijke ziekteduur 110
3.2. Het retrospektieve oordeel over de ziekteduur 113
4. De samenhang tussen de feitelijke en relatieve ziekteduur 116
4.1. De schattingen van de respondent en van de verzekeringsgeneeskundige 116
4.2. De terugblik van de respondent en van de verzekeringsgeneeskundige 117
5. De samenhang tussen het prospektieve en het retrospektieve oordeel over de ziekteduur 119
5.1. De schatting en de terugblik van de respondent 119
5.2. De schatting en de terugblik van de verzekeringsgeneeskundige 121
5.3. De schattingen van de respondent en de verzekeringsgeneeskundige 122

blz.

5.4. De terugblik van de respondent en de verzekeringsgeneeskundige 124
6. De betekenis van de persoons- en ziektekenmerken voor de feitelijke en relatieve ziekteduur 125
6.1. De bevindingen betreffende de feitelijke ziekteduur 127
6.2. De bevindingen betreffende de relatieve ziekteduur 128
7. Geldigheid en betrouwbaarheid van de afhankelijke variabelen 131

Hoofdstuk VII. De uitwerking van het onderzoeksmodel: de onafhankelijke of verklarende variabelen 135
1. Inleiding 135
2. De binding aan de ziekerol 136
2.1. De perceptie van de ziekte of de handicap 136
2.2. De perceptie van het behandelingsplan 138
2.3. Het gedrag dat de patiënt vertoont om klaarheid te verkrijgen over het behandelingsplan 140
2.4. De beleving van de afwezigheid van het werk 141
2.5. De ziekteperceptie door iemands naaste omgeving 142
3. De binding aan de arbeidsrol 143
3.1. De algemene arbeidsoriëntatie 143
3.2. De specifieke oriëntatie op de arbeid 144
3.3. De sociale verhoudingen op het werk 145
3.4. De ziektekontakten vanuit het bedrijf met de patiënt 145
3.5. Werkaspekten die in verband met de lichamelijke beperking een ekstra belemmering vormen 147
3.6. Overige aspekten van het werk 148
4. De indikatoren voor de psychosociale belasting of "stress" 149
4.1. Inleiding; de typologie van gebeurtenissen en problemen 149
4.2. Algemene regels voor toepassing van de typologie 151
4.3. De praktijk van het meten en beoordelen van gebeurtenissen en problemen 153
4.4. De maten voor de psychosociale "stress" 157
4.5. De aard en omvang van de psychosociale problematiek 158
5. De indikatoren voor het omgaan met "stress" 163
5.1. De angstigheidsschaal 164
5.2. De beheersingslijst 165
5.3. De schatting van de ernst van de psychosociale "stress" door de respondent 167
5.4. De adekwaatheid van het coping-gedrag 168
5.5. De samenhang tussen de gebruikte coping-maten 171

blz

6. De ekonomische positie van het bedrijf 172
7. Het sociaal-ekonomische en sociaal-kulturele woongebied 174
7.1. De stedelijkheid 175
7.2. De sociaal-ekonomische struktuur 176
7.3. De afhankelijkheid van sociale voorzieningen 177
7.4. De sociaal-politieke voorkeur 178
7.5. De samenhang tussen de indikatoren van het sociaal-ekonomische en sociaal-kulturele woongebied 179
8. De jeugdsituatie van de respondent 180
9. De beroepskarriere gedurende de laatste 10 jaren 181
10. De geldigheid en betrouwbaarheid van de onafhankelijke variabelen 182

Hoofdstuk VIII. Bevindingen I. De feitelijke ziekteduur en de overgang naar de WAO 185
1. De opzet van de analyse 185
2. De gebruikte technieken 186
3. De wijze van presentatie van de bevindingen 187
4. Bevindingen 188
4.1. De ziekerol 189
4.2. De arbeidsrol 191
4.3. De psychosociale "stress" 194
4.4. Het omgaan met de "stress": de belastbaarheid en de weerbaarheid 198
4.5. De kenmerken van het bedrijf 200
4.6. De woongemeente 201
4.7. De overige kenmerken van de persoon 205
5. Samenvatting 206

Hoofdstuk IX. Bevindingen II. De relatieve ziekteduur 209
1. De schatting van de respondenten 209
2. De schatting door de verzekeringsgeneeskundigen 214
3. De terugblik van de respondenten 220
4. De terugblik van de verzekeringsgeneeskundigen 225
5. De verschillen tussen de bevindingen betreffende de feitelijke en de relatieve duur van het verzuim 230

blz

Hoofdstuk X. Het langdurig ziekteverzuim. Het theoretisch model in grote lijnen 235

1. Inleiding 235
2. Selektie van tien verklarende variabelen 236
3. De samenhang tussen de verklarende variabelen 239
4. Duur van het ziekteverzuim en de overgang naar de WAO 247
5. Ziekteduur en aard van de ziekte 250

Hoofdstuk XI. Samenvatting en slotbeschouwing 256

1. Het verschijnsel van het langdurig ziekteverzuim 256
2. De determinanten van het langdurig ziekteverzuim nader beschouwd 259
3. De groep van de WAO-ers 263
4. De theoretische betekenis van de onderzoeksresultaten 266
5. De praktische betekenis van de onderzoeksresultaten 269

Summary 274

Literatuur 279

Bijlage I. Centrale tendentie en spreiding van de onafhankelijke variabelen (zie voor toelichting de hoofdstukken 6,7, en 10) 287

Bijlage II. De samenhang tussen de feitelijke en relatieve ziekteduur en de onafhankelijke variabelen, uitgedrukt in Pearson's correlatie-coëfficiënt 294

Bijlage III. De samenhangen tussen de tien geselekteerde onafhankelijke variabelen weergegeven zowel voor de gehele onderzoekspopulatie als voor beide subpopulaties 301

Voorwoord.

Onderzoek is zelden meer een zaak van een enkeling. Ook dit onderzoek vormt op die regel geen uitzondering. Bij deze gelegenheid wil ik graag mijn dank uitspreken voor alle medewerking en hulp die ik vanaf het begin tot en met de uiteindelijke verslaglegging van zovelen heb ontvangen.

Allereerst gaat mijn grote erkentelijkheid uit naar Prof.Dr. R.Giel die mij de gelegenheid bood om aan deze studie te beginnen en naar eigen inzichten af te ronden. Zijn kritische begeleiding is voor mij zeer waardevol geweest. Volharding en grondigheid waren kenmerkend voor de wijze waarop hij de voltooiïng van het manuscript heeft ondersteund.

Mijn grote waardering geldt evenzeer voor de beide andere promotores die tevens als lid van de commissie van toezicht en advies van de Werkgroep Psychohygiëne betrokken waren bij de start en de verdere uitbouw van het onderzoek. Prof.Dr. H.Philipsen voor de waardevolle adviezen op essentiële momenten tijdens de rapportage.
Prof.Dr. I.Gadourek voor de opbouwende kritische begeleiding die meermalen tot een interessante theoretische diskussie aanleiding gaf.

De commissie van Toezicht en Advies van de Werkgroep Psychohygiëne, met name in de persoon van haar voorzitter Prof.Dr. M.A.J.Romme, zeg ik dank voor de wijze waarop zij zich heeft ingezet voor het voortbestaan van de Werkgroep en daarmee tevens voor de afronding van dit onderzoek.

Verder ben ik drs.J.Ormel zeer dankbaar voor de talloze diskussie die zijn gevoerd over de voor onze onderzoeken verwante thema's zoals "stress" en "coping". Ik heb zonder enige twijfel voordeel gehad van de grondigheid waarmee hij de methodologische en theoretische voetangels en klemmen op dit terrein wist te benaderen. Mijn dank geldt ook voor alle andere inspanningen die hij zich in al die jaren voor mij heeft getroost.

Drs.P.Tellegen dank ik zeer voor de heldere adviezen over allerlei statistische problemen en voor al het werk dat hij heeft verricht op het Rekencentrum.
Drs.S.ten Horn dank ik voor haar kommentaar op verschillende onderdelen van het manuscript en voor de emotionele steun bij de voltooiïng ervan.

Drs.A.Boomsma dank ik voor enkele statistische adviezen.

Ook ben ik veel dank verschuldigd aan W.Bloemers, M.van Es, H.Hammenga, D.Kruyt Spanjer, E. LeGras, F.Meyer, L.Smilde, C.Vos, J.Westermann en D.Wijkel, die allen als studenten voor kortere of langere tijd hebben meegewerkt aan de voorbereiding en uitvoering van het veldwerk, met daarbij de zorgvuldige beoordeling van iemands levensomstandigheden. Het is vooral aan hun volhardende ijver en hun enthousiasme te danken dat de benodigde informatie kon worden verkregen.

De bereidwillige medewerking van het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor te Groningen en Winschoten heb ik ten zeerste gewaardeerd. In het bijzonder gaat mijn dank uit naar de heren Mr.W.C.Setz en W.J. van der Veen, direkteuren van de betreffende GAK-kantoren en de heer H.L.Balk, district adviserend verzekeringsgeneeskundige. De visie van de verzekeringsgeneeskundigen op het ziekteverzuim van de respondenten vormt een waardevolle bijdrage aan dit onderzoek.

De bereidheid van de kant van het Economisch Technologisch Instituut en het Districtsbureau voor de Gewestelijke Arbeidsvoorziening heb ik zeer op prijs gesteld. De beoordeling van de bedreigdheid van de werkgelegenheid was geen gemakkelijke opgave. Voor alle genomen moeite zeg ik met name dank de heren M.R.W. Bos en L.Wagt.
Waardering geldt ook voor de wijze waarop de Gemeenschappelijk Medische Dienst te Amsterdam de gegevens over het aantal WAO-ers per gemeente ter beschikking stelde.

De voltooiïng van deze dissertatie zou ondenkbaar geweest zijn zonder de grote inzet en ijver van Liesbeth Lindeboom. Mijn bijzondere dank betreft niet alleen de uitvoering en vormgeving van het manuscript maar vooral ook haar doorzettingsvermogen om een en ander tijdig tot een goed einde te brengen hetgeen voor mij een belangrijke steun is geweest.

Tenslotte ben ik de mensen om wie het eigenlijk gaat bij dit onderzoek zeer erkentelijk voor hun herhaaldelijke medewerking aan een gesprek dat vaak indringend was en hen kwetsbaar maakte. In de gepresenteerde getallen vindt men de sfeer waarin deze gesprekken zijn gevoerd nauwelijks terug. Niettemin hoop ik hen, zij het indirekt, met dit onderzoeksverslag een wederdienst te hebben bewezen.

Hoofdstuk I. Inleiding.

Ziekteverzuim of afwezigheid wegens ziekte wordt wel eens één van de meest duidelijke tekenen van maatschappelijk onbehagen en persoonlijk onwelbevinden genoemd. De gestage toename van het ziektepercentage in de loop van enkele tientallen jaren laat zien dat steeds grotere aantallen werknemers vanwege een ziekte of een ongeval voor kortere of langere tijd buiten het arbeidsproces staan. Het meest opvallende aan de ontwikkeling in de laatste jaren is de toename van de langdurige arbeidsongeschiktheid, die langer duurt dan 1 jaar. Dat moment markeert namelijk de overgang van de Ziektewet naar de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Het aantal personen dat elk jaar een beroep deed op de WAO voor een invaliditeitsuitkering overtrof alle aanvankelijke verwachtingen. Een verklaring hiervoor was niet gemakkelijk te vinden. Het was in ieder geval niet aannemelijk als oorzaak voor dit verschijnsel een aanzienlijke verslechtering van de gezondheidstoestand te veronderstellen. Ofschoon het moeilijk is om uit te maken of niet bijvoorbeeld de toeneming van beschavingsziekten zoals harten vaatziekten of de afneming van de levensverwachting voor mannen toch indikatoren zijn van een veranderende gezondheid onder de bevolking.
Een mogelijk achtergrond van de langdurige arbeidsongeschiktheid wordt door sommigen gezocht in de geleidelijk toegenomen "stress of life" waaraan mensen in een maatschappij met snel opeenvolgende veranderingen bloot staan. Verschuivingen in waardenpatronen, versombering van toekomstpersperktieven, die niet in de laatste plaats beinvloed worden door het besef dat zich binnen het ekonomisch bestel diepgaande veranderingen voltrekken. Een onmiskenbaar gevolg daarvan was en is het verdwijnen van arbeidsplaatsen. Een vermindering van de werkgelegenheid en daarmee van passende arbeid voor minder geschikte werknemers biedt aan anderen een mogelijke verklaring.

Deze onduidelijkheid over de achtergronden van langdurige arbeidsongeschiktheid vormde de aanleiding tot het hier gerapporteerde onderzoek. In het algemeen was er nog weinig onderzoek verricht naar de oorzaken van een lange ziekteduur en de daaruit voortvloeiende blijvende invaliditeit. De probleemstelling is in het licht van het bovenstaande dan ook gericht op"stress"faktoren van psychosociale aard. Het gaat daarbij om allerlei persoonlijke omstandigheden en lotgevallen die een rol zouden kunnen

spelen bij dreigende arbeidsongeschiktheid. De aard van dergelijke "stress" volle omstandigheden kan heel verschillend zijn. We zijn vooral geinteresseerd in het onderscheid tussen persoonsgebonden en omgevingsgebonden "stress". Daarmee doelen we op de wijze van ontstaan van "stress". Aan de ene kant treft men allerlei problemen die door het handelen van de persoon zelf in het leven zijn geroepen danwel in stand worden gehouden en aan de andere kant stress, die iemand los van zijn eigen gedrag en funktioneren overkomt en waartegen hij in eerste instantie machteloos staat. Een voorbeeld van deze laatste is ontslag als gevolg van de sluiting van het bedrijf waar iemand werkt. Onze onderzoeksvragen kunnen voorlopig als volgt worden geformuleerd:

1. Heeft psychosociale stress tengevolge van allerlei persoonlijke omstandigheden invloed op de ziekteduur en op blijvende arbeidsongeschiktheid?
2. Indien dit het geval is welke betekenis hebben dan de persoonsgebonden en de omgevingsgebonden "stress" elk afzonderlijk voor de ziekteduur?
3. Verschilt de invloed van de "stress" al naar gelang de reden van de oorspronkelijke ziekmelding, met andere woorden blijft de betekenis van stress voor de ziekteduur dezelfde ongeacht de aandoening waarmee iemand in de ziektewet terecht komt?

Met deze laatste vraag willen we nagaan in welke mate een ziekte als medisch-wetenschappelijk begrip van belang is voor de mate van arbeidsongeschiktheid. Men kan de "oorzaken" van arbeidsongeschiktheid grofweg verdelen in twee tot drie kategorieën van aandoeningen, al naar gelang de mate waarin er sprake is van een ziekte volgens objektieve kriteria, in de zin van vaststelbare pathologisch anatomisch-fysiologische veranderingen in de funktie van organen of orgaansystemen. Daarmee korrespondeert min of meer ook de maatschappelijke geoorloofdheid van het verzuim. Aandoeningen waarbij dergelijke veranderingen duidelijk zijn vast te stellen zijn bijvoorbeeld hartziekten en nieuwvormingen. Dit is veel minder het geval bij rugpijn, overspanning, hoofdpijnen, etc. Ongevallen nemen in dit verband een bijzondere positie in, niet alleen vanwege de akuutheid van het gebeuren en de objektiviteit van de afwijking maar ook vanwege de maatschappelijke geoorloofdheid van het eruit voortvloeiende verzuim. Hoe lang de arbeidsongeschiktheid in het ene of in het andere geval moet duren voor een optimaal herstel, is vooral bij de kategorie van de minder duidelijke aandoeningen moeilijk aan te geven. Wel is het belangrijk om te weten of de "stress" onafhankelijk van de aard van de aandoening een verschillende betekenis heeft voor de gezondheidsbeleving en daarmee tevens voor de ziekteduur.

De rol van psychosociale "stress" bij het langdurige ziekteverzuim wordt uiteraard niet onderzocht los van andere kenmerken van de persoon;

zijn ziekte en zijn omgeving. Al deze kenmerken worden geplaatst binnen het theoretisch kader van een besliskundig model over het verloop van een individueel ziektegeval. In dit model kan de ziekmelding, en vooral de herstelmelding vaak worden opgevat als een beslissing die een zieke moet nemen. Vanuit een dergelijk model worden veronderstellingen afgeleid over de invloed die bepaalde kenmerken hebben op het langdurige ziekteverzuim. Daarom is dit een toetsend onderzoek, waarvan de analyse zich afspeelt op het individuele niveau. Het onderzoek werd gehouden onder ruim 200 mannelijke werknemers woonachtig in de provincie Groningen en de kop van Drenthe, in de jaren 1975 tot 1977.

In het kort iets over de voorgeschiedenis van het onderzoek. Deze studie vond plaats binnen de aktiviteiten van de Werkgroep Psychohygiëne onder leiding van Prof.Dr. R.Giel, hoofd van de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen. De Werkgroep Psychohygiëne was destijds in het leven geroepen door de toenmalige staatssecretaris van het Ministerie van Volksgezondheid Dr.R.H.Kruisinga met het oog op het van de grond brengen van psychohygiënisch onderzoek in Nederland. Organisatorisch werd de Werkgroep ondergebracht bij de Gezondheidsorganisatie T.N.O. Een belangrijke leiddraad bij het opzetten van de onderzoeksaktiviteiten vormde de vraag naar de relatie tussen maatschappelijk onbehagen, persoonlijk onwelbevinden, het uiten van vage lichamelijke klachten en de levensomstandigheden waarin mensen verkeren. Tegen die achtergrond werden studies verricht naar het gebruik van psychofarmaca onder de bevolking (Ormel,J., 1975), naar de gezondheidsbeleving van flatbewoners (Ormel en Giel, 1975 en 1977) en naar de levensomstandigheden en psychische stoornissen (Giel,R. et.al, 1978). Deze betroffen in enkele gevallen deelanalyses van het onderzoek "Medische Consumptie" dat onder leiding van wijlen dr.J.L.Jessen in 1970 onder een representatief deel van de Nederlandse bevolking was gehouden.
Het onderhavige onderzoek vormt één van de twee zelfstandige onderzoekingen die eksplicit werden gericht op het verband tussen belastende levensomstandigheden en ziektegedrag. Het gaat hier nadrukkelijk om ziektegedrag in de vorm van ziekteverzuim; in het andere onderzoek, uitgevoerd door drs. J.Ormel gaat het meer om de uiting van persoonlijk welbevinden en onwelbevinden, van allerlei lichamelijke klachten over de gezondheid en onbehagen over de maatschappij.

Beide onderzoekingen werden uitgevoerd in de jaren 1975 tot en met 1977. Het voortbestaan van de Werkgroep Psychohygiëne, dat voor het grootste deel afhing van de subsidiëring door het Ministerie van Volksgezondheid reikte niet ver genoeg om de formele afronding van de rapportage binnen de levensduur van de Werkgroep gereed te hebben. Hierdoor werd de uiteindelijke verslaglegging van de resultaten aanzienlijk vertraagd, hetgeen voor géén van de betrokkenen een bevredigende gang van zaken is geweest.

De verwijzing voor de gebruikte publikaties vindt direkt via de auteursnaam en het jaar van verschijning plaats naar de achterin opgenomen literatuurlijst. Publikaties die na 1977 zijn verschenen zijn slechts bij uitzondering nog in de literatuurlijst opgenomen.

Bij het schrijven over een dergelijk onderwerp als langdurige arbeidsongeschiktheid wegens ziekte is het gebruik van de term ziekteverzuim bijna onvermijdelijk. Door de negatieve betekenis van nalatigheid die aan het begrip 'verzuim' nu eenmaal kleeft, zou men het gebruik ervan wellicht achterwege moeten laten of zoveel mogelijk moeten beperken. Dit is voor de onderzoeker een lastige opgave, omdat hij op gekunstelde wijze een term zou moeten trachten te vermijden die in de dagelijkse praktijk veelvuldig voorkomt. In dit verslag worden ter afwisseling termen als ziekteverzuim en afwezigheid wegens ziekte, verzuimduur en ziekteduur, etc., door elkaar gebruikt, zonder dat voor de schrijver hun betekenis verschilt; dat wil zeggen dat ze geen bijzondere emotionele, positieve noch negatieve lading bezitten.

De indeling in hoofdstukken.

Het verslag begint in hoofdstuk 2 met een overzicht van het juridische kader waarbinnen ziekteverzuim geplaatst moet worden. In het bijzonder geldt dit voor de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering, die voor de langdurige afwezigheid wegens ziekte van groot belang is. Vervolgens worden in hoofdstuk 3 een aantal cijfers over het ziekteverzuim gepresenteerd, die de ontwikkeling van de laatste jaren in beeld brengen. Tenslotte wordt ingegaan op de achtergronden van het langdurige arbeidsverzuim, die uit onderzoek bekend zijn geworden.

Het vierde hoofdstuk stelt het doel en uitgangspunt van het onder-

zoek aan de orde. Centraal in de theoretische overwegingen rond de opzet van het onderzoek staat het beslissingsmodel van Philipsen (1969). Tussen het begin en het einde van een ziektegeval zijn verschillende fasen af te grenzen, waarvan er twee zijn te onderscheiden door de ziek- en herstelmelding. Wij richten ons primair op het vervolg op de ziekmelding, waarbij het ons gaat om de vraag naar het al dan niet plaatsvinden van een (gedeeltelijk) herstel. In dit onderzoek gaan we na welke individuele en maatschappelijke omstandigheden dat moment van herstel bespoedigen, vertragen of zelfs niet doen plaatsvinden. In het bijzonder schenken we aandacht aan de rol van individuele stressfaktoren bij het langdurig ziekteverzuim. Dit vormt het centrale thema van het onderzoek. Daarnaast onderscheiden we enerzijds faktoren die aan de persoon van de zieke zijn gebonden, zoals iemands perceptie van de ziekte, en anderzijds faktoren die meer in iemands omgeving zijn gelegen. Onder de laatstgenoemde katogorie vallen vooral de kenmerken van het bedrijf en van de woonplaats.

In hoofdstuk 5 worden de opzet van het onderzoek en de gevolgde werkwijze besproken. Gekozen is voor een vervolgonderzoek onder ruim 200 mannelijke werknemers voornamelijk woonachtig in de provincie Groningen, die tenminste 10 weken in de ziektewet liepen vanwege een ongeval of een ziekte van de bewegingsorganen. Op enkele respondenten na werd iedereen tweemaal ondervraagd, eenmaal in de vierde ziektewetmaand en andermaal één jaar na het begin van de ziekmelding. Dit laatste tijdstip is zo gekozen dat in principe voor iedere respondent bekend kon zijn of iemand was overgegaan in de WAO.

In hoofdstuk 6 komen de afhankelijke of de te verklaren variabelen aan bod. Aan de ene kant onderscheiden we een drietale indikatoren voor de feitelijke ziekteduur, waarbij (1) het aantal volledige ziektedagen, (2) het aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen dat iemand heeft gehad, geteld worden en (3) het wel of niet plaatsvinden van een medische afkeuring (de overgang in de WAO) in beschouwing wordt genomen.
Aan de andere kant trachten we de feitelijke ziekteduur ook nog kwalitatief te karakteriseren. Hoeveel dagen een ziektegeval in beslag zal nemen hangt in belangrijke mate af van de aard van de aandoening waarmee iemand zich ziekmeldde en van het soort werk dat hij verrichtte. Deze twee faktoren bepalen in eerste instantie de "vereiste" of "noodzakelijke" ziekteduur. Het ging ons nu om het vaststellen van welke ziekteduren afweken van wat als "normaal" of "redelijk" kon worden beschouwd gezien de ernst van de aandoen-

ing en de aard van het werk. De vaststelling hiervan geschiedde op twee manieren, zowel door de onderzochte patienten als door de betrokken verzekeringsgeneeskundigen:

1. door een voorspelling te doen over de nog te verwachten ziekteduur op het moment dat iemand nog ziek was (prospektief); deze voorspelde duur werd later vergeleken met de feitelijke.
2. door op het tweede onderzoekstijdstip een oordeel achteraf te geven over de vraag of de ziekteduur relatief te lang of te kort duurde (retrospektief).

Op deze wijze verkregen we een inzicht in de aard van het verzuim, waarbij in dit geval het absolute aantal ziektedagen minder van betekenis was. We spreken dan steeds van de relatieve ziekteduur in tegenstelling tot de hierboven genoemde feitelijke ziekteduur.

In hoofdstuk 7 geven we een beschrijving van de verklarende variabelen. Aan de orde komen achtereenvolgens de verschillende onderdelen van het theoretisch model.

a. de binding aan de ziekerol, die de mate weergeeft waarin iemand vanwege zijn aandoening gebonden wordt aan de ziekerol,
b. de binding aan de arbeidsrol, die de mate weergeeft waarin iemand vanwege zijn motivatie en zijn werk gebonden is (kan zijn) aan de arbeidsrol.
c. de psychosociale "stress": de belasting tengevolge van chronische en akute problematiek, waaraan iemand zowel vóór als tijdens de ziektewet-periode blootstond.
d. de belastbaarheid van en weerbaarheid tegen "stress": hier gaat het om iemands coping-vermogen dat wil zeggen de wijze waarop iemand omgaat met zijn problematiek.
e. de kenmerken van het bedrijf: waarbij de aandacht vooral gericht was op indikatoren van de bedreigdheid van arbeidsplaatsten binnen het bedrijf.
f. het sociaal-ekonomisch en sociaal-kulturele woongebied: weergegeven door verschillende variabelen betreffende de gemeente waar iemand woonachtig was.

De bevindingen worden gepresenteerd in de hoofdstukken 8 en 9. De direkte, en ten dele de indirekte, samenhangen tussen de verklarende variabelen en de feitelijke en de relatieve ziekteduur geven een eerste aanwijzing van de juistheid van de veronderstellingen. De toetsing geschiedt met behulp van enkelvoudige en partiële korrelatie-coefficienten (beta-coëffi-

ciënten). Multipele regressie laat zien hoeveel variantie in de afhankelijke variabelen wordt gebonden door een bepaald cluster van onafhankelijke variabelen.

Het grote aantal verklarende variabelen maakte het niet mogelijk alle indirekte of onderdrukte verbanden te onderzoeken en te rapporteren. Voor de evaluatie van het theoretisch model in hoofdstuk 10, werd een tiental variabelen geselekteerd. Deze tien variabelen werden op hun onderlinge samenhang nader onderzocht en vervolgens gelijktijdig in verband gebracht met het langdurige ziekteverzuim. Er is afzonderlijk nagegaan, inhoeverre de resultaten binnen elk van de twee diagnose-groepen, namelijk de ongevallen en de ziekten van de bewegingsorganen, identiek waren.

Hoofdstuk 11 geeft tenslotte een samenvatting van de bevindingen en een nabeschouwing over de theoretische en praktische betekenis van de resultaten. In een aparte paragraaf wordt de groep van de WAO-ers naar voren gehaald.

Hoofdstuk II. De omvang van het langdurige ziekteverzuim.

1. Inleiding.

De ontwikkeling van het ziekteverzuim heeft al tot veel verontrusting aanleiding gegeven. Vooral in het begin van de zestiger jaren toen het ziektepercentage over een periode van acht jaar met ruim 30% steeg (Philipsen, 1969). Sindsdien is deze ontwikkeling doorgegaan. Heden ten dage richt de aandacht zich vooral op de jaarlijkse toename van het aantal aanspraken op de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO).

Het stelsel van sociale zekerheid waarvan de WAO een belangrijk onderdeel vormt, kreeg grotendeels in het midden van de zestiger jaren zijn beslag. Het recht op sociale zekerheid en het recht op gelijke kansen welke aan dit stelsel ten grondslag liggen, kregen gestalte in wettelijke regelingen, die een ieder die in behoeftige omstandigheden kwam te verkeren, bijvoorbeeld ten gevolge van werkloosheid of arbeidsongeschiktheid, een inkomen verschaffen. Zo ontstonden enerzijds de zogenaamde sociale verzorgingswetten zoals de Algemene Bijstandswet, die ieder een bepaald bestaansminimum garandeerde, de Wet Werkloosheidsvoorzieningen (WWV), de Rijksgroepsregeling Werkloze Werknemers (RWW) en de Tijdelijke Groepsregeling Mindervaliden (TRM), welke de financiële gevolgen bij langdurige werkloosheid trachtten op te vangen. Alle werden in 1965 ingevoerd. Anderzijds kwam in het kader van de werknemersverzekeringen naast een herziening van de Ziektewet, de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering in 1967 tot stand. Deze zogenaamde loondervingswetten beoogden het arbeidsinkomen veilig te stellen bij tijdelijk of blijvend verlies van de arbeidsgeschiktheid. Via de WAO diende bij uitstek het recht op zelfontplooiïng en op gelijke kansen tot gelding te komen, doordat het mogelijk werd om voorzieningen te treffen die niet alleen gericht waren op het geschikt zijn of worden voor arbeid maar ook op een verbetering van de levensomstandigheden. Sinds 1976 zijn dergelijke regelingen krachtens de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) van toepassing op een ruimere kring van verzekerden, waartoe nu zelfstandigen, vroeg-gehandicapten en huisvrouwen behoren. Als basisvoorziening geldt nu de AAW, terwijl de WAO bij de loonderving voor een aanvulling zorgt.

In het algemeen is iemand die de pech van onvrijwillige werkloosheid heeft, op den duur financieel slechter uit dan ingeval van ziekte of ongeval. De

werkloze geraakt na een uitkering krachtens de werkloosheidswet gedurende een half jaar tenslotte in de bijstand via de WWV en de RWW hetgeen neerkomt op een bestaan met een minimum-inkomen. De regelingen van de ZW en de WAO garanderen iemand daarentegen tot zijn 65ste jaar een uitkering van tenminste 80% van zijn laatst verdiende inkomen (zie bijvoorbeeld Van Zaal, 1977).

In het volgende zal ik aangeven hoe groot de stijging van het ziekteverzuim in de afgelopen jaren is geweest en bij welk type ziektegevallen die stijging het duidelijkst naar voren kwam. In het volgende hoofdstuk zal ik ingaan op enkele achtergronden die met name bij het langdurig ziekteverzuim van belang zijn. Allereerst volgt een korte beschouwing over de Ziektewet en de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering.

2. De Ziektewet en de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Deze wetten hebben ten doel de geldelijke gevolgen op te vangen van arbeidsongeschiktheid, veroorzaakt door ziekte, ongeval of gebrek. Ze gelden voor iedereen die werkzaam is in een dienstbetrekking of die maatschappelijk met een werknemer gelijkgesteld kan worden. Ambtenaren zijn niet krachtens deze doch andere wettelijke regelingen verzekerd. Allereerst bestaat het recht op uitkering krachtens de ZW gedurende een periode van maximaal 52 weken. Wanneer de arbeidsongeschiktheid voortduurt zal uitkering via de WAO volgen.

Bij de ZW gelden de zogenaamde wachtdagen of carenzdagen, de eerste twee werkdagen waarover wettelijk geen recht op uitkering bestaat. In de meeste bedrijfstakken zijn gunstiger regelingen getroffen, waarin de werknemer geen of een zeer beperkt eigen financieel risiko heeft. De ZW-uitkering is gebaseerd op maximaal 80% van het laatstverdiende dagloon. De uitkering welke aan een maximum is gebonden duurt maximaal één jaar. Dat jaar wordt beschouwd als de wachttijd voor de WAO.
Geldt bij de ZW als kriterium de ongeschiktheid tot het verrichten van zijn arbeid, bij de WAO wordt de mate van arbeidsongeschiktheid bepaald aan de hand van een schatting van iemands vermogen om met passende arbeid nog een inkomen te verdienen (de zogenaamde verdienkapaciteit van de belanghebbende).

De WAO kent in tegenstelling tot de ZW formeel zeven klassen van arbeidsongeschiktheid, oplopend van 15-25% tot 80-100% arbeidsongeschikt-

heid. Geen recht op uitkering bestaat bij een arbeidsongeschiktheid van minder dan 15%. De uitkering kan tot het 65ste levensjaar voortduren.

3. Arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of gebrek.

Zowel in de ZW als in de WAO gaat het om het begrip arbeidsongeschiktheid. Dit vormt het zogenaamde rechtsfeit, dat het recht op uitkering meebrengt. Een noodzakelijke voorwaarde om van arbeidsongeschiktheid te kunnen spreken vormt de aanwezigheid van een ziekte of gebrek zoals blijkt uit de formulering van de desbetreffende artikelen in de beide wetten.
Artikel 19 van de Ziektewet luidt:
"De verzekerde heeft bij ongeschiktheid tot het verrichten van zijn arbeid wegens ziekte recht op ziekengeld".
In artikel 18 lid 1 van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering is het als volgt omschreven:
"Arbeidsongeschikt, geheel of gedeeltelijk, is hij die tengevolge van ziekte of gebreken geheel of gedeeltelijk buiten staat is om met arbeid die voor zijn krachten en bekwaamheid is berekend en die met het oog op zijn opleiding en vroeger beroep hem in billijkheid kan worden opgedragen, ter plaatse waar hij arbeid verricht of het laatst verricht heeft, of op een naburige soortgelijke plaats te verdienen hetgeen lichamelijk en geestelijk gezonde personen van dezelfde soort en van soortgelijke opleiding op zodanige plaats met arbeid gewoonlijk verdienen".
In de wet worden de begrippen ziekte en gebrek niet nader gedefinieerd (Hack, 1974; Haverkamp, 1977). In de jurisprudentie wordt wat betreft het ziektebegrip in het algemeen vastgehouden aan de definitie van de hoogleraren Hijmans van den Bergh en Baart de la Faille (1936). Deze gaan er van uit dat ziekte betrekking heeft op het proces van een verstoring, of een op korte termijn dreigende verstoring van de lichamelijke of geestelijke funkties van de mens, met als gevolg een daling van geestelijke of lichamelijke prestatievermogens. Het begrip ziekte veronderstelt een aktieve reaktie van het organisme, te weeg gebracht door een bepaalde oorzaak. Ook op psychische stoornissen wordt dit ziektebegrip van toepassing geacht, indien er sprake is van een verstoring van het psychisch evenwicht.
In het algemeen wordt als gebrek beschouwd een evenwichtstoestand waarbij iemand niet over de geestelijke en lichamelijke prestatievermogens beschikt, die geacht worden aan een normaal ontwikkeld mens van ongeveer gelijke

leeftijd eigen te zijn. Aangezien sinds 1967 ziekte en gebrek met elkaar gelijkgesteld zijn, is het niet meer van belang of een aandoening als een ziekte of een gebrek beschouwd moet worden. Daardoor is het weinig zinvol te strijden over de vraag of degeneratieve rugaandoeningen, wanneer die "passen" bij iemands leeftijd gezien zijn arbeidsverleden, als ziekte of als gebrek zijn te betitelen. Ongeschiktheid ten gevolge van ziekte of gebrek is dan op te vatten als de toestand, waarin het niveau van iemands prestatievermogens ontoereikend is ten opzichte van het voor zijn arbeid vereiste.

Er zijn tenslotte buiten ziekten en gebreken nog andere omstandigheden die tot arbeidsongeschiktheid kunnen leiden en die als zodanig in de rechtspraak zijn erkend: onvoldoende fysieke eigenschappen, onvoldoende overige eigenschappen of scholing en onvoldoende aanpassing. Het gaat hierbij vaak om gevallen waarbij de verhouding draaglast en draagkracht duidelijk is verstoord, waardoor er wel ongeschiktheid tot werken ontstaat doch waarbij er veelal geen sprake is van ziekte of gebrek in de hierboven omschreven betekenis. Het ziektebegrip heeft in deze gevallen vermoedelijk inhoudelijk weinig betekenis meer. De omvang van deze kategorie is onbekend; evenals onder welke noemer zij in de statistiek worden opgenomen.

In het algemeen moet de arts die belast is met de uitvoering van deze wetten bij de toepassing van bovengenoemde kriteria een oordeel vellen over:

a. of de betrokkene lijdt aan een ziekte of gebrek;
b. wat het niveau van de prestatievermogens is dat vereist is voor zijn arbeid;
c. hoezeer de prestatievermogens van de betrokkene aangetast zijn door de ziekte of het gebrek en tenslotte
d. inhoeverre het laatste niveau inadekwaat is ten opzichte van het eerder genoemde.

Het gaat hierbij uiteraard vooral om de onderlinge relatie tussen a, b, c en d. De weinig precieze vaststelling van het gewicht van elk maakt een afgewogen beoordeling niet gemakkelijk. Bij de uitvoering van de WAO komt hier nog een komplicerende faktor bij, afgezien van de omstandigheden dat iemands vroegere werk niet meer het uitgangspunt vormt.

Een belangrijk bijkomend kriterium voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid is gelegen in artikel 21 van de WAO, lid 2, sub a: "Bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt, zoveel

doenlijk, rekening gehouden met door deze arbeidsongeschiktheid veroorzaakte verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid als bedoeld in artikel 18, eerst of tweede lid". In de beoordeling moet dus tevens worden betrokken inhoeverre iemand met zijn resterende arbeidskapaciteit nog een reëel inkomen kan verdienen op de lokale arbeidsmarkt. De mate waarin arbeid die in overeenstemming is met iemands beroepsverleden voorhanden is, bepaalt mede de mate van arbeidsongeschiktheid.

4. Uitvoering van de ZW en de WAO.

Met de uitvoering van de werknemersverzekeringen zoals de WW, de ZW en de WAO zijn de bedrijfsverenigingen belast. Dit zijn organen - in totaal 26 - die door werknemers- en werkgeversorganisaties per sektor van het bedrijfsleven, bijvoorbeeld de metaal- of de bouwnijverheid, zijn opgericht en in stand worden gehouden (op basis van de Organisatiewet Sociale Verzekeringen, 1952). Hoewel de bedrijfsverenigingen hun administratie zelf mogen voeren, zijn er maar 11 die dit inderdaad doen, de zogenaamde zelf-administrerende bedrijfsverenigingen. Een bekend voorbeeld is de bedrijfsvereniging voor de detailhandel en ambachten (Detam). De overige 15 laten hun administratie verzorgen door het Gemeenschappelijk Administratie kantoor (GAK). De bedrijfsverenigingen stellen verder de premies vast die voor die wetten verschuldigd zijn.
Een aantal,veelal grotere, ondernemingen voeren soms alleen, soms gezamenlijk onder toezicht van de bedrijfsvereniging die administratie in eigen beheer. Zij stellen dan zelf de hoogte van de premies vast en dragen daarmee hun eigen risiko voor wat betreft werkloosheid en ziekteverzuim. Indien enkele ondernemingen dit gezamenlijk doen vormen ze zogenoemde afdelingskassen; Philips is een voorbeeld van een bedrijf dat zelf zijn eigen risiko draagt voor het ziekteverzuim.

Voor de uitvoering van de ZW beschikken de zelf-administrerende bedrijfsverenigingen over een eigen medische dienst, die niet zelden bestaat uit een medisch adviseur met huisartsen die de kontroles en keuringen verrichten. Het GAK heeft één medische dienst, die sterk gedecentraliseerd is en waarbij de verzekerings-geneeskundigen uitsluitend in vaste dienst zijn. Bij de afdelingskassen en eigen-risikodragers (AKER) ligt de wijze van medische kontrole en begeleiding tamelijk ingewikkeld en ondoorzichtig. Sommige Akers voeren de kontrole volledig zelf, andere laten deze over aan de bedrijfsvereniging en weer andere dragen die kontrole pas na

verloop van tijd, bijvoorbeeld na 10 of 26 weken, over aan de bedrijfsvereniging. Hiermee zijn vermoedelijk nog niet alle mengvormen van kontrole aangeduid, die in de praktijk kunnen voorkomen. De methodiek van kontrole zowel door artsen als door leken-kontroleurs tijdens de ZW-periode loopt nogal uiteen bij de verschillende bedrijfsverenigingen en Akers.
Voor de uitvoering van de WAO zijn de bedrijfsverenigingen verplicht aangewezen op het advies van de Gemeenschappelijk Medische Dienst (GMD). Deze instantie beoordeelt de mate van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde en adviseert tevens over de noodzaak van voorzieningen hetzij ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid, hetzij ter verbetering van levensomstandigheden. Naast medici hebben ook arbeidsdeskundigen en wetstechnische medewerkers ieder hun aandeel in de advisering.

5. De omvang van de verzuimproblematiek.

In het kort wordt nu de ontwikkeling van het ziekteverzuim geschetst zoals deze zich de laatste 10 à 15 jaar manifesteerde. De gepresenteerde gegevens zijn gebaseerd op de jaarverslagen van de bedrijfsverenigingen en de daarop aansluitende diagnose-statistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en op de ziekteverzuim- en diagnose-statistiek van het Nederlans Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (NIPG). De laatstgenoemde statistiek geldt als betrouwbaarder en nauwkeuriger dan die van het CBS, vanwege de omschreven populatie waarop zij betrekking heeft en de wijze van registratie. Het gaat hierbij om ongeveer 300.000 mannen en 50.000 vrouwen afkomstig uit ongeveer 400 grote en middelgrote industriële bedrijven. De landelijke diagnose-statistiek van het CBS daarentegen heeft betrekking op ongeveer 75% van de verzekerde werknemerspopulatie. Het precieze aantal is niet bekend, maar het wordt geschat door het aantal type-verzekerden vast te stellen op basis van het verzekerd loonbedrag. Buiten deze statistiek vallen het overheidspersoneel, voorzover niet op arbeidskontrakt werkzaam, en het personeel dat in dienst is van een aantal grote bedrijven die zelfstandig of gezamenlijk hun eigen ziekengeldverzekering uitvoeren (de hierboven genoemde afdelingskassen en eigen-risikodragers). In die CBS-cijfers zijn in tegenstelling tot de NIPG-statistiek niet de kortdurende verzuimen opgenomen, welke formeel niet onder de ZW vallen. Elk van de gebruikte statistieken heeft derhalve zijn beperkingen. Aan beide kleeft het bezwaar dat de gegevens uitsluitend betrekking hebben op de ziektegevallen van werk-

nemers die voor de wettelijke ziekengeldverzekering, zowel verplicht als vrijwillig, zijn verzekerd en die dus onder de loongrens vallen. Mede op grond van deze beperkingen zullen we ons bepalen tot de hoofdlijnen van het ziekteverzuim, zonder een gedetailleerd onderzoek van specifieke groepen.

Eerst nemen we de ontwikkeling van de ziektefrekwentie (ofwel het gemiddeld aantal malen dat iemand zich ziek meldt), de gemiddelde ziekteduur (ofwel de gemiddelde duur in dagen die een ziektegeval in beslag neemt) en het ziektepercentage (ofwel het aantal ziektedagen per 100 arbeidsdagen) in ogenschouw.

Over een periode van 20 jaar (1955-1974) steeg de ziektefrekwentie per werknemer ongeveer 30%, de gemiddelde ziekteduur met ruim 20% en het ziektepercentage ruim 60%. De relatief sterkste stijging van de gemiddelde duur van een ziektegeval trad op aan het einde van de zestiger jaren.

Bezien we de ontwikkeling voor mannen en vrouwen afzonderlijk over het tijdvak van 1965-1975, dan valt op dat de ziektefrekwentie bij vrouwen zich duidelijk boven het niveau van dat van de mannen bevond en zich in

Tabel 1: Ontwikkeling van ziektefrekwentie, gemiddelde ziekteduur en het ziektepercentage 1965-1975, naar geslacht.

	gemiddeld aantal ziekmeldingen per werknemer		gemiddelde ziekteduur in dagen		ziektepercentage	
	M	V	M	V	M	V
1965	1,5	2,1	16	10	6,4	5,9
1968	1,6	2,3	17	11	7,2	6,8
1970	1,7	2,6	17	12	7,6	8,4
1972	1,6	2,5	17	13	7,6	8,9
1975	1,8	2,8	18	14	8,5	10,5
Perc. toename '75-'65	+20%	+33%	+10%	+39%	+33%	+78%

Bron: Statistisch zakboek CBS, 1974 en 1975 (gebaseerd op NIPG statistiek).

toenemende mate daarvan verwijderde. Was er in 1965 een relatief verschil van 40%, in 1975 was dit opgelopen tot ongeveer 55%. Het omgekeerde beeld treft men aan bij de ziekteduur. Mannen bleven gemiddeld langer thuis dan vrouwen, doch de verschillen tussen beide sexen werden in de loop der tijd

kleiner. Het relatieve verschil is in 10 jaar tijd meer dan gehalveerd. namelijk van 60% tot 27%. De snelle toename van de ziektefrekwentie en ziekteduur bij vrouwen komt vooral tot uitdrukking in het ziektepercentage dat ten opzichte van 1965 met 78% is gestegen, en bij mannen met 33%.

Wanneer wij ons vervolgens richten op het langdurige verzuim en dan uitgaan van een verzuimduur van tenminste zes weken, gaat het nog maar om een relatief klein percentage van het totaal aantal gevallen dat wegens ziekte of ongeval jaarlijks uitvalt. Ongeveer 89% van de ziektegevallen is binnen de termijn van zes weken hersteld.
De overblijvende gevallen nemen evenwel ongeveer 60% van alle ziektedagen voor hun rekening! Vergelijken we de percentages ziektegevallen die langer duren dan respektievelijk 6, 13, 26 en 52 weken, dan is er sprake van een relatieve toename na drie maanden en in mindere mate na één jaar.

Tabel 2: Aantal ziektegevallen nog niet hersteld na 6, 13, 26 en 52 weken in percentages van het totaal aantal tot uitkering gekomen gevallen.

	Nog niet hersteld na:			
	6 weken	13 weken	26 weken	52 weken.
1968	10,3	4,6	3,7	1,5
1970	10,5	4,7	2,4	1,4
1972	11,2	5,1	2,6	1,6
1974	10,8	6,5	2,6	1,7
Perc.toe-name '74-'68	+5%	+41%	-24%	+13%

Bron: Statistical Yearbook of the Netherlands, CBS, 1975. Jaarverslagen bedrijfsverenigingen.

Het aantal ziektegevallen dat de grens van een half jaar overschreed, bleef uitgezonderd het piekjaar 1968 tamelijk konstant rond de 2,5%; een percentage dat ook in het begin van de jaren zestig al voorkwam. Deze cijfers geven niet meer dan een globaal beeld van de ontwikkeling en dienen gezien de herkomst uit de jaarverslagen van de bedrijfsverenigingen met enige voorzichtigheid gehanteerd te worden. Bovendien moet men er rekening mee houden dat bij een stijging van de ziektefrekwentie in de loop der jaren

hetzelfde percentage "niet hersteld" betrekking heeft op een groter absoluut aantal personen.

Het patroon van de gezondheidsklachten is in de loop van deze jaren nogal veranderd. Het aantal ziektedagen gebaseerd op tellingen van de jaarverslagen van de bedrijfsverenigingen is in de periode 1968-1974 gestegen van bijna 2,5 naar ruim 3,5 miljoen,dat is een stijging van 47%. Van elke drie ziektegevallen is de reden bij ongeveer twee onbekend. Dit betreft vooral de kortdurende gevallen die vanwege een andere kontrole-systeem niet meer door een arts worden gezien en dus niet van een diagnose-etiket worden voorzien. Het absolute aantal gevallen waarvan de diagnose wel bekend is, is in die periode vrijwel gelijk gebleven , ± 1,5 miljoen. Binnen deze groep komen eigenlijk alleen de ziekten der bewegingsorganen en de psychische afwijkingen duidelijk vaker voor. De rest is in absolute zin achteruitgegaan. Bezien we die cijfers alleen voor de ziektegevallen met een duur van 26 of 52 weken, dan blijken alle diagnosegroepen relatief gestegen te zijn uitgezonderd de infektieziekten, de bloedziekten en de ziekten van de ademhalings organen (deze daalden alle met meer dan 10%). De toename, dat wil zeggen een verdubbeling,ligt voornamelijk bij de altijd al zeer belangrijke diagnosekategorieën van de psychische stoornissen en de ziekten der bewegingsorganen. Bij de laatste telt met name de subkategorie van de overige ziekten van het skelet, gewrichten, spieren, pezen en bursae. Ongeveer de helft van de ziektegevallen met een dergelijke verzuimduur leed aan één van beide typen gezondheidsklachten.

Tenslotte bekijken we de leeftijdsverdeling per ziekteduur-kategorie. Bij mannen overweegt het aantal ouderen, vooral en in toenemende mate bij het voortdurende verzuim. Vooral de jongste leeftijdsgroep kwam verhoudings gewijs weinig voor bij een verzuim van langer dan één jaar. Het waren met name mannen ouder dan 45 jaar, die het gehele ZW-jaar volmaakten: tweederde van de ziektegevallen werd gevormd door personen uit die leeftijdsgroep. Dit beeld is in de jaren van 1969 tot 1972 nauwelijks veranderd (zie tabel 3). Bij vrouwen lag dit anders. Het opvallende was dat in alle de drie verzuimduur kategorieën de jongere leeftijdsgroepen relatief sterk vertegenwoordigd waren. Op het tijdstip van drie maanden ziektewet was de verhouding tussen de leeftijdskategorieën ongeveer gelijk. Na één jaar was bijna de

helft van de ziektegevallen jonger dan 45 jaar. Bovendien wijzigde die verhouding zich over de onderzochte vier jaren tamelijk sterk: Verhoudingsgewijs was het aandeel van de jongere vrouwen in elk van de drie verzuimduur kategorieën toegenomen.

Tabel 3: Percentuele verdeling van drie leeftijdsklassen voor drie verzuimkategorieën naar geslacht, 1969 en 1972.

	Nog niet hersteld na:					
	13 weken		26 weken		52 weken	
	1969	1972	1969	1972	1969	1972
Mannen:						
15-24 jaar	10	10	8	8	6	6
25-44 jaar	39	38	29	32	25	27
45 jaar en ouder	51	52	63	60	69	67
	100	100	100	100	100	100
Vrouwen:						
15-24 jaar	33	35	19	26	14	20
25-44 jaar	36	40	34	37	30	34
45 jaar en ouder	31	25	47	37	56	46
	100	100	100	100	100	100

Bron: Diagnosestatistiek bedrijfsverenigingen, CBS, 1969 en 1972.

Wat betreft de stijging van het ziekteverzuim over een periode van 1958 - 1970 kan uit onderzoek onder ruim 3700 mannelijke industriële werknemers worden gekonkludeerd dat de toename van het aantal ziekmeldingen niet komt omdat men gemiddeld steeds vaker gaat verzuimen, maar omdat steeds meer mensen gaan verzuimen (Philipsen, 1977 - a). Deze toename wordt vooral teweeg gebracht door het percentage personen dat jaarlijks tenminste eenmaal verzuimt en niet door het aantal verzuimen per persoon. Bij de jongeren is opvallend de stijging van het percentage verzuimers, bij de ouderen de stijging van de ziekteduur. Opgemerkt moet worden dat de uitkomsten van het onderzoek betrekking hebben op een betrekkelijk gezonde populatie, van wie niemand op dat moment op medische gronden blijvend arbeidsongeschikt was verklaard. Daardoor werden de cijfers niet vertekend door de lange ziekteduren van een jaar (WAO-effekt).

6. De omvang van de WAO-problematiek

Wenden wij ons nu tot de ziektegevallen die na één jaar nog niet zijn hersteld en daarmee de wachttijd voor de WAO hebben volgemaakt. Al deze gevallen dienen door de bedrijfsverenigingen te worden aangemeld bij de Gemeenschappelijk Medische Dienst, die advies uitbrengt over de mate van hun arbeidsongeschiktheid. De registratie van deze zogenaamde adviesaanvragen-einde-wachttijd, neergelegd in de jaarverslagen, verschaft ons een beeld van de jaarlijkse aanwas van WAO-gerechtigden. Dit betreft in hoofdzaak kenmerken zoals geslacht, leeftijd, diagnose en de mate van arbeidsongeschiktheid. Een karakteristiek van het beroep ontbreekt tot op heden.

Achtereenvolgens zal ik eerst de jaarlijkse toe- en afname van WAO-gerechtigden bespreken en vervolgens de opbouw van het totale bestand van degenen die een uitkering genieten.

6.1. Intrede in de WAO

De stijging van het aantal aanvragen, zowel in absolute als relatieve zin, ging na een lichte stabilisatie in 1971/72 onverminderd voort. Vooral in 1972 en in 1975 was er van een behoorlijke toename ten opzichte van het voorafgaande jaar sprake.

Tabel 4: Aantal nieuwe WAO-gerechtigden, per 31 december (afgeronde aantallen).

	absoluut (afgerond)	index	Perc. toename t.o.v. het voorgaand jaar
1968	37.000	-	-
1969	45.000	100	-
1970	48.000	107	6,7
1971	49.000	109	2,1
1972	53.000	118	8,2
1973	57.000	126	7,5
1974	61.000	136	7,0
1975	67.000	149	9,8

Bron : Jaarverslagen Gemeenschappelijk Medische Dienst, Amsterdam.

Elk jaar hadden vrouwen een groter aandeel in het totaal van de aanvragen. In 1969 was de verhouding mannen - vrouwen 5,4 : 1, zes jaar later nog maar 3,5 : 1. De gemiddelde leeftijd bij aanvang van de WAO daalde van 49,3 naar 47,7 jaar, een afname van 3,2%.

Tabel 5: De gemiddelde leeftijd van nieuwe WAO-gerechtigden en de percentuele verdeling over drie leeftijdskategorieën 1969 - 1975.

	gemiddelde leeftijd	15-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	totaal
1969	49,3 jaar	32	26	42	100
1970	49,2 jaar	32	26	42	100
1971	48,7 jaar	33	27	40	100
1972	48,4 jaar	34	27	39	100
1973	48,3 jaar	35	27	38	100
1974	47,9 jaar	36	27	37	100
1975	47,7 jaar	37	27	36	100

Bron: Jaarverslag Gemeenschappelijk Medische Dienst, 1975

Uit de leeftijdsverdeling over de verschillende jaargangen blijkt een oververtegenwoordiging van ouderen boven de 55 jaar. De WAO heeft zoals bekend een indeling in zeven arbeidsongeschiktheidsklassen. Men zou kunnen verwachten dat bij het dalen van de gemiddelde leeftijd bij de aanvang van de WAO-uitkering de kans op een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsverklaring over het algemeen zal toenemen; het tegendeel is het geval: Meer mensen worden op steeds jongere leeftijd al direkt volledig arbeidsongeschikt verklaard.

Tot 1972 was het percentage personen dat in de hoogste arbeidsongeschiktheidsklasse werd ingedeeld rond de 79%. In de jaren daarna klom dit snel op tot ongeveer 87% en is sindsdien op dat niveau gebleven. Dit betekent dus dat slechts één op de 8 à 9 personen die de wachttijd voor de WAO hebben voltooid een gedeeltelijke uitkering krijgen toegekend.
De reden hiervoor is volgens de jaarverslagen voornamelijk de grote moeilijkheid om werknemers met beperkte lichamelijke en geestelijke kapaciteiten nog naar het vrije bedrijfsleven terug te voeren. De geringer wordende werkgelegenheid is hier vermoedelijk in belangrijke mate debet aan. Aan de

hand van enkele cijfers betreffende de verhouding tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt is dit ook gemakkelijk te illustreren. Uit tabel 6 blijkt de werkgelegenheid tussen 1970 en 1972 aanmerkelijk verminderd te zijn.

Tabel 6: Geregistreerde arbeidsreserve en openstaande vraag, in percenten van de afhankelijke mannelijke beroepsbevolking, 1970-1972.

	1970	1972
geregistreerde arbeidsreserve	1,5	3,3
openstaande vraag	3,1	1,3

Bron: Statistisch Zakboek, CBS, 1975, 1976.

De geringere kans op passende arbeid resulteert dan via toepassing van artikel 21, lid 2, sub a in een afkeuring. Hierdoor wordt de mate van iemands arbeidsongeschiktheid mede beinvloed door sociaal-ekonomische faktoren. Ook de gronden voor een afkeuring lijken deze veronderstelling te ondersteunen. Enkele belangrijke gronden voor een afkeuring betreffen een vijftal diagnosegroepen, namelijk die van de psychische stoornissen, de ziekten van het circulatieapparaat, van de ademhalingswegen, van de bewegingsorganen en de ongevallen. Bij meer dan driekwart van de gevallen vindt om die redenen afkeuring plaats. Vooral het aandeel van de psychische ziekten en dat van de ziekten der bewegingsorganen is in de periode van 1969 tot 1975 sterk toegenomen.

Tabel 7: Aandeel van enkele diagnosekategorieën in het totaal der adviesaanvragen bij de aanvang van de WAO, in percentages.

	1969	1975
- psychische ziekten	12	19
- circulatieapparaat	22	18
- ademhalingswegen	10	6
- bewegingsorganen	24	28
- ongevallen	8	7
- overige diagnosen	24	22
Totaal	100	100

Bron tabel 7: Jaarverslagen Gemeenschappelijk Medische Dienst, Amsterdam

De twee laatstgenoemde aandoeningen namen in 1975 bijna de helft van alle gevallen voor hun rekening. Daarentegen is het aantal gevallen met een infektieziekte, een nieuwvorming, een endocrinestoornis, een ziekte van het zenuwstelsel of de zintuigen, van de spijsverteringsorganen en van het urogenitaalsysteem relatief gedaald.
Tenslotte worden de adviesaanvragen-einde-wachttijd, die de GMD ontvangt, in enkele kategorieën onderscheiden. Hierdoor kan enig inzicht worden verkregen in het soort problematiek waarmee de GMD te maken krijgt en in de mate waarin naast het aspekt van de loonderving andere WAO-aspekten een rol spelen, zoals bemiddeling naar andere, passende arbeid, omscholing voor een ander beroep en/of voorzieningen ter verbetering van levensomstandigheden.

(I) Gehele of gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid voor iemands vroegere werk is binnen afzienbare tijd te verwachten. Bovendien spelen bijzondere WAO-aspekten geen rol.

(II) Arbeidsongeschiktheid is op medische gronden blijvend. Herstel voor enigerlei vorm van arbeid is uitgesloten of niet aannemelijk. Ook hierbij doen zich geen bijzondere WAO-aspekten voor.

(III) Arbeidsgeschiktheid voor het vroegere werk is onwaarschijnlijk, doch vermoedelijk niet voor andere arbeid. In de toekomst kunnen zich andere WAO-aspekten voordoen.

(IV) Arbeidsongeschiktheid geldt alleen voor het vroegere werk, maar niet voor andere arbeid. WAO-aspekten zoals bemiddeling naar andere arbeid staan op de voorgrond.

Voor de gevallen uit kategorie I is het ziektewetjaar te kort gebleken, hetgeen leidt tot verlenging via de WAO. Wat de diagnose en de prognose betreft ontstaan er geen principiële of praktische moeilijkheden. Volgens een onderzoek dat door de GMD in 1971 werd verricht, hervat 90% binnen één jaar het eigen werk (Van de Pas, 1974). Kategorie II levert evenmin problemen op, blijvende invaliditeit voor alle werk is evident. Kategorie III heeft betrekking op onduidelijke gevallen, waarvan in diagnostisch en prognostisch opzicht nog niet precies bekend is in welke kategorie zij ingedeeld moeten worden. De laatste kategorie, waarbij het WAO-aspekt van de andere geschikt-

heid het belangrijkste punt is, is tevens de omvangrijkste. In 1975 was de verdeling van de nieuwe WAO-gerechtigden over de kategorieën aldus:

Tabel 8: Indeling van de adviesaanvragen-einde-wachttijd in 1975.

Kategorie	I	II	III	IV	geen indeling	totaal
	15	19	12	50	4	100 (n=67.000)

Bron: GMD jaarverslag 1975.

Personen van 35 tot 55 jaar werden relatief het vaakst ingedeeld in de vierde kategorie.

6.2. Beëindiging van de WAO.

Per jaar worden ongeveer 30.000 uitkeringen beëindigd. In 1975 trad een lichte daling op van het absolute aantal beëindigingen ten opzichte van de twee voorafgaande jaren. Op grond van de groei van het WAO-uitkeringenbestand was dit niet verwacht.
De beëindiging van de uitkering komt tot stand door:
1. herstel (minder dan 15% arbeidsongeschikt);
2. het bereiken van de 65-jarige leeftijd;
3. overlijden, of;
4. overige oorzaken.

In ongeveer de helft van de gevallen was pensionering de reden van uittreding. Overlijden zorgde voor ongeveer 20% van de beëindigingen. De betekenis van deze beide gronden van uittreding neemt geleidelijk af door de daling van de gemiddelde leeftijd. Door de sterke stijging van het aantal toekenningen in de jongere leeftijdsgroepen zakt de gemiddelde leeftijd van de mensen met een WAO-uitkering. Hiermee daalt ook het aantal beëindigingen wegens overlijden en het bereiken van de 65-jarige leeftijd. Herstelverklaring en werkhervatting (dus minder dan 15% arbeidsongeschikt) vormde voor ruim 25% van de gevallen de reden van beëindiging.

Bij een vergelijking van drie verschillende leeftijdsgroepen over de jaren 1968 tot en met 1973 blijkt de herstelkans voor jongeren tot 35 jaar het grootst. Wanneer de verschillende jaargangen van nieuwe WAO-ers wordt vergeleken, blijkt het percentage beëindigingen in elke leeftijdsklasse te

dalen. Van elke nieuwe "lichting" kwamen verhoudingsgewijs dus steeds minder weer uit de WAO. Deze ontwikkeling wordt hoofdzakelijk toegeschreven aan twee faktoren (GMD, jaarverslag, 1975), namelijk aan de verslechterde arbeidsmarkt en aan de dalende sterfte door de verjonging van de WAO-gerechtigden. Ondanks het feit dat sinds 1973 de begeleiding van 'andersgeschikte' WAO-ers sterk is geintensiveerd is het niet gelukt het percentage werkhervatting aanmerkelijk te vergroten. Het vinden van passende arbeid voor mensen met resterende arbeidskapaciteiten bleek ook in volgende jaren al te vaak een onmogelijke opgave (Zweekhorst, 1977).

Verder is uit onderzoek naar voren gekomen dat de diagnose geen voorspellende waarde heeft voor uittreding wegens werkhervatting (Groothoff en Hogerzeil, 1977). De percentages van beëindiging lagen binnen elke diagnosegroep in dezelfde orde van grootte.

6.3. De populatie van de WAO-uitkeringgenietenden.

De jaarlijkse groei van het uitkeringenbestand bedraagt vanaf 1970 netto ongeveer 10%. Sindsdien is de omvang ervan met ruim 60% toegenomen. Van een stilstand lijkt voorlopig nog geen sprake. Dit is volstrekt tegen de verwachting die men destijds bij de invoering van de WAO had. Er werd vanuit gegaan dat het aantal uitkeringen zich zou stabiliseren rond de 200.000 op jaarbasis (Kastein, 1974). In 1975 ontvingen bijna 350 duizend mensen een WAO-uitkering. Twee jaar later blijkt dit aantal inklusief de sinds oktober 1976 bijgekomen AAW-gevallen het half miljoen overschreden te hebben.

Tabel 9: Aantal WAO-uitkeringgenietenden, per ultimo december.

	totaal	netto toename	percentuele toename
1968	163.000	26.000	19
1969	194.000	31.000	19
1970	215.000	21.000	11
1971	237.000	22.000	10
1972	260.000	23.000	10
1973	285.000	25.000	10
1974	313.000	28.000	10
1975	349.000	36.000	12

Bron tabel 9: Groothoff en Hogerzeil, 1977

Gerelateerd aan de op grond van de volkstelling geschatte totale populatie van verzekerden (alle werknemers die verzekerd zijn krachtens de WAO, d.i. de beroepsbevolking eksklusief overheidspersoneel, militairen en zelfstandigen) betekent dit, dat in 1975 één op de tien werknemers een WAO-uitkering ontving.
Deze verhouding is relatief gunstig bij de jongere leeftijdsgroepen, maar hij overschrijdt reeds bij de leeftijd van 40 jaar die van 1 : 10. Bij de 60-64 jarigen krijgen zes van de tien een WAO-uitkering. In de leeftijdsgroep van 25-44 jaar is de verhouding bij de vrouwen ongunstiger dan bij de mannen. In 1975 was 84,5% van de uitkeringsgenietenden ingedeeld in de hoogste arbeidsongeschiktheidsklasse (1974: 83,5%). De verdeling mannen - vrouwen wijzigde zich in de loop der jaren nauwelijks: ruim eenvijfde van het bestand (22%) bestaat uit vrouwen.
Wat de leeftijdsopbouw betreft is de leeftijdsklasse van 55-64 jaar de meest omvangrijke. In 1975 omvatte deze kategorie bijna 44% van de uitkeringsgenietenden. Bijna 30% bevond zich in de leeftijdsklasse van 45-54 jaar.

De leeftijdsopbouw van het WAO-bestand wijkt aanzienlijk af van die van de verzekerde populatie of de Nederlandse bevolking (zie tabel 10).

Tabel 10: Percentuele verdeling van het WAO-bestand, de WAO verzekerden en de Nederlandse bevolking over drie leeftijdsklassen 31 december 1975, mannen.

	15-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	totaal
WAO-bestand	26	29	45	100
WAO-verzekerden	73	16	11	100
Nederlandse bevolking	70	17	13	100

Bron: Groothoff en Hogerzeil, 1977

De ontwikkeling van de leeftijdsverdeling over de jaren 1971 tot en met 1975 laat zien dat het aandeel van de ouderen vanaf 55 jaar met ongeveer 5% is afgenomen. Deze afname manifesteerde zich sterker bij de vrouwen dan bij de mannen. Opvallend is de relatieve toename van vrouwen in de leef-

tijdskategorie van 15 tot 44 jaar; bijna éénderde van de vrouwen (31%) bevond zich in 1975 in die kategorie.

Zes diagnose-groepen waren binnen het totale bestand van uitkeringgenietenden de belangrijkste grond voor afkeuring. In de eerste plaats de ziekten van de bewegingsorganen (29%), de psychische stoornissen (20%) en de ziekten van het circulatieapparaat (18%) en daarna de ziekten van de ademhalingswegen (8%), de ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen (6%) en de ongevallen (6%). Het aandeel van de psychische stoornissen en van de ziekten van de bewegingsorganen was, zoals uit tabel 7 bleek,groeiende.

Samenvattend kunnen we zeggen dat het meest opvallende in de voorgaande bespreking van cijfers over het ziekteverzuim is, dat deze een voortdurende stijging laten zien. Zowel in absoluut als in relatief opzicht lijkt het ziekteverzuim en in het bijzonder het langdurige ziekteverzuim zich uit te breiden. Steeds meer mensen gaan deelnemen aan het (langdurige) ziekteverzuim. De ons ter beschikking staande gegevens laten geen definitieve konklusies toe, door het ontbreken van een gestandaardiseerde wijze van verzameling en door het feit dat bepaalde delen van de beroepsbevolking buiten de normale statistiek vallen. De toename van het langdurige ziekteverzuim manifesteert zich op een dusdanige wijze dat jongeren, dat wil zeggen personen jonger dan 55 jaar, in het algemeen vaker langdurig afwezig zijn van hun werk. In het bijzonder treft dit vrouwen. Wat betreft de reden van de langdurige afwezigheid bleek het vooral te gaan om twee diagnosegroepen namelijk de ziekten van de bewegingsorganen en de psychische stoornissen. Op de mogelijke oorzaken hiervan zullen we in het volgende hoofdstuk ingaan.

Hoofdstuk III. Achtergronden van het langdurige ziekteverzuim.

1. Visies op het ziekteverzuim.

Er bestaan verschillende visies op het verschijnsel van het ziekteverzuim (Lammers, 1966). De meest eenvoudige hieromtrent houdt in dat ziekte gewoon verzuim wegens ziekte is. Deze mening zal men vermoedelijk niet vaak meer aantreffen, in ieder geval niet meer met betrekking tot het kortdurend verzuim. Het is op grond van de hiervoor geschetste ontwikkeling zelfs de vraag, of deze visie bij het langdurige verzuim nog geldig is.

Dan vindt men de gedachte dat ziekteverzuim ook een uitvloeisel kan zijn van persoonskenmerken van de verzuimer, soms in de zin van een weloverwogen simuleren, soms als een gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel, dus als een kwestie van mentaliteit. Vele auteurs getuigen van deze visie: Crousen (1968) sprak van aggravatie en van een als slecht beoordeelde mentaliteit bij meer dan een kwart van de door hem onderzochte populatie. Gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel voor het werk en gebrek aan kollegialiteit werden door Oppers (1968) als redenen aangevoerd voor het toenemend ziekteverzuim. Hij achtte die mentaliteit ook van invloed op de duur van het ziekteverzuim. Het onderzoek naar kenmerken van de "veel-verzuimer" heeft echter geen eenduidige resultaten opgeleverd. Soms gaat het zelfs om eigenschappen, die op zich niet meer negatief te noemen zijn, zoals energiek en krachtig optreden en een agressief-kompetitieve instelling (de Kock van Leeuwen, 1958), snel, vastberaden en efficiënt optreden en nadruk op esthetische en kulturele waarden (Knapp, 1961) en intelligentie, ambitie en kreativiteit (Hinkle, Plumner en Whitney, 1961). Recent onderzoek bij werknemers die minstens 10 jaar bij hetzelfde bedrijf hadden gewerkt, wees uit dat de "veel-verzuimer" gekenmerkt wordt door tamelijk veel lichamelijke klachten, tamelijk veel onvrede met het werk evenals met de vrije tijd, een pessimistische kijk op de gang van zaken en een neiging om met lichte gezondheidsstoornissen thuis te blijven (de Vries-van der Zee, 1977).

In de derde plaats treft men de zogenaamde aanpassingsvisie aan,waarmee wordt bedoeld dat de oorzaak van het verschijnsel ziekteverzuim gezocht moet worden in de relatie mens - milieu. In deze visie is er iets mis met het individu, dat niet aangepast is aan zijn naaste omgeving zoals gezin of de werkgroep, aan de organisatie van het bedrijf of aan de omstandigheden van het werk als het tempo, het lawaai, etc. Er is sprake van een verstoring

van de verhouding belasting en belastbaarheid, waarbij de balans ten nadele van de laatste doorslaat. Men spreekt in dit verband wel van het persoonlijkheidskenmerk neuroticisme of neurotische labiliteit, hetgeen gevoelens weergeeft van persoonlijke inadekwaatheid en van falen in de verwerkelijking van de eigen mogelijkheden. Deze gevoelens van lichamelijk en geestelijk onwelbevinden, opgevat als een teken van "life-stress", blijken verband te houden met de ziektefrekwentie en de ziekteduur (Barendregt,1961; Wilde, 1963; Dirken, 1969). Neurotiserende invloeden in de aktuele levenssituatie in de zin van ongunstige gezinsomstandigheden en milieu-invloeden zouden als een belangrijke bron van ziekteverzuim beschouwd kunnen worden.

Tenslotte zijn er benaderingen die niet de verzuimer, doch de omstandigheden voor het verzuim verantwoordelijk stellen. Zo treft men op mikro-niveau theorieën aan over groeps- en leiderschapsverhoudingen (Gadourek, 1965). Op meso-niveau gaat het meer om aspekten van de organisatie of het bedrijf als geheel, zoals de omvang van de onderneming, de organisatiestruktuur, het personeelsbeleid, de aard van het produktieproces, etc. (Dijkstra, 1977; Philipsen, 1969; Ris, 1977). Op het niveau van de maatschappij spreekt men van faktoren die gelegen zijn in de aard en struktuur van de wetgeving, van de uitvoering en toepassing van wettelijke regelingen, de organisatie en struktuur van de gezondheidszorg, ekonomische ontwikkelingen en veranderingen op het gebied van waarden- en normenpatronen. Vooral de houding tegenover de eigen gezondheid en de betekenis van arbeid zou ingrijpend aan het veranderen zijn. Hoewel de invloed van makro-faktoren duidelijk wordt onderkend, is onderzoek naar de betekenis van deze faktoren voor het ziekteverzuim nog betrekkelijk summier (zie Enterline, 1966; Van den Bergh en Ouwenhand, 1965; en Dijkstra, 1974 over de relatie konjunktuur en ziekteverzuim; Tordoir, 1978 over de relatie gezondheidszorg en lange ziekteduren).

2. Enkele statistische en methodologische problemen.

Uit het bestaan van verschillende visies, benaderingen en theorieën kan men afleiden dat het bij het ziekteverzuim gaat om een kompleks verschijnsel waaraan een veelheid van oorzaken ten grondslag ligt. Aan welke oorzaken men prioriteit geeft is mede afhankelijk van wat voor soort ziekteverzuim men op het oog heeft. Gaat het om verzuim van enkele dagen, enkele weken of enkele maanden? Of gaat het om het zeer langdurige verzuim, waarbij de kansen op blijvende arbeidsongeschiktheid een rol spelen?

Eén bepaalde kombinatie van oorzaken is mogelijk bij het ene type verzuimpatroon van meer betekenis dan bij het andere. Bij de interpretatie van bevindingen van empirisch onderzoek moet men hiermee rekening houden.
De wijze van kwantificering van het verzuimgedrag is in dit verband van belang. Vaak worden bij onderzoek op bedrijfsniveau maten gehanteerd als verzuimfrekwentie en gemiddelde verzuimduur. De laatstgenoemde maat vormt een gemiddelde van de duur van alle verzuimen die kunnen variëren van één tot 365 dagen. Eenzelfde gemiddelde kan dus betekenen veel kortdurende en enkele zeer langdurige gevallen, maar ook tamelijk veel gevallen met een middellange verzuimduur. Het is op grond hiervan denkbaar dat de invloed van bepaalde bedrijfsfaktoren op de ziekteduur onvoldoende herkend wordt door de wijze van samenstellen van de maat van de gemiddelde verzuimduur (zie Behrend, 1974; Ris, 1977).

Een ander probleem betreft de vraag hoever de invloed van (sociaal-) psychologische en sociologische faktoren op het ziekteverzuim reikt. Men is al gauw geneigd aan bepaalde resultaten van onderzoek universele geldigheid toe te kennen. Philipsen (1970) betoogde dat dit vaak impliciet wordt gedaan zonder dat men zich voldoende afvraagt onder welke kondities een bepaalde samenhang tussen ziekteverzuim enerzijds en sociale faktoren anderzijds aannemelijk is. Met andere woorden op welke gevallen is een uitspraak van toepassing. Philipsen illustreert dit aan de relatie tussen werkvoldoening en ziekteverzuim waarover de diverse bevindingen niet eenduidig zijn. Het blijkt dat vooral op het niveau van arbeidseenheden, met de omvang van een afzonderlijke afdeling of een nog grotere eenheid, minder werkvoldoening gepaard gaat met meer ziekteverzuim.
Op het niveau van het individu ontbreken de verwachte samenhangen dikwijls of verdwijnen de in de regel zwakke samenhangen indien andere variabelen onder kontrole worden gehouden. Deze situatie kan in de eerste plaats worden verklaard uit het feit dat medische faktoren in het ene geval niet en in het andere geval wel hun overwegende invloed hebben verloren. Immers een ziekmelding vindt in het algemeen pas plaats wanneer zich een gezondheidsstoornis voordoet. De kans op een gezondheidsstoornis is niet voor iedereen gelijk. Het optreden van een dergelijke stoornis is bovendien niet afhankelijk van iemands arbeidssatisfaktie. Uitgaande van individuele werknemers zal de faktor van de gezondheidstoestand een belangrijke plaats innemen in de verklaring van het ziekteverzuim.
Bij een vergelijking tussen afdelingen mag men evenwel veronderstellen dat

medische omstandigheden gelijkelijk zijn verdeeld en dat het aanbod van gezondheidsstoornissen, of de vatbaarheid van mensen voor gezondheidsstoornissen, in het ene bedrijf niet zal verschillen van dat in het andere bedrijf. Vooral bij de analyse op het niveau van individuen kunnen volgens Philipsen twee groepen werknemers de samenhangen tussen ziekteverzuim en werkvoldoening doorkruizen. Het verband gaat niet op voor degenen die weinig of geen last hebben van allerlei lichte gezondheidsstoornissen, zoals griep, hoofdpijn, rugpijn, darmstoornissen en voor degenen die last hebben van specifieke, ernstiger gezondheidsstoornissen. In beide groepen zal arbeidsvoldoening een geringe rol spelen. Hoe tevreden of ontevreden iemand ook is, in het ene geval meldt hij zich niet ziek omdat hij geen 'last' heeft en in het andere geval wel, omdat hij veel last heeft.

Bovendien dient nog een andere voorwaarde vervuld te zijn. Geringe werkvoldoening zal tot meer ziekmelding leiden naarmate men werkvoldoening belangrijker vindt. Er zal pas sprake zijn van werkvoldoening als iemand een minimale mate van werkbinding, van werkinvolvering bezit. Voor iemand met een sterkere marktoriëntatie dan werkoriëntatie, is het theoretisch minder aannemelijk dat hij zich bij lichte gezondheidsstoornissen vooral tengevolge van werkfaktoren zal ziekmelden.

Konkluderend kunnen we zeggen dat het soort gevallen waarop de vermelde hypothese van toepassing is, op grond van medische faktoren en hun oriëntatie moet worden beperkt. Bij een beschouwing over de achtergronden van het langdurige ziekteverzuim op basis van empirisch onderzoek, dienen we rekening te houden met deze problemen van voorwaardelijkheid en reikwijdte van samenhangen.

3. Enkele achtergronden van het langdurige ziekteverzuim.

Wanneer we ons afvragen wat de oorzaken zijn van het langdurige ziekteverzuim en van de toename daarvan, is het goed nogmaals te bedenken dat het gaat om een multi-causaal verschijnsel. Dit komt uit elk onderzoek naar voren. Bij de bespreking van de resultaten van empirisch onderzoek die tot op heden bekend zijn richten we ons primair op faktoren die van belang lijken te zijn voor de duur van het verzuim. We delen deze faktoren terwille van een overzichtelijke presentatie in vijf kategorieën in. Daarmee wordt niet bedoeld dat faktoren uit de ene kategorie los staan van die uit de andere. Dat is vaak niet het geval, integendeel ze zijn meer of minder met

elkaar verweven. We hanteren de volgende indeling:

1. de aard van de gezondheidsstoornissen; deze vormen in eerste instantie de aanleiding tot het verzuim, of, in andere bewoordingen, de verzuim- of afwezigheidsnoodzaak;
2. Kenmerken van de persoon en zijn direkte leefsituatie;
3. De arbeidssituatie in het bedrijf;
4. Faktoren gelegen in de medische behandeling en begeleiding en in de organisatie van de gezondheidszorg; en
5. Algemeen maatschappelijke faktoren; hieronder rekenen we (veronderstelde) veranderingen in waarden en normen, verruiming van de wetgeving op het gebied van arbeidsongeschiktheid en makro-ekonomische ontwikkelingen.

3.1. De afwezigheidsnoodzaak.

Uit een vorige paragraaf over de omvang van de problematiek is al iets gebleken van het veranderd morbiditeitspatroon bij de langdurige gevallen. Aan de hand van enkele makro-diagnose kategorieën kan ons inzicht hierin verder worden vergroot. In deze indeling (Hogerzeil, 1966; Philipsen, 1966, 1969) wordt een onderscheid gemaakt tussen drie typen van aandoeningen:

1. de ernstige, objektieve syndromen waarbij er sprake is van een op een objektief vaststelbaar pathologisch substraat berustende stoornis van het organisme. Het betreft de "klassieke" ziekten waarop de geneeskunde zich in de regel met succes heeft gericht. Over de mate van arbeidsongeschiktheid bij deze aandoeningen bestaat medisch en maatschappelijk weinig twijfel. Het individu kan zich niet of nauwelijks aan ziekmelding onttrekken, doch hij beschikt wel over enige tot vrij grote vrijheid in het bepalen van het tijdstip van werkhervatting. Tot deze kategorie van syndromen behoren de infektieziekten, de nieuwvormingen, de allergieën, de endocrine stoornissen, de stofwisselings- en voedingsziekten, de bloedziekten, de organische ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen, de ziekten van het circulatie-apparaat en van het uro-genitaalstelsel, de chronische ziekten van de ademhalingswegen, de huidziekten en de aangeboren misvormingen.
2. De objektief-subjektieve en subjektieve syndromen: Dit type aandoeningen heeft als uitgangspunt voor behandeling en ziekmelding de subjektieve klacht van de patiënt, hoewel een objektief vaststelbaar pathologisch substraat aanwezig kan zijn. Over de mate van arbeidsongeschiktheid kan

men sterk van mening verschillen. Het individu heeft een vrij grote mate van vrijheid om zich met dergelijke gezondheidsklachten al of niet ziek te melden, evenals om zich al of niet geschikt te achten voor zijn werk. Tot deze aandoeningen worden de psychische ziekten gerekend, de ziekten van de spijsverteringsorganen en het bewegingsapparaat, evenals de ongevallen. Een bezwaar van deze indeling is dat de ernstige, overigens minder frekwent voorkomende diagnose-groepen van de psychosen en psychopathieën, de chronische aandoeningen van het maag-darmstelsel (ulcus-, lever- en galblaasziekten) en van het bewegingsapparaat (hernia nucleï pulposi, arthritis en arthrose) en de ernstige ongevallen eigenlijk tot de objektieve syndromen moeten worden gerekend.

3. De akute-respiratoire aandoeningen: Aangezien het hier gaat om kortdurende gevallen van griep en verkoudheid valt deze kategorie vanzelfsprekend buiten de hieronder te bespreken problematiek. Het zijn uitsluitend de objektieve en de objektief-subjektieve syndromen die nog een rol spelen bij een verzuim van langer dan zes weken.

Uit enkele onderzoekingen kunnen we nagaan welke verschuivingen in het morbiditeitspatroon zich hebben voorgedaan, hoewel de gegevens voornamelijk betrekking hebben op de vijftiger en zestiger jaren. Statistisch betrouwbaar materiaal over het eind van de zestiger en de eerste helft van de zeventiger jaren is niet voorhanden, ofschoon enige indikaties voor de richting van latere ontwikkelingen wel bestaan.

In de periode 1956/57 tot en met 1962/63 was het aantal ziektegevallen per man per jaar bij de ernstige objektieve aandoeningen met 7% teruggelopen (Philipsen, 1966). Bij de overige twee makro-diagnose kategorieën was er sprake van een toename in frekwentie: + 28% bij de objektief-subjektieve aandoeningen en + 17% bij de akute-respiratoire aandoeningen. Een stijging van de gemiddelde duur trad bij alle drie kategorieën op, doch het meest uitgesproken bij de objektieve syndromen (+23%). Deze toename diende na analyse voor het grootste deel te worden toegeschreven aan de veranderde leeftijdsopbouw van de werknemerspopulatie. De vergrijzing van de onderzochte, industriële werknemers veroorzaakte dat meer ouderen met ernstiger aandoeningen van hun werk weg bleven. Gemiddeld werd echter door mensen van 45 jaar en ouder niet langer verzuim. Een kleinere, doch duidelijke stijging van de gemiddelde duur werd ook bij de objektief-subjektieve syndromen gekonstateerd (+8%). Deze stijging werd vooral toegeschreven aan veranderde opvattingen over de aanvaardbaarheid van psychische ziekten en aan de subjektief ervaren noodzaak tot afwezigheid bij de ziekten van het bewegings-

apparaat.

In een longitudinale analyse van 1958 tot 1968 werd het ziekteverzuim gevolgd bij ruim 3700 mannelijke handarbeiders in vijf grote industriële bedrijven (Philipsen en De Vries-van der Zee, 1977). De onderzochte populatie bestond uit werknemers die tenminste 11 jaar bij hetzelfde bedrijf in dienst waren geweest. Dit is uiteraard een tamelijk selektieve groep, hetgeen ook blijkt uit een vergelijking met mensen met een kortere diensttijd. De niet-blijvers hadden gemiddeld een hogere ziektefrekwentie en een langere verzuimduur.
De onderzochte groep was opgesplitst in 7 leeftijdsklassen of kohorten, bij welke de ontwikkeling in ziektefrekwentie en ziekteduur werd nagegaan. Gemiddeld steeg de ziektefrekwentie in die periode met 13% en de ziekteduur met 23%.
Het aantal ziekmeldingen wegens objektieve aandoeningen, zoals de ernstige aandoeningen van het bewegingsapparaat, de hart- en vaatziekten, de chronische aandoeningen van de ademhalingswegen, van het spijsverteringsapparaat en de ziekten van het uro-genitale stelsel namen in alle kohorten toe met uitzondering van de leeftijdsgroep van 14-25 jaar, bij welke die stijging zich niet voordeed. Deze bevinding staat in tegenstelling tot de hierboven vermelde resultaten, die juist een daling van de ziektefrekwentie wegens dit type aandoeningen te zien gaven. De gemiddelde stijging van de frekwentie van afwezigheid wegens objektieve aandoeningen bedroeg binnen de gehele populatie 59%. De sterkste toename trad op bij de hart- en vaatziekten, namelijk + 158%. In het algemeen was er pas van een werkelijke toename bij de objektieve aandoeningen sprake bij het passeren van het 30ste tot het 35ste jaar. Wat betreft de afwezigheid wegens objektief-subjektieve aandoeningen was er in alle kohorten een duidelijke stijging waar te nemen. Gemiddeld bedroeg deze 44%. In de jongste kohorten was de toename het sterkst aanwezig. Wat betreft de diagnose lag de toename bij de psychische ziekten en de minder ernstige aandoeningen van het bewegingsapparaat boven het gemiddelde.

Uit deze studie bleek verder dat, afgezien van de algemene stijging van het niveau van ziekmeldingen, rond het vijfentwintigste en dertigste jaar een afwezigheidspiek optrad voor akute maag- en darmstoornissen en tussen het veertigste en vijftigste jaar een afwezigheidspiek voor psychische ziekten en de minder ernstige aandoeningen van het bewegingsapparaat.
In het algemeen bleek de ziekteduur met het ouder worden toe te nemen. Deze

trend kwam ook bij de afzonderlijke diagnosen naar voren.

Hoewel over de afgelopen tien jaren dergelijke, statistisch betrouwbare studies over het ziekteverzuim ontbreken, lijkt uit de beschikbare bronnen af te leiden dat zich vooral bij de objektief-subjektieve syndromen als de psychische stoornissen en de ziekten van het bewegingsapparaat, de toename in de langere verzuimduur-klassen heeft voortgezet. Het aantal gevallen dat na 6, 13, 26 of 52 weken nog ziek was wegens dat type gezondheidsklachten is sterker dan gemiddeld gestegen.

Uit bovengenoemde onderzoekingen was de leeftijd steeds een faktor van betekenis. Een van de oorzaken van de toegenomen gemiddelde ziekteduur is zonder twijfel de vergrijzing van de beroepsbevolking in een aantal bedrijfstakken. Of een algemene verslechtering van de gezondheidstoestand als de oorzaak moet worden beschouwd is minder zeker. Deze lijkt niet aannemelijk. Een aanwijzing hiervoor vinden we in een onderzoek naar sterfte kansen bij de jaarkohorten van 1968 tot en met 1974 (Hilverink, 1977). Een wijziging van de sterftekans kan worden geacht een verandering in de gezondheidstoestand aan te geven. Deze kan misschien wel fungeren als maatstaf voor lichamelijk welbevinden maar in veel mindere mate voor psychosociaal welbevinden. Voor de berekening van de sterftekans is van elk kohort het aantal overledenen in het aanvangsjaar en het daaropvolgende jaar bepaald, waarbij tevens gekorrigeerd is voor de specifieke leeftijdsopbouw van de verschillende kohorten. Uit de gegevens blijkt dat vanaf het beginjaar 1968 sprake is van een dalende lijn - met een onderbreking in 1971. De algemene daling van de sterftekans kan overigens slechts gedeeltelijk verklaard worden door de relatief sterke groei van de diagnosegroep psychische ziekten (waaronder de neurosen). De konklusie van de auteur is dat de jaarlijkse groei van het aantal arbeidsongeschikten in de WAO niet verklaard kan worden uit een verslechtering van de gezondheidstoestand.
Uit de veranderingen in het morbiditeitspatroon is in ieder geval duidelijk geworden dat de noodzaak voor langdurige afwezigheid vooral verschoven is in de richting van de meer objektief-subjektieve syndromen, waarbij de gezondheidsbeleving van het individu een centrale plaats inneemt.

3.2. De persoon en zijn direkte leefsituatie.

Kenmerken van de persoon, zoals geslacht en leeftijd hebben een duidelijk verband met de ziekteduur. Het verzuimpatroon van mannen verschilt van

dat van vrouwen. Mannen blijven gemiddeld langer weg van hun werk dan vrouwen: 18 tegen 14 dagen (1975). De verschillen tussen beiden zijn in de loop van de tijd wel kleiner geworden, maar over de oorzaken hiervan is weinig bekend. Het verzuimpatroon van vrouwen is nauwelijks onderzocht. Onderzoeksresultaten hebben voornamelijk betrekking op mannelijke werknemers.

Uit het voorgaande is duidelijk geworden dat de gemiddelde ziekteduur met de leeftijd toeneemt. De reden daarvoor is primair gelegen in de aard en de ernst van de aandoening die een lange herstelperiode vereisen.

Andere positionele kenmerken van de personen, zoals opleiding en beroep tonen eveneens een verband met de ziekteduur. Ongeschoolde arbeid, een laag beroepsniveau en veelvuldige perioden van werkloosheid zijn in het algemeen ongunstige kondities voor het ziekteverzuim (Hogerzeil, 1972). Personen met dergelijke positionele kenmerken blijken bijzonder kwetsbaar te zijn. Deze kwetsbaarheid of persoonlijke inferioriteit op de arbeidsmarkt blijkt niet alleen voor het ziekteverzuim maar ook voor de werkloosheid van betekenis te zijn (Van Wezel 1972; Josten, 1974).

Naast deze positionele kenmerken, blijken ook persoonlijkheidseigenschappen als neurotische labiliteit en agressief-kompetitieve houding verband te houden met ziekteverzuim (Gadourek, 1965). De bevindingen van verschillende onderzoekingen wijzen uit dat deze kenmerken ook van invloed zijn op de ziekteduur (Barendregt, 1961; Wilde, 1963; Dirken, 1969).

Vaak wordt het persoonlijkheidskenmerk van de neurotische labiliteit in verband gebracht met belastende levensomstandigheden die de aanleiding of de oorzaak zijn van het verzuim. Hinkle en Plumner (1952) onderzochten twee groepen van 20 vrouwen met een diensttijd van meer dan 20 jaar bij de New York Telephone Company. De ene groep had in hun arbeidsloopbaan een hoog en de andere groep een laag ziekteverzuim. Bij een vergelijking van deze groepen bleek het verschil voor een belangrijk deel te berusten op de mate van ervaren "life-stress". Het is echter niet duidelijk inhoeverre het daarbij om buitengewoon belastende omstandigheden of om een slechte verwerking van normale levensproblemen ging. Een soortgelijk probleem van methodologische aard treffen we aan bij Nauta (1963), in zijn anamnestisch onderzoek van 530 mensen. De ervaren belasting werd afgemeten aan de tevredenheid en ontevredenheid van de betrokkene met verschillende leefsituaties. Deze psychosociale belasting hing positief samen met de ziektefrekwentie en de ziekteduur. Onderzoek naar levensveranderingen, de zogenaamde "life-events", bracht eveneens positieve verbanden met ziekteverzuim aan het licht. Bovendien werd

vastgesteld dat naarmate de veranderingen meer ingrijpend waren, de ziekte die erop volgde van ernstiger aard was (Rahe, McKean en Arthur, 1967). Bij dit soort onderzoek naar "life-events" is het dikwijls onzeker of het gaat om het ontstaan van ziekten, dan wel om het initiëren van ziektegedrag bij een reeds bestaand ziektebeeld of gezondheidsklacht.

In het hierboven genoemde longitudinale onderzoek onder ruim 3700 mannelijke werknemers, is bij een selekte steekproef van 10% de betekenis van belasting, waardenoriëntatie en riskante gewoonten nagegaan voor het ziekteverzuim (Philipsen, 1977). Het ziekteverzuim over die periode van 11 jaar werd voor deze analyse vastgelegd in vier kategorieën de respondenten werden gerangschikt naar gelang ze niet, weinig, normaal of veel hadden verzuimd. De objektieve belasting betrof de vroegere ervaring van omstandigheden zoals sterfgevallen, ziekte, invaliditeit, persoonlijke moeilijkheden, inwoning, schoolproblemen, slechte huisvesting en echtscheiding in het ouderlijk en eigen gezin of in het ouderlijk huis van de echtgenote. Het totaal aantal omstandigheden dat iemand zich herinnerde geeft de score weer. Naast deze belastende faktoren uit het verleden, gold ook het aantal werkgevers waarbij men gewerkt had voor de huidige baan. Als indikatie van de objektieve belasting in het heden werd een variabele samengesteld, waarin rekening werd gehouden met het aantal en de leeftijd van de thuiswonende kinderen, het buitenshuis werken van de vrouw, de aanwezigheid van invalide huisgenoten etc. De uitkomsten voor drie leeftijdsgroepen lieten zien dat er bij de jongeren een opvallende samenhang bestond tussen objektieve belasting en ziekteverzuim evenals bij mensen van middelbare leeftijd. Bij de ouderen werkte de objektieve belasting niet rechtstreeks in op het ziekteverzuim; wel bestond er een duidelijke samenhang met het uiten van lichamelijke klachten. Voor het effekt van objektieve belasting op het ziekteverzuim deed het opleidingsniveau niet terzake. Zowel voor mensen met alleen lager onderwijs als voor mensen met meer opleiding gold dat een grotere objektieve belasting samenhing met een hoger ziekteverzuim. Een opmerkelijk verschil tussen objektieve en subjektieve belasting is, dat de laatste wel bij ouderen maar niet bij jongeren een rol speelde in hun ziekteverzuim. De subjektieve belasting werd afgemeten aan het uiten van lichamelijke klachten (verkorte V.O.E.G. lijst), aan de (on)tevredenheid met gezin, woning, gezondheid en sociale zekerheid en aan de fluktuatie van gelukgevoelens. Van deze drie indikatoren hield alleen onder de ouderen het uiten van lichamelijke klachten een sterk verband met het ziekteverzuim. Dit verband gold zowel voor de hoger als de lager geschoolden.

Er zijn verder weinig studies voorhanden waarin de invloed van stressvolle omstandigheden op de ziekteduur expliciet is onderzocht. Wat tot op heden hierover bekend is, kwam veelal voort uit de sociaal-geneeskundige praktijk. Deze onderzoekingen missen vaak de methodologische en theoretische ondergrond voor meer algemene konklusies. Ze bieden wel informatie over het vermoedelijke belang van psychosociale faktoren bij langdurig ziekteverzuim.

De Jongh-Hylkema (1973) selekteerde een viertal groepen van elk 50 verzuimgevallen uit de verzekeringsgeneeskundige praktijk. Eén van deze groepen werd samengesteld uit gevallen met een verzuimduur van meer dan drie maanden. De probleemstelling van haar onderzoek betrof de vraag, inhoeverre andere dan strikt medische faktoren het ziekteverzuim verlengden. Bij elk van die vier groepen kon het voorkomen van niet-medisch verzuim, ofwel maatschappelijk verzuim, worden aangetoond. Vooral bij de langdurige verzuimen werden ongunstige werk- of huiselijke omstandigheden aangetroffen. De betekenis van werkomstandigheden, als moeilijkheden met de werkgever of andere personeelsleden, fusie van het bedrijf, dreigend ontslag, overplaatsing etc., kwam bij 40% van die groep duidelijk naar voren. Moeilijkheden in het gezin, huwelijk, in de financiële huishouding en ziekte in het gezin, bleken bij 18% van die groep verlengend op het verzuim te werken.

Uit een onderzoek bij 235 patiënten van jonger dan 40 jaar, die na het einde van de wachttijd bij de GMD waren gemeld, bleek in 56% van de gevallen een uitgesproken psychosociale belasting aanwezig te zijn. Deze leek een overwegende rol te spelen bij arbeidsongeschiktheid wegens lage rugklachten (Ruinen, 1974). De psychosociale belasting werd in dit onderzoek, dat uitging van dossiergegevens aangevuld met inlichtingen van de huisarts over de betrokken patiënt afgemeten aan stoornissen in de jeugd en in hun ontwikkeling (zoals het verblijf in een jeugdgevangenis); stoornissen in de intelligentie en persoonlijkheidsstruktuur (zoals een zwak-begaafdheid); stoornissen in leefmilieu zoals gestoorde familierelaties, huwelijks- en gezinsmoeilijkheden; en stoornissen in de arbeidssfeer, zoals een onaangepast beroepsniveau, een verkeerde arbeidsplaats en slechte relaties met kollega's en de werkgever.

De konklusie die men uit bovenstaande onderzoekingen kan trekken, is dat psychosociale faktoren bij het langdurige ziekteverzuim kennelijk een belangrijke plaats innemen. Bij velen wordt het bestaan onderkend van invaliderende psychosociale nood, waarvan de omvang en de aard kennelijk onvoldoende en ontijdig wordt gesignaleerd. Het "klagen" (Menninger,1975)

in de vorm van afwezigheid wegens ziekte, lijkt zich zo steeds meer als een teken van bestaansnood te manifesteren.

3.3. De arbeidssituatie in het bedrijf.

Verschillende onderzoekers hebben de betekenis van arbeidsomstandigheden en de organisatie van het bedrijf voor de afwezigheid wegens ziekte vastgelegd (zie o.a. Gadourek, 1965; Philipsen, 1969; Smulders en Draaisma, 1975; Dijkstra, 1977; Ris, 1977). Sommige faktoren bleken voor de ziekteduur van belang. We noemen de volgende:

Werkbezwaren: hinderlijke lichamelijke werkomstandigheden zoals lawaai,hitte, dampen, gassen, werken in ongemakkelijke lichamelijke houdingen en zwaar werk verhogen de kans op langdurig verzuim.

Ploegendienst en individueel tariefwerk zijn eveneens omstandigheden die de verzuimduur kunnen verlengen. De nauwe relatie tussen prestatie en beloning bij tariefwerk brengt met zich mee dat de werkhervatting pas 'lonend' wordt, als men weer geheel fit is. In ploegendienst kan het niet op elkaar afgestemd zijn van de werk- en leefsituatie leiden tot eet- en slaapmoeilijkheden en tot ontwrichting van het gezinsleven. Vanwege de hogere eisen die worden gesteld aan lichamelijk en geestelijk funktioneren kan de herstelmelding worden uitgesteld. Veel mensen met een laag opleidingsniveau hebben dit soort werk. Hierdoor zijn de arbeidsituatie en de hiervoor genoemde persoonskenmerken nauw met elkaar verbonden.

De sociale organisatie van het bedrijf komt onder andere tot uiting in de stijl van de leiding en van het gevoerde personeelsbeleid. In een bedrijfsklimaat waarin aandacht wordt geschonken aan de onderlinge verhoudingen en kommunikatie (zowel horizontaal als vertikaal) is de kans op een laag ziekteverzuim groter. Naast sociaal leiderschap is delegatie van bevoegdheden en verantwoordelijkheden van groot belang. In het algemeen geldt dat delegatie van bevoegdheden de kansen op zelfontplooiïng en sociale binding vergroten hetgeen minder ziekmeldingen en ook kortere ziekteduren tot gevolg heeft. De ontwikkeling van een modern personeelsbeleid kan een belangrijke invloed hebben op het ziekteverzuim. Naarmate de afdeling personeelszaken kwantitatief en kwalitatief beter is toegerust valt er een gemiddeld kortere ziekteduur te konstateren. Deze samenhang vindt men vooral in de grotere bedrijven die een professioneel personeelsbeheer voeren, waardoor lange ziekteduren gemakkelijker kunnen worden gesignaleerd of voorkomen. Ook de medische begeleiding kan beter worden georganiseerd.

In dit verband is het van groot belang inhoeverre in het bedrijf een beleid wordt gevoerd, ekspliciet gericht op preventie van ziekteverzuim. Een aktieve, op de persoon gerichte en niet-politionele aandacht voor de zieke werknemer leidt in het algemeen tot kortere ziekteduren. De mate waarin de bedrijfsleiding, de personeelsfunktionaris en de bedrijfsarts kontakt onderhouden met het huiselijk milieu speelt in het ziekteverzuim een belangrijke rol. In zoverre het beleid (mede) gericht is op kontakten met deskundigen buiten het bedrijf zoals de huisarts, de specialist en de maatschappelijk werker blijkt, tegen de verwachting in, dat het aantal ziekmeldingen hoger en de ziekteduur aanmerkelijk langer is. Een verklaring hiervoor wordt gezocht in het feit dat een dergelijke benadering vermoedelijk aanleiding geeft tot verhoogde zorg voor en intensievere bemoeienis met de patiënt. Tot het personeel- en verzuimbeleid rekenen we ook de wijze van uitvoering van de ziektewet en de voorwaarden van uitkering of doorbetaling bij ziekte. Naarmate de vaststelling van de ziektewetpremie en de kontrole op het ziekteverzuim minder aan de bedrijfsverenigingen wordt overgelaten en dus meer onder eigen beheer wordt gehouden, is de ziekteduur gemiddeld korter. Ook bij gunstige uitkeringsvoorwaarden, in de zin van afwezigheid van wachtdagen, treedt dit effekt op.

Tot slot volgt nog een korte beschouwing over de betekenis van inkrimping van het personeelsbestand bij bedrijven. Men kan veronderstellen dat in een situatie waarin een bedrijf gedwongen is om de omvang van het personeel te verminderen het beleidsmatig niet meer interessant is de ziekteduur zo kort mogelijk te houden (integendeel, men kan bijvoorbeeld via afvloeiïng in de WAO het bestand 'stroomlijnen'). Onderzoeksresultaten wijzen echter in de richting van het ontbreken van een verband of geven zelfs een afname van het aantal ziektegevallen in de langere ziekteduurklassen te zien. Een verklaring zou kunnen zijn dat men er voor zorgt uit angst voor ontslag of vroegtijdige afvloeiïng, niet langer dan strikt noodzakelijk is van het werk weg te blijven. Een andere verklaring is mogelijk dat door veranderingen van het personeelsbestand en door wijziging in het produktieproces een andere organisatiestruktuur wordt ingevoerd die de behoefte van en de noodzaak tot afwezigheid vermindert, bijvoorbeeld kleinere werkgroepen met een demokratischer gezagsstruktuur.

3.4. De organisatie van de medische behandeling en begeleiding.

Als een van de belangrijkste oorzaken van de toegenomen verzuimduur wordt de wijze beschouwd waarop de behandeling en andere verzekeringsgeneeskundige aktiviteiten ten behoeve van de patiënt plaatsvinden (SVR-Commissie "Bestudering ontwikkeling ziekteverzuim", 1972). De invloed van deze aktiviteiten is vooral merkbaar bij de langere ziekteduren. De vooruitgang van de medische wetenschap heeft geleid tot betere diagnostische en therapeutische mogelijkheden. Een gevolg daarvan is dat de behandeling vaak langer duurt en dikwijls wordt herhaald. Op zich is dit geen ongelukkige gang van zaken. De problemen liggen echter niet zozeer in de verbeteringen van de diagnostiek en therapie als wel op het vlak van de organisatie van de gezondheidszorg. Er zijn een drietal knelpunten gesignaleerd die in hoge mate vertragend werken op het herstel van de arbeidsgeschiktheid van de patiënt (Philipsen, 1966, 1973; de Groot, 1967). Men spreekt in dit verband vaak van iatrogene verzuimduurverlenging, dat wil zeggen van een door het medische handelen bewerkstelligde verschuiving der verzuimen naar de langere duurklassen.

In de eerste plaats is er het probleem van de wachttijden voor onderzoek en klinische of poliklinische behandeling. Uit enkele onderzoekingen is gebleken dat deze faktor van grote betekenis is. Querido (1963) vond bij een groep van 389 opgenomen patiënten dat 17% van de behandelingsdagen bestond uit wachtdagen, die de opnameduur onnodig verlengden. In het onderzoek van de Jongh-Hylkema (1973) bij ruim 200 ziektegevallen uit de verzekeringsgeneeskundige praktijk, was hiermee ongeveer 4% van de ziektedagen gemoeid. Uit een onderzoek dat juist met het oog op deze problematiek werd ingesteld, bleek na een zorgvuldige screening van 862 individuele verzuimperioden, dat ongeveer 20% van de gemiddelde verzuimduur verloren ging aan wachttijd (Tordoir, 1978). Geregistreerd werden verschillende vormen van wachttijd, zoals die tussen de verwijzing en het daarop volgende konsult, tussen de opdracht en de uitvoering van diagnostische verrichtingen, tussen de uitvoering van diagnostische verrichtingen en het eerstvolgende konsult en de periode op de opnamelijst van een ziekenhuis. Vooral de periode tussen het laatste konsult van de behandelend arts en de werkhervatting bleek betrekkelijk lang uit te vallen.

Hierbij sluit het tweede organisatorische knelpunt aan van het gebrek aan kommunikatie tussen de behandelende geneesheren, de verzekerings-

geneeskundigen, de bedrijfsarts en de paramedische hulpverleners. In het hierboven aangehaalde onderzoek van Querido was de belangrijkste bron van vertraging het gebrek aan onderlinge kommunikatie. Bijna de helft van de wachtdagen ging hiermee heen. Hetzelfde probleem deed zich voor bij de groep van langdurige verzuimgevallen uit het onderzoek van de Jongh-Hylkema. Onduidelijkheid over de medische behandeling en gebrek aan koördinatie speelde een rol bij ongeveer 10% van de ziektedagen van die groep. Soortgelijke bevindingen deden van den Ende en Merens-Riedstra (1972) bij 23 hartinfarctpatiënten. Ook zij kwamen tot de slotsom dat er veel schortte aan overleg en samenwerking. Ook de uitkomsten van een dossieronderzoek van 300 neurologische keuringsrapporten wezen in die richting (Van Mansvelt et.al.,1974). De auteurs meenden dat er in 15% van de gevallen duidelijk sprake was van iatrogene invaliditeit, waarbij onder andere gebrekkige kommunikatie tot onnodige vertraging aanleiding had gegeven.

Het derde knelpunt betreft dat van de evaluatie van behandelingsprocedures. Het gaat hierbij om vragen naar de betekenis van bedrust, naar de grenzen van voortgezet onderzoek, naar kriteria voor een ziekenhuisopname en voor ontslag, naar de verantwoordelijkheid voor de patiënt tijdens een lange periode van herstel of revalidatie, etc. Men kan stellen dat de behandeling wordt beinvloed door tal van faktoren, die niet of weinig met de aard en het verloop van de ziekte te maken hebben. Een voorbeeld hiervan is het optreden van grote verschillen tussen ziekenhuizen wat betreft de gemiddelde opnameduur voor dezelfde aandoeningen. Dit soort faktoren lijkt evenmin veel van doen te hebben met de effektiviteit van de behandeling zelf. Ook vanuit een ander gezichtspunt is de verantwoordelijkheid voor de zorg en begeleiding van langdurige ziektegevallen problematisch. Het huidige principe van de scheiding tussen behandeling en kontrole heeft geleid tot een verbrokkeld patroon van zorgverlening, waarin niet alleen de huisarts, maar ook de verzekeringsgeneeskundige niet optimaal kunnen funktioneren (Smulders, 1975). Aan de ene kant blijkt de huisarts zijn centrale positie in de gezondheidszorg in het geheel niet waar te maken, vaak is hij onkundig van de arbeidsongeschiktheid van zijn patiënt.Een registratie van de kontakten tussen de patiënt en zijn huisarts wees uit, dat de betrokken huisarts in ongeveer 25% van 500 langdurige ziektegevallen geen weet had van de arbeidsongeschiktheid van zijn patiënt. Het maakte weinig verschil of het nu ging om een ziekteduur van drie, zes of negen maanden. Op elk van die tijdstippen was dit percentage ongeveer gelijk (Groothoff, 1978).

Indien hij wel van het verzuim van zijn patiënt op de hoogte is, verliest hij door de vele verwijzingen naar specialisten of andere hulpverleners al spoedig het zicht op de gang van zaken. Te meer omdat het moment van werkhervatting niet als een integrerend onderdeel van de behandeling wordt beschouwd. Aan de andere kant is ook de rol van de verzekeringsgeneeskundige dubieus. Zowel naar de kant van de patiënt als naar de kant van de behandelende sektor. Tot zijn taken behoren het vaststellen van de mate van arbeids(on)geschiktheid en het bepalen van iemands funktionele kapaciteiten voor zijn eigen werk en eventueel voor ander passend werk. De verzekeringsgeneeskundige moet beoordelen of een verzekerde recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van ziekte of gebrek. Hij moet de oorzaak van het verzuim trachten te onderkennen en vervolgens proberen de arbeidsongeschikte zo goed mogelijk naar het herstel van zijn sociale funktioneren te begeleiden. De verzekeringsgeneeskundige verkeert bij de uitoefening van zijn beroep in een dilemma, waaruit hij zich nauwelijks kan bevrijden. Door onvoldoende opleiding voor de specifieke aard van de problemen waarmee hij wordt gekonfronteerd en door zijn gebrekkige machtspositie, waardoor hij tot lijdzaamheid wordt gedwongen, lijkt hij niet in staat het proces van arbeidsongeschiktheid te sturen en te beinvloeden (Wiersma, 1977). Die ontwikkeling heeft er toe geleid, dat een centrale figuur voor vele patiënten ontbreekt, hetgeen niet bijdraagt tot een verkorting van de ziekteduur.

3.5. Algemeen maatschappelijke faktoren.

Tenslotte zijn er enkele maatschappelijke ontwikkelingen en processen aan te wijzen, die dikwijls in verband worden gebracht met de stijging van het ziekteverzuim. Deze zijn nauwelijks aan empirisch onderzoek onderworpen en uitspraken daaromtrent berusten meer op spekulatie dan op feiten. We noemen drie van deze ontwikkelingen:

a. verschuivingen op het gebied van waarden en normen betreffende arbeid en gezondheid.
b. de verruimde wetgeving op het gebied van sociale zekerheid, en
c. makro-ekonomische ontwikkelingen.

ad.a. *Waarden-en normenpatronen:* Men neemt aan dat de betekenis van met name de georganiseerde arbeid is afgenomen en dat een andere arbeidsethiek en mensbeschouwing dan de traditionele is ontstaan. In het algemeen is men

minder dan vroeger het geval was, tevreden met een bestaan dat primair op loonarbeid is gericht. Er worden meer en andere eisen gesteld aan de werksituatie, die de nadruk leggen op zelf-ontplooiïng, mondigheid en medezeggenschap. De bewustwording van de eigen situatie vraagt om een grotere verantwoordelijkheid voor het werk dat wordt verricht. Dit heeft tot gevolg dat bepaalde werkzaamheden of een bepaalde gezagsstruktuur niet zo gemakkelijk meer worden aanvaard. Ook de oriëntatie op aktiviteiten buiten de arbeidssfeer, in het gezin en in de vrije tijd, vermindert de overheersende rol van beroepsarbeid voor de persoon. De mate waarin aan dergelijke nieuwe levensverwachtingen kan worden tegemoet gekomen is mede bepalend voor de behoefte aan afwezigheid. Het is tot op zekere hoogte aannemelijk dat de stijging van de ziektefrekwentie voor een deel verklaard kan worden uit een veranderde oriëntatie op de arbeid. Een belangrijke konsekwentie hiervan is vermoedelijk ook dat de omgeving in dit opzicht toleranter is geworden en meer toestaat dan in het verleden. In hoeverre deze gedachtegang evenzeer van toepassing is op de verlenging van de ziekteduur is niet duidelijk. Daarvoor is de waarde die men toekent aan de eigen gezondheid waarschijnlijk van groter belang. De opvattingen over wat gezond en ziek is, zijn tamelijk sterk veranderd omdat allerlei tekenen van lichamelijk, geestelijk en sociaal onwelbevinden eerder worden herkend als iets ongezonds dan vroeger. Dit staat niet los van de gestegen verwachtingen omtrent een eventuele oplossing van dergelijke problemen. De enorme uitbreiding van therapeutische middelen op somatisch en psychisch terrein en het daaraan gekoppelde optimisme over de veronderstelde effektiviteit daarvan, hebben uiteraard invloed op de houding van mensen ten aanzien van hun gezondheid. Dit kan ertoe leiden dat men in geval van allerlei medisch minder ernstige aandoeningen minder geneigd is tot het nemen van zekere risiko's.

ad.b. *Verruimde wetgeving op het gebied van sociale zekerheid.* Het stelsel van sociale zekerheid is de laatste twintig jaar gegroeid. In hoofdstuk twee hebben wij daarop al gewezen. De ziekenfondsverzekeringen zijn uitgebreid, de AWBZ en de WAO zijn ingevoerd, de medische voorzieningen en mogelijkheden zijn toegenomen. Dit brengt met zich mee dat veel aandoeningen met succes kunnen worden behandeld, terwijl deze behandeling voor vrijwel iedereen toegankelijk is. Een belangrijk deel van de toename van het langdurig verzuim wordt geweten aan de "zuigkracht" van de WAO. Het bestaan van een dergelijke wet, de formulering van bepaalde wetsartikelen en de uitleg die bij de toe-

passing daarvan wordt gegeven hebben in zeker opzicht stimulerend gewerkt. Voor de WAO geldt niet primair hoe men arbeidsongeschikt is geworden, maar wel dat men arbeidsongeschikt is. Het onderscheid tussen ziekte en gebrek is niet meer van belang. Ongevallen die buiten het werk plaatsvonden komen nu ook in aanmerking voor een invaliditeitsuitkering. Verder is erkend dat ook psychische stoornissen tot reële invaliditeit kunnen voeren.
Hoewel de aanwezigheid van ziekte of gebrek (of wat daaraan in de zin der wet is gelijkgesteld) een noodzakelijke voorwaarde is om van arbeidsongeschiktheid te spreken, zijn deze begrippen nergens in het sociaal verzekeringsrecht formeel omschreven of gedefinieerd. Vroeger was dit ook niet zo nodig, omdat de patiënt toen moest aantonen dat hij leed aan een ziekte. Ook de gronden voor uitsluiting van aanspraak op ziekengeld of invaliditeits uitkering waren toen veel strenger geformuleerd. In 1967 werd bij de herziening van de ZW en de invoering van de WAO de bewijslast van de patiënt naar de kontrole-artsen verplaatst. Werd bij de Ziektewet het oordeel van arbeids ongeschiktheid gebaseerd op het feitelijke werk dat iemand voor zijn uitstel verrichtte, bij de WAO moest ook met andere faktoren rekening worden gehouden. Dit betrof vooral het in aanmerking nemen van de door de arbeidsongeschiktheid veroorzaakte verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid zoals dat in artikel 21, lid 2 van de WAO is neergelegd. In de praktijk evenwel bleek dikwijls dat iemand met resterende arbeidskapaciteit niet tot loonvormende arbeid in staat was, tengevolge van moeilijke plaatsbaarheid op de lokale arbeidsmarkt. Dit leverde dermate grote schattingsproblemen op bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid en derhalve van de hoogte van de uitkering, dat uiteindelijk werd besloten dit soort gevallen in de hoogste arbeidsongeschiktheidsklasse te plaatsen. Er werd dus van uitgegaan dat het niet werken van een arbeidsongeschikte met een restkapaciteit, toegeschreven moet worden aan zijn arbeidsongeschiktheid. Over de omvang van dit verschijnsel van verdiskontering van werkloosheid is weinig bekend al doen uiteenlopende schattingen hierover de ronde (zie bijvoorbeeld Heertje, 1974; Hoffman, 1976; van Haaster en Salverda, 1977). Het lijken vooral de oudere en minder geschoolde werknemers te zijn, die in dit opzicht het meest kwetsbaar zijn.

Kortom, de ontwikkelingen op het terrein van de sociale verzekeringen hebben tevens hun invloed op de verlenging van de ziekteduur, enerzijds door ruimere opvattingen over wat als oorzaak van arbeidsongeschiktheid kon gelden, anderzijds door een in de loop der tijd gewijzigde uitleg en

toepassing van sommige wettelijke bepalingen.

ad.c. *makro-ekonomische ontwikkelingen:* Sinds het begin van de jaren zestig is de technologische ontwikkeling meer en meer in de richting van mechanisering en automatisering van het produktieproces en van toenemende schaalvergroting gegaan. De gevolgen daarvan zijn een verzakelijking van de menselijke verhoudingen, gevoelens van vervreemding van en een geringe binding aan het werk en gevoelens van twijfel over zin en doel van de produktie. Men spreekt in dit verband wel eens van geestelijke, sociale en politieke drainage van de arbeid (Van Zuthem, 1972). Er trad een verschuiving op van arbeids-intensieve naar kapitaals-intensieve produktiemethoden. Bepaalde bedrijfstakken als de mijnbouw, de textiel en de woningbouw, verdwenen of krimpen in. Er vonden veranderingen in funktie-eisen plaats, waaraan bepaalde groepen van werknemers niet of minder goed konden voldoen. Vertraging van de ekonomische groei en afname van de werkgelegenheid gingen steeds meer overheersen. Sinds 1966 begon geleidelijk de verhouding tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt te kenteren. Specifieke knelpunten traden op, daar waar sprake was van een kwantitatieve diskrepantie tussen vraag en aanbod van arbeid, bijvoorbeeld bij ouderen met een geringe scholing; en waar sprake is van een kwalitatieve diskrepantie, bijvoorbeeld bij jongeren met veel scholing.

De gevolgen van deze ekonomische ontwikkelingen voor het ziekteverzuim zijn nog onvoldoende bekend. Hoewel er een statistisch betrouwbaar verband is vastgesteld tussen ziekteverzuim en werkloosheidscijfers, geldt deze relatie primair het aantal ziekmeldingen en heeft minder betrekking op de ziekteduur, die ongevoeliger lijkt te zijn voor konjunkturele schommelingen. Sommige resultaten van onderzoek op bedrijfsniveau wijzen uit dat het verband tussen vermindering van personeelsbestand en ziekteduur of afwezig of zelfs negatief is (Dijkstra, 1974; Ris, 1977). Ook makro-ekonomisch ligt het verband niet zo duidelijk als velen wel veronderstellen. Cijfers betreffende de geregistreerde arbeidsreserve en WAO-uitkeringgenietenden tonen sinds 1970 een gelijktijdige opgaande lijn (statistisch bulletin, CBS, "Het jaar 1976 in cijfers").
Uit onderzoek van beschikbare gegevens valt wel enige invloed van de werkloosheid op het arbeidsongeschikt worden te konkluderen (Hilverink, 1977). Er is een zwakke statistische samenhang gekonstateerd tussen werkloosheid

en arbeidsongeschiktheid op het niveau van de bedrijfstak (in totaal 26). Een verband tussen werkgelegenheid (aantal arbeidsplaatsen) en arbeidsongeschiktheid kon tegen de verwachtingen in, niet worden aangetoond. Wel bleken de sterftekansen van WAO-ers uit struktureel zwakke bedrijfstakken zoals mijnen, textiel, kleding en leder op een gemiddeld lager niveau te liggen. In de WAO-populatie heeft de bedrijfsvereniging Mijnen de laagste sterftekans, terwijl arbeiders in de mijnbouw behoren tot de groep met het hoogste overlijdensrisiko.
Vrij algemeen wordt erkend dat de WAO ten dele de funktie heeft van een "stroomlijning" van het personeelsbestand van ondernemingen, waardoor minder goed in het produktieproces passende werknemers op een sociaal elegante en akseptabele wijze afvloeien en buiten het arbeidsproces komen te staan. Dientengevolge lijkt de grens tussen arbeidsongeschiktheid en werkloosheid meer en meer te vervagen (Van Zaal, 1975, 1977).

In het bovenstaande hebben we slechts kort en globaal enkele achtergronden van het langdurige ziekteverzuim belicht. Het is duidelijk dat een kompleks van faktoren daarbij een rol speelt en dat onvoldoende wetenschappelijk vaststaat welke van die faktoren of welke kombinatie van faktoren van doorslaggevende betekenis is voor de toename van de ziekteduren. We moeten erkennen dat een ingewikkeld samenspel van individueel-psychologische, sociaal-psychologische en strukturele kenmerken het uiteindelijke resultaat bepalen. Gezien de verschuivingen in het morbiditeitspatroon naar de meer objektief-subjektieve aandoeningen, lijkt het vooral te gaan om ziektegedrag en afwezigheidsgedrag. De vraag rijst onder welke voorwaarden dergelijk ziektegedrag wordt bevorderd of tegengegaan. Een belangrijke groep faktoren die daarop van invloed kunnen zijn, kan men omschrijven met de term psychosociale "stress". Aan dit begrip zullen we het volgende hoofdstuk wijden.

Hoofdstuk IV: Doel en uitgangspunten van het onderzoek.

1. Doel van het onderzoek.

Het onderzoek is gericht op het onderkennen van faktoren die van invloed zijn op het langdurig arbeidsverzuim en vooral op de overgang van de ZW naar de WAO. Uiteraard is hierbij de medische aandoening of handicap van groot belang. Niettemin is het antwoord op de vraag in hoeverre de medische aandoening het verzuim determineert steeds minder vanzelfsprekend geworden. Uit velerlei artikelen en uit voornamelijk retrospektieve onderzoekingen is al gebleken dat een relatief geringe handicap kan leiden tot een invaliditeitsuitkering. Een dossieronderzoek van neurologische keuringsrapporten voor de Raad van Beroep in de periode 1967 - 1972 bracht aan het licht dat in éénderde van de onderzochte gevallen geen organische of psychiatrische afwijkingen werden gekonstateerd en dat er in 15% van de gevallen sprake was van een iatrogene invaliditeit; dat wil zeggen dat het handelen van de arts zelf had bijgedragen tot het proces van invalidering (van Mansfelt et.al., 1974). Een dergelijke bevinding maakt duidelijk dat de betekenis van de medische aandoening voor het verzuim zo goed mogelijk moet worden vastgesteld. In de eerste plaats om na te gaan of een ernstige ziekte daadwerkelijk leidt tot een langere ziekteduur dan een minder ernstige ziekte en of die ook vaker leidt tot een WAO-uitkering. In de tweede plaats om uit te vinden welke bijdrage andere faktoren leveren aan de duur van de arbeidsongeschiktheid.

Met het oog op dit laatste aspekt, van de relatieve bijdrage van andere faktoren aan het ziekteverzuim, dat centraal staat in dit onderzoek, richten wij ons niet alleen op de feitelijke ziekteduur, dat wil zeggen op het aantal dagen dat het verzuim in beslag neemt, maar ook op de relatieve ziekteduur. Hiermee bedoelen we dat de feitelijke ziekteduur betrokken wordt op de verwachtingen daaromtrent van de betrokkenen zelf: de arbeidsongeschikte werknemer en de verzekeringsgeneeskundige. Het gaat dan niet meer om het feitelijke aantal ziektedagen maar om de relatief te korte of te lange afwezigheid. 'Relatief' wil zeggen, dat de ziekteperiode wordt gezien tegen de achtergrond van de ernst van de aandoening en de aard van de werkzaamheden. In een volgend hoofdstuk zullen wij op deze zaak dieper ingaan.

Voor de verklaring van de feitelijke en relatieve ziekteduur baseren wij ons op de theoretische uitgangspunten van het besliskundig model zoals

dit door Philipsen (1969) is toegepast op het verloop van een ziektegeval. De door ons onderzochte faktoren worden in dit model geplaatst. Primair gaat het ons om de volgende faktoren:

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 de psychosociale problematiek, ten dele opgevat als een min of meer konstante gedragswijze van het individu, ten dele ook als het aktuele "coping-behaviour" naar aanleiding van konkrete levensomstandigheden. Het betreft hier dus een meting van iemands verweer tegen de stress (coping-vermogen).

Daarnaast worden ook andere relevant geachte faktoren in beschouwing genomen, zoals iemands binding aan de ziekerol respektievelijk arbeidsrol, waarmee wordt weergegeven de mate waarin iemand geneigd is een bepaalde rol vast te houden of op te geven. Hierop hebben behalve allerlei kenmerken van de persoonlijkheid ook meer strukturele faktoren hun invloed, zoals bepaalde bedrijfskenmerken (soort werk, gezagsverhoudingen, etc.).

De onderzochte faktoren zijn enerzijds strikt individueel en anderzijds kenmerken van diens naaste en wijdere sociale omgeving. Vooral wanneer het gaat om "stress", speelt het onderscheid tussen de gebondenheid aan de persoon en aan de omgeving een belangrijke rol. In een volgende paragraaf komen wij hierop nog uitgebreid terug. In dit onderzoek doen wij een poging om tot een afweging te komen van het relatieve belang van het persoons- of omgevingsgebonden karakter van de onderzochte faktoren voor de langdurige afwezigheid wegens ziekte.

Resumerend komen in dit onderzoek drie vragen aan bod.

1. Welke invloed hebben de onderzochte faktoren, met name de psychosociale belasting en het verweer daartegen, op de feitelijke en relatieve ziekteduur?
2. In hoeverre overweegt daarbij het persoonsgebonden of het omgevingsgebonden karakter van die faktoren?
3. Welke betekenis heeft het ziektebegrip (nog) voor het langdurige arbeidsverzuim?

2. Het besliskundig model van het verloop van een ziektegeval.

Afwezigheid wegens ziekte kan sociaal-wetenschappelijk bestudeerd worden in het theoretisch kader van ziektegedrag. De wijze waarop iemand

reageert op zijn gevoelens van ziek zijn wordt samengevat met de term "illness-behaviour" hetgeen door Mechanic (1961,1966) omschreven wordt als:.... ."the manner in which symptoms are perceived, evaluated and acted upon by a person who recognizes some pain, discomfort and other signs of malfunctioning".

Aan het ziektegedrag zijn de volgende aspekten te onderkennen (Mechanic, 1968, Giel, 1973).

- het is het resultaat van een sociaal en kultureel leerproces omdat het zich voltrekt tegen de achtergrond van een bepaalde kultuur en een omschreven gemeenschap daaruit.
- het is mede een poging het hoofd te bieden aan de moeilijke en onbestendige situatie waarin een individu al of niet door ziekte verzeild raakt.
- het kan tevens voorzien in de behoefte van een individu aan aandacht, sympathie en materieel voordeel.

Het gaat dus om een zeer kompleks verschijnsel waarvoor ziekte slechts ten dele de verklaring vormt.

In onze verdere beschouwing volgen wij vooral het door Philipsen ontwikkelde theoretische model (Philipsen,1969). Hij onderscheidt vier betekenissen van het begrip ziek-zijn.

1. ziek-zijn als de aanwezigheid van een aandoening in de zin van een medisch wetenschappelijk herkenbare somatische of psychische stoornis ("disease")
2. ziek-zijn als onwelbevinden, dat gerelateerd wordt aan een veronderstelde aandoening. De subjektieve beleving van onwelbevinden staat in deze betekenis centraal ("illness").
3. ziek-zijn als het zoeken van genezing, hetzij door het raadplegen van bijvoorbeeld artsen, hetzij door geneesmiddelen te gebruiken.
4. ziek-zijn als arbeidsongeschikt zijn of preciezer als aanvaarding van de patientenrol. Primair gaat het hier om ontheffing van bepaalde maatschappelijke verplichtingen ("sickness").

In de systematische beschrijving van een ziektegeval kan men deze vier betekenissen terugvinden. Daaruit blijkt dat ze in de praktijk niet noodzakelijk hoeven samen te vallen. Een ziektegeval wordt door Philipsen opgevat als een funktionele eenheid van zich wijzigende kondities van het menselijk organisme en de daarop betrokken handelingen en gevoelens. Het verloop van een ziektegeval heeft globaal de volgende fasen:

(a) het optreden of een toename 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 patiënt
(e) bestendiging gedurende enige tijd van rolgedrag als patiënt
(f) de afloop van het ziektegeval

Deze fasen, die we niet in detail zullen bespreken, volgen in de tijd op elkaar en hebben het karakter van een proces. Voor de bestudering van ziekteverzuim zijn vooral de drie laatstgenoemde van belang. Bij een onderzoek dat is gericht op langdurige afwezigheid wegens ziekte en op het al of niet opgeven van de patiëntenrol moet bijzondere aandacht worden geschonken aan de omstandigheden die het proces vertragen of bespoedigen. Philipsen ziet het verloop van een ziektegeval als een reeks beslissingen. Hierbij gaat hij uit van de veronderstelling dat er sprake is van keuzegedrag. In meerdere of mindere mate bestaat er vrijheid van beslissing om al of niet medische hulp in te roepen, om al of niet de patiëntenrol te aanvaarden en dus ook om deze al of niet weer op te geven. Iemands handelen vloeit niet zozeer voort uit de aandoening of de lichamelijke of geestelijke funktiebeperking, als uit zijn onwelbevinden. Het individu kiest als het ware steeds tussen een aantal alternatieven; daarbij gaat het niet zozeer om de meest rationele en optimale keuze, want het is de vraag of dit tot de mogelijkheden van de zieke of de patiënt behoort, als om een keuze die als voldoende bevredigend wordt beoordeeld. Verder wordt verondersteld dat deze keuze geen statisch gegeven is. Afhankelijk van nieuwe informatie of van een herwaardering van de omstandigheden kan een andere beslissing worden genomen. Dit onderstreept nog eens dat we met een proces te maken hebben.

De toepasbaarheid van het besliskundig model op het verloop van een ziektegeval varieert met het type aandoening dat men onderzoekt. Vooral bij de niet akute, minder ernstige aandoeningen is de keuzevrijheid in de eerste vier fasen tamelijk groot, maar in de volgende tamelijk klein. Bij de ernstiger aandoeningen is vaak het omgekeerde het geval. Dikwijls is dan door de betrokkene zelf in hoge mate het tijdstip te bepalen waarop hij de ziekerol zal verlaten.

In ons onderzoek is een tweetal redenen van ziekmelding tot onderwerp van studie gemaakt: aan de ene kant ongevallen met als gevolg akute letsels, frakturen of amputaties van het bewegingsapparaat: aan de andere kant ziekten van het bewegingsapparaat. Deze worden gekenmerkt door een meer geleidelijk begin. Wat betreft de beslissingsvrijheid bij de aanvaarding van

de patiëntenrol kan men stellen dat het aantal alternatieven bij ongevallen klein zal zijn en dat de eerste drie fasen van het verloop van het ziektegeval vrijwel geheel zullen samenvallen, dit in tegenstelling tot hetgeen men bij andere ziekten van het bewegingsapparaat kan verwachten. Ook daarbij is een akuut ontstaan (bijvoorbeeld een hernia nuclei pulposi) niet onmogelijk, maar in de praktijk blijkt het verloop in fasen veel duidelijker. Dit betekent dat de kans op uitstel van de aanvaarding van de patiëntenrol vaak ook veel groter is. De aanvaarding hangt daardoor meer af van de persoon zelf en van zijn individuele omstandigheden. Dezelfde vrijheid van keuze bestaat bij het opgeven van de patiëntenrol. We veronderstellen dat de periode van afwezigheid ten gevolge van een ongeval zowel voor de betrokkene als voor de arts beter voorspelbaar en beheersbaar is dan die tengevolge van een ziekte der bewegingsorganen. In het laatste geval is de diagnose dikwijls lastiger te stellen, de aard, de zichtbaarheid en de herkenbaarheid van de aandoening onttrekken zich vaker aan de directe waarneming, de onzekerheid over de uit te voeren behandeling is vaak groter, de therapie is minder rechtstreeks en minder doeltreffend, er zijn minder aangrijpingspunten voor kontrole op de voortgang van het herstel, en er is meer risiko op een onvolledig herstel of op een terugkeer van de klachten. De persoonlijke ervaring van de patiënt speelt in deze gevallen een veel belangrijker rol. Dit houdt in dat uitstel van de herstelmelding bij dergelijke aandoeningen gemakkelijker plaatsvindt, zonder sankties in de vorm van een arbeidsgeschiktheidsverklaring en stopzetting van de ziektegelduitkering.

Het melden van ziekte of herstel hangt in hoge mate af van iemands perceptie van zijn eigen gezondheidstoestand, van zijn vermogen tot bevredigend sociaal funktioneren, evenals van de mogelijkheden die daarvoor aanwezig zijn.

3. Ziekte- en afwezigheidsgedrag.

Bij de aanvaarding van de rol van patiënt kan men volgens Philipsen twee vormen van gedrag onderkennen. Het gaat daarbij enerzijds om ziektegedrag: het zoeken van hulp om de genezing te bevorderen; en anderzijds om afwezigheidsgedrag: de ontheffing van een aantal maatschappelijke verplichtingen. Het ontstaan evenals de duur van een ziektegeval kan vanuit die twee gezichtshoeken worden bezien. De beide dimensies van ziekte en afwezigheid spelen een rol bij het moment van de beslissing tot een ziekte- of herstel-

melding. Philipsen maakt gebruik van het psychologische begrip "drempel", wanneer hij wil toelichten onder welke omstandigheden in het individuele geval welke vorm van gedrag meer of minder aannemelijk of waarschijnlijk is. Hij onderscheidt een ziektedrempel en een afwezigheidsdrempel.

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 wordt verstaan het omslagpunt op de schaal van zich weinig naar zich ernstig ziek voelen, waarbij de zieke (of eventueel zijn omgeving) meent de rol van patiënt te moeten aanvaarden of op te eisen. Met het drempelbegrip wordt een relatief konstante eigenschap van een persoon aangeduid, die zijn bereidheid tot aktie weergeeft bij de ervaring van onwelbevinden en ziektegevoelens. Het heeft zin om een onderscheid te maken tussen een drempel voor het optreden van ziekte- en één voor afwezigheidsgedrag, niet alleen omdat de beide gedragingen tot verschillende konsekwenties leiden wat betreft het optreden en de duur van afwezigheid, doch ook omdat ze deels door verschillende faktoren worden beinvloed. De drempel heeft te maken met hoe iemand zijn eigen lichamelijke of geestelijke funktioneren opvat. Hoewel de drempels op de ervaring van dezelfde ziektegevoelens berusten, veronderstellen we dat de hoogte van de ene relatief onafhankelijk is van die van de andere en dat het verschil in hoogte eveneens relatief konstant is. Het is evenwel denkbaar dat onder invloed van bijvoorbeeld bepaalde levensomstandigheden of van vrij abrupte veranderingen van maatschappelijke normen iemands opvattingen en houdingen ook mee veranderen. Tijdens een periode van langdurige afwezigheid zou de hoogte van een of beide drempels in de loop der tijd geleidelijk kunnen verschuiven.

In het algemeen geldt dat naarmate een drempel op een lager niveau is gelegen de ziekmelding eerder tot stand zal komen of de herstelmelding uitgesteld zal worden. We nemen aan dat het begin van een langdurige afwezigheid wegens ziekte, voorzover er sprake is van enige vrijheid van beslissing, vooral bepaald wordt door de hoogte van de ziektedrempel, maar tevens dat bij de afloop ervan de hoogte van de afwezigheidsdrempel van grotere betekenis is.

Verschillen in verzuimduur ofwel in ziekte- en/of afwezigheidsgedrag kunnen volgens Philipsen verklaard worden door de volgende faktoren, waarbij we tevens aansluiten bij een veel gebruikte terminologie (zie voor soortgelijke benadering van medische consumptie Cassee, 1973).

1. de ernst van de aandoening of de lichamelijke beperking; ofwel de objektieve afwezigheidsnoodzaak.
2. verschillen in de hoogte van de ziektedrempel ofwel de subjektieve afwezigheidsnoodzaak.
3. verschillen in de hoogte van de afwezigheidsdrempel op grond van de relatieve aantrekkingskracht van de rol van de patiënt boven de arbeidsrol, ofwel de afwezigheidsbehoefte.
4. verschillen in de hoogte van de afwezigheidsdrempel op grond van de anticipering op de kansen van erkenning, alsmede op grond van de beleving van de zich verwerkelijkende erkenning, ofwel de afwezigheidsgelegenheid.

Op grond hiervan kan men de toename van het ziekteverzuim toeschrijven bijvoorbeeld aan een grotere morbiditeit van bepaalde ziekten en arbeidsongeschiktheid. De inhoud van dergelijke opvattingen zijn evenwel niet bekend. Ook de medische normen zijn in dit opzicht vaak volstrekt duister. Verder kan de behoefte aan afwezigheid zijn toegenomen, tengevolge van een andere binding aan de arbeid. Verder is aannemelijk dat het verzuim zich uitbreidt wanneer de financiële en maatschappelijke risiko's klein zijn (de afwezigheidsgelegenheid).

Uitgaande van bovenstaande gedachtengang willen wij de faktoren bespreken die in ons onderzoek aan de orde zullen komen. De operationalisering ervan blijft voorlopig nog buiten beschouwing. Het gaat ons hier vooral om de nadere toelichting en uitwerking van het theoretische model en de veronderstelde samenhangen tussen de faktoren onderling en met de duur en de aard van het verzuim.

4. Psychosociale "stress": het theoretische model.

De meeste modellen die de relatie tussen de psychosociale omgeving en ziekte en/of ziektegedrag weergeven (Kagan en Levi, 1974; House, 1974; Rahe, 1974) zijn in grote lijnen aan elkaar gelijk. Het model dat in schema 1 is weergegeven brengt dan ook in wezen weinig nieuws. Het is vooral van toepassing op het niet als een eksperiment opgezette veldonderzoek. De horizontale pijlen geven een kausaal verband weer, de vertikale verwijzen naar faktoren die zo'n verband belemmeren, versterken of verzwakken. Een kausaal verband wordt ook wel aangeduid met de term proces, omdat er sprake is van een tijdsverloop gedurende hetwelk iets op iets anders inwerkt. Gebeurtenissen en situaties die door iemand als bedreigend worden opgevat

en die aanpassing vereisen, kunnen onder bepaalde voorwaarden tot "stress" aanleiding geven. In ons geval gaat het om psychosociale stimuli, dat wil zeggen om gebeurtenissen en veranderingen in iemands leven evenals om maatschappelijke, relationele en individuele omstandigheden of situaties die door hun betekenis voor de betrokkene "stress" te weeg kunnen brengen. Het gaat dus niet om fysische of chemische stressoren. Voorop staat dat het de interpretatie is die tot "stress" leidt en niet de stimulus als zodanig.

Het begrip "stress" kunnen we op twee manieren omschrijven:

1. In biologische termen is "stress" de niet-specifieke reaktie van het organisme op elke stimulus die de integriteit van het organisme bedreigt. Het is een stereotiep en fylogenetisch oud patroon van aanpassing. Het wordt gekenmerkt door een verhoging van de aktiviteiten van het autonome zenuwstelsel, aangeduid met het begrip "arousal" (Selye, 1956).
2. In psychologische termen verwijst "stress" naar gevoelens van angst, spanning, waakzaamheid, depressie en schuld, evenals naar veranderingen in de motoriek en in mentale funkties (Lazarus, 1966).

Schema 1:

"Stress" kan tot stoornissen en ziektes aanleiding geven mits aan bepaalde voorwaarden is voldaan. Deze voorwaarden betreffen de duur en de intensiteit van de "arousal", de psychologische en biologische kenmerken van het individu en de materiële en sociaal-kulturele omgeving. Het zijn vooral de psychosomatische onderzoekers geweest die geprobeerd hebben om achter de

psychologische en biologische voorwaarden te komen, die bepalen hoe en wanneer "stress" tot klinisch herkenbare afwijkingen kan leiden (Alexander,1950; Mahl, 1953; Lacey, 1953; Luborsky, 1973). Er kunnen drie modellen worden onderscheiden:

1. het "non-specific model" geeft de gedachtegang weer dat elke stimulus in staat is enige "stress" op te roepen, die weer kan uitlopen op een psychobiologische afwijking die niet specifiek is voor de stimulus. Mahl (1953) vertegenwoordigt dit model.
2. in het "individual response specificity model" (Lacey, 1953) is de kant van de stimulus hetzelfde als in het eerste model, maar roept deze een voor een bepaald individu specifieke reaktie van het autonome zenuwstelsel op.

Deze beide modellen hebben gemeenschappelijk dat de aard van de funktionele stoornis en van de ziekte niet bepaald wordt door de specifieke eigenschappen van de stimulus. Andere faktoren, zoals iemands psychobiologische kenmerken, zijn daarvoor van veel groter belang. In deze modellen wordt ervan uitgegaan dat de "arousal" een noodzakelijke doch niet voldoende voorwaarde is voor een psychosociale stimulus om tot een omschreven aandoening te leiden.

3. In het derde model daarentegen, wordt wel een relatie verondersteld tussen de aard van de stimulus en die van de aandoening. Dit zogenaamde "specificity model" berust op de veronderstelling, dat een specifieke stimulus een bepaald onbewust psychisch konflikt reaktiveert dat tot een bij dat konflikt behorende aandoening kan voeren. Alexander (1950) is een belangrijke aanhanger van dit model, dat sterk psycho-analytisch georiënteerd is. Hierin wordt dus minder betekenis gehecht aan "stress" als een reaktie. De reaktivering van het konflikt en het ontstaan van de ziekte kunnen eigenlijk alleen begrepen worden uit de ideosynkratische betekenis van de stimulus voor de betrokkene. Op de vraag welke aspekten van psychosociale stimuli van invloed zijn op welke gezondheidsstoornissen, kan slechts vanuit het "specificity model" een direkt antwoord worden gegeven. De veronderstellingen van de andere twee modellen geven geen uitsluitsel over de relatie tussen de aard van de stimulus en die van de aandoening. Het kenmerkende van de stimulus betreft daarin hoofdzakelijk het gegeven dat deze "stress" ofwel "arousal" veroorzaakt. De vraag naar het soort aandoening dat de "arousal" tenslotte kan doen ontstaan, kan pas beantwoord worden indien iemands psychobiologische kenmerken erbij

worden betrokken. Dit laatste aspekt blijft in dit onderzoek buiten beschouwing omdat het hier vooral gaat om datgene wat "stress" te weeg brengt.

Over de relatie tussen ziekte en ziektegedrag willen wij nog een opmerking maken.

Volgens het schema kunnen bepaalde afwijkingen in het psychobiologische funktioneren tot medisch-wetenschappelijk omschreven "ziekten" aanleiding geven. Daarnaast kan er echter ook nog sprake zijn van sociaal-wetenschappelijk omschreven "ziektegedrag". Een ziekte kan, maar hoeft niet, tot ziektegedrag aanleiding te geven, terwijl ziektegedrag zowel met als zonder ziekte op kan treden. Het onderscheid tussen ziekte en ziektegedrag is bijzonder belangrijk omdat in de praktijk meestal het tweede wordt onderzocht en op tamelijk onnadenkende wijze wordt aangenomen dat men het eerste meet. Mechanic heeft het als volgt geformuleerd:

> ... "investigators depend on persons' perceptions of their health, their reports of illness, or examination of medical records during some defined time period. Not only do all of these sources of information have various measurement biases, but they are also affected by patterns of illness behavior, that is, differential propensities to recognize and respond to bodily indications, to define oneself as ill, and to seek medical assistance. In many instances, how persons perceive their health status and the extend to which they use medical services reflects patterns of illness behavior as much as they indicate the presence of illness (Mechanic,p.89,1974-a)".

Zeer uiteenlopende faktoren kunnen onderlinge verschillen te weeg brengen in het ziektegedrag van mensen met dezelfde 'objektieve' psychobiologische toestanden, blootstaand aan dezelfde mate van "stress". Het is aannemelijk dat "stress" veel ziektegedrag met zich mee kan brengen zonder dat er sprake hoeft te zijn van duidelijke funktionele stoornissen of van ziekte. Men kan in dit verband denken aan verschijnselen als het uiten van ontevredenheid en onwelbevinden, het gebruik van psychofarmaca, het raadplegen van artsen, ziekteverzuim, etc. Onze kennis van de vertaling van psychosociale stimuli in ziektegedrag is zeer beperkt. De persoonlijkheid, op te vatten als het geheel van aangeboren en aangeleerde eigenschappen, speelt daarbij een grote rol. Lehman (1972) heeft dan ook gepleit voor een "transaktionele" benadering van dit probleem van de vertaling. Bij een dergelijke benadering wordt behalve aan omgevingsgebonden faktoren ook en gelijktijdig aandacht geschonken aan persoonlijkheidseigenschappen. Daardoor wordt voorkomen dat

men vervalt in "psychobiological" of "sociocultural reductionism". In veel onderzoek is deze benadering van belang, omdat we tenslotte moeten weten in hoeverre psychosociale stimuli ziekte en ziektegedrag beinvloeden en in hoeverre deze beinvloeding afhankelijk is van de kenmerken van iemands persoonlijkheid.

5. Het begrip stress-inducerend vermogen.

Verschillende onderzoekers geven in hun omschrijving en definiëring van psychosociale stimuli aan welke aspekten zij stress-inducerend achten; dat wil zeggen aspekten die een verhoging van de aktiviteiten van het autonome zenuwstelsel ("arousal") te weeg brengen en/of gevoelens van angst, spanning, neerslachtigheid etc. Sommigen leggen de nadruk op de "emotional disturbance" of de bedreiging van de psychische integratie van de betrokkene (Brown & Birley, 1968). Anderen beklemtonen de mate waarin de stimuli "disrupt or threaten to disrupt the individual's usual activities" (Dohrenwend & Dohrenwend, 1970), of de mate waarin "some adaptive or coping behavior on the part of the involved individual" wordt gevraagd (Holmes & Rahe, 1967). Volgens de opvattingen van Mandler (1975) gaat het vooral om de "interruption of organized behavior and cognitive plans" die naar zijn inzichten een voldoende en waarschijnlijk een noodzakelijke voorwaarde vormt voor het optreden van een verhoging van de aktiviteiten van het autonome zenuwstelsel. In sommige onderzoekingen wordt veel waarde gehecht aan de kontroleerbaarheid van de situatie (Seligman, 1975).
Hoewel de aksenten verschillend worden gelegd, overlappen ze elkaar grotendeels. In het individuele geval lijken vooral drie faktoren van belang:

- de waarde die het bedreigde of belemmerde plan of gedrag voor de betrokkene heeft;
- de mate waarin dat gedrag of plan wordt belemmerd; en
- de mate waarin de bedreiging of belemmering door de betrokkene kan worden opgeheven (de mogelijkheid van kontrole over de situatie).

De vraag welke gevolgen een bepaalde stimulus heeft, kan slechts beantwoord worden indien men kennis heeft van de al of niet opgemerkte eigenschappen van de stimulus, de kontekst waarin de stimulus optreedt, en de doelen en waarden van de persoon. Twee mensen die worden blootgesteld aan dezelfde stimulus kunnen deze op sterk verschillende wijze waarnemen en interpreteren met als gevolg dat de intensiteit van de "stress" tussen beiden verschilt.

Het is daarom van wezenlijke betekenis onderscheid te maken tussen het effekt van de stimulus - of beter het stress-inducerend vermogen ervan - en het effekt van bepaalde persoonlijkheidskenmerken op de duur en intensiteit van de"stress". Dit onderscheid maakt het tevens mogelijk te onderzoeken in hoeverre er een interaktie optreedt tussen het stress-inducerend vermogen van de stimulus en de kenmerken van de persoonlijkheid. Om deze vragen te kunnen beantwoorden, mag de meting van de stimulus niet beinvloed worden door de persoonlijkheidskenmerken van de betrokkene, die zelf de intensiteit en duur van de "stress" mee bepalen. Men kan in dit verband denken aan het persoonlijkheidskenmerk neuroticisme, dat wellicht de oorzaak is van het feit dat eenzelfde stimulus in verschillende mate "stress" te weeg brengt bij twee mensen die behalve in de mate van neuroticisme, verder op alle relevante kenmerken, zoals bijvoorbeeld de leefsituatie en het waardenpatroon, aan elkaar gelijk zijn.

De vraag is nu hoe de stimulus onafhankelijk van de persoonlijkheidskenmerken gemeten kan worden. In het individuele geval lijkt dit een vrijwel onmogelijke opgave, omdat de stimulus voor een belangrijk deel gekleurd wordt door de persoonlijkheid van de betrokkene. Daarom trachten wij langs een meer 'objektieve' weg een schatting te maken van de belasting die uitgaat van een bepaalde stimulus.

We veronderstellen dat mensen, die dezelfde sociale, ekonomische en kulturele positie innemen, zij het met een zekere spreiding, ongeveer dezelfde betekenis aan een bepaalde stimulus toekennen. Wanneer er verschillen in de mate van beleefde "stress" optreden dan zullen deze voornamelijk berusten op verschillen in persoonlijkheidskenmerken. De gemiddelde hoeveelheid "stress" die de stimulus te weeg brengt bij mensen van vergelijkbare posities, willen wij opvatten als het stress-inducerend vermogen van die stimulus. Dat gemiddelde kan worden beschouwd als een maat voor de 'objektieve' belasting die de stimulus veroorzaakt, en die in het individuele geval kan worden toegepast, mits de betrokkene ongeveer in dezelfde positie verkeert als degenen bij wie dat gemiddelde is berekend. Wij relateren dus de hoeveelheid "stress" van een stimulus aan de 'gemiddelde' ervaring van een groep mensen waartoe de betrokkene op grond van zijn positionele kenmerken geacht wordt te behoren. Met deze definitie doen wij een poging het stress-inducerend vermogen van een stimulus bij een individu vast te stellen zonder dat zijn (individuele) persoonlijkheidskenmerken op de meting van invloed zijn. De waarde ervan ligt in de mogelijkheid om de in-

vloeden van de omgeving en de persoonlijkheid, de intensiteit en duur van de "stress" afzonderlijk te onderzoeken.
De hierboven geschetste werkwijze is in de praktijk nauwelijks uitvoerbaar. In plaats daarvan hebben we een schatting laten maken van het stress-inducerend vermogen van de stimulus door een groep van beoordelaars. Een panel van beoordelaars diende op een vier-puntsschaal de mate van bedreiging van, of vereiste aanpassing aan de gebeurtenis of situatie te bepalen. Zij moesten zich afvragen hoeveel bedreiging een bepaalde gebeurtenis voor een willekeurig iemand zou opleveren, die in globaal dezelfde omstandigheden verkeerde wat betreft leeftijd, beroep, burgelijke staat, etc. als de respondent. In die beoordeling bleven de reakties en de beleving van de respondent zelf uiteraard buiten beschouwing om kontaminatie te vermijden. Op deze schattingsprocedure komen we bij de operationalisering nog terug.

Hierboven spraken we in verband met psychosociale "stress" steeds van stimuli. Hiermee bedoelen we vrij plotseling gebeurtenissen en veranderingen in iemands leven evenals maatschappelijke, relationele of individuele omstandigheden van meer chronische aard. Onder gebeurtenissen verstaan we rolveranderingen, zoals scheiding, verandering van werk en daarnaast veranderingen in de gezondheid, interaktieveranderingen, financiële en andere crisisachtige gebeurtenissen. Omstandigheden van meer chronische aard hebben betrekking op strikt persoonlijke of relationele problemen, problemen in de sfeer van de gezondheid, de huisvesting, het werk, de financiën of justitiële problemen. Het gaat zowel bij de gebeurtenissen als bij de problemen om grotendeels vooraf vastgelegde zaken, waarvan wordt aangenomen dat elk van deze gebeurtenissen of problemen tenminste enig stress-inducerend vermogen bezit. In hoofdstuk 7 zullen we nader ingaan op deze typologie en op de regels die daarbij zijn gehanteerd met betrekking tot de vraag wanneer een gebeurtenis of een probleem als zodanig in het individuele geval wordt geteld.

In het volgende wil ik nog drie problemen aan de orde stellen.

1e. de integrale belasting waaraan iemand gedurende een bepaalde tijd heeft blootgestaan.
2e. de afhankelijkheid van de lichamelijke stoornis: hiermee bedoelen we de gebondenheid van een bepaalde stimulus aan de lichamelijke stoornis, die de aanleiding was tot het onderzochte verzuim.

3e. de afhankelijkheid van de persoon. Het gaat om het onderscheid tussen stress-faktoren die wel en die niet door het handelen of het funktioneren van de persoon zijn ontstaan.

6. De integrale belasting gedurende een bepaalde periode.

In dit onderzoek gaat het niet om een bepaalde gebeurtenis of één situatie, maar om een rijke schakering van belastende omstandigheden. De navraag naar deze omstandigheden strekte zich uit over de eerste negen maanden vóór de datum van de ziekmelding en verder tot aan de datum van de werkhervatting of, in de gevallen dat het verzuim doorliep, tot aan de datum van de overgang naar de WAO. In totaal maximaal 21 maanden. De onderzochte periode varieerde dus per respondent, afhankelijk van het tijdstip van zijn herstel. Het tijdvak tot en met de eerste drie maanden van de ziekmelding is evenwel voor iedereen gelijk. We kunnen de respondenten nu vergelijken op

a. belastende omstandigheden ten tijde van het begin van de onderzoeksperiode; dat wil zeggen op het tijdstip van negen maanden vóór de ziekmelding. Op de situatie van dat moment heeft wat hierboven als probleem is omschreven betrekking. Dit betreft dus de chronische problematiek die grotendeels gedurende de gehele onderzoeksperiode aanwezig was. Alles wat daarna is geschied heet per definitie een gebeurtenis.
b. belastende gebeurtenissen gedurende de negen maanden vóór de ziekmelding;
c. belastende gebeurtenissen gedurende de eerste drie maanden van de ziektewet. De beide perioden zullen ook als een geheel behandeld worden; en tenslotte
d. belastende gebeurtenissen in de periode van drie of zes maanden vóór het herstel of de overgang naar de WAO.

Voor elk van deze perioden zal een maat voor de totale psychosociale belasting worden gehanteerd. De samenvoeging van de afzonderlijke stress faktoren tot één maat is bij gebrek aan theorie hierover nog een tamelijk willekeurige zaak. De grote hoeveelheid van gebeurtenissen en problemen die bovendien wat betreft de ernst ervan variëren, laten ons weinig keus. De maten voor de psychosociale belasting per onderscheiden periode zijn verkregen door een optelling van de toegekende ernstscores.
Over de werkingsduur van een bepaalde gebeurtenis valt zonder gedetailleerd empirisch onderzoek weinig met zekerheid te zeggen. We veronderstellen dat

de invloed van een gebeurtenis tijdens de ziektewet-periode op de feitelijke en relatieve ziekteduur groter zal zijn dan daarvoor. De nabijheid in de tijd van de stress-faktor tot het moment waarop een beslissing over het herstel aanstaande is, zal dan waarschijnlijk een belangrijke rol gaan spelen. Het onderscheid in verschillende tijdvakken maakt het mogelijk om deze hypothese te toetsen en tevens om na te gaan wat de stress uit de ene periode aan extra verklaring van het verzuim toevoegt aan die van de andere periode.

In het algemeen gaan we van de veronderstelling uit, dat hoe groter de belasting is des te sterker het effekt zal zijn op de verlenging van de ziekteduur. We denken verder dat daarvoor vooral de belasting ten gevolge van chronische problematiek van belang zal zijn. Juist de langdurigheid van problemen legt een sterke druk op iemands weerstandsvermogen, eens te meer in een situatie waarin door een ongeval of een ziekte het gangbare psychosociale funktioneren in meer of mindere mate is verstoord.

Hierboven spraken we al van ziekte- of afwezigheidsgedrag. We veronderstellen dat "stress" op beide vormen van gedrag kan inwerken. Een voorbeeld kan dit verduidelijken: tijdens de ziektewetperiode van iemand komt het vrij plotselinge bericht van zijn ontslag vanwege inkrimping van het bedrijf waar hij werkt. De perceptie van deze gebeurtenis zal vermoedelijk het afwezigheidsgedrag bevorderen, bijvoorbeeld omdat de status van zieke sociaal en financieel meer aanvaardbaar is dan die van werkloze. Het is ook mogelijk dat de ziektegevoelens al of niet gelijktijdig toenemen en ziektegedrag aktiveren, in de vorm van doktersbezoek en het gebruik van geneesmiddelen (Kesteloo, 1975). Het is daarom aannemelijk dat "stress" niet alleen een langduriger overschrijding van de ziekte- en/of afwezigheidsdrempel bewerkstelligt, maar ook dat ze één of beide deze drempels kan verlagen.

7. De afhankelijkheid van de lichamelijke stoornis.

Het ongeval of de ziekte waardoor iemand in de ziektewet raakt vormt uiteraard ook een bron van psychosociale belasting. Hieruit kunnen bijvoorbeeld een of meerdere opnamen in een ziekenhuis of operaties voortvloeien. In het geval van een chronische aandoening gingen soms vroegere verzuimen aan de onderzochte ziekteperiode vooraf. Soms werd iemand naderhand overvallen door het bericht dat zijn kwaal veel ernstiger was dan was voorzien. Een aantal onplezierige gebeurtenissen had rechtstreeks te maken met de aard van de lichamelijke stoornis waarvoor iemand zich had ziek gemeld.

De belasting ten gevolge van dergelijke "medische" gebeurtenissen hebben we afzonderlijk onderzocht omdat we de ernst van de aandoening of de lichamelijke beperking en de direkte gevolgen daarvan onder kontrole trachtten te houden. Hiermee wordt dus de ernst van de psychosociale gevolgen van een lichamelijke handicap weergegeven. In dit verband rijst tevens de vraag in hoeverre de ernst van de aandoening, volgens het oordeel van de arts, de zwaarte van de psychosociale belasting 'dekt'; en of de "stress" nog extra bijdraagt aan de verklaring van de ziekteduur.

8. De afhankelijkheid van de persoon.

Voor de vaststelling van "stress" als een omgevingsvariabele is het nodig de invloed van de persoon zelf onder kontrole te houden. Dit geldt niet alleen voor de rapportage van wat als stressvol kan worden beschouwd en voor de bepaling van de zwaarte ofwel het stress-inducerend vermogen ervan, maar ook voor de vraag of de "stress" door de betrokkene zelf te weeg is gebracht.
Het is bekend dat iemand voor een goed funktioneren een bepaalde hoeveelheid prikkels nodig heeft en dat hij die ook zelf vaak oproept. Stimulering door veranderende eisen en verwachtingen van de omgeving en ook van de persoon zelf bevordert niet zelden een gezonde en evenwichtige ontwikkeling van de persoonlijkheid. Er zitten vrijwel altijd positieve en negatieve kanten aan zulke levensveranderingen als huwelijk, echtscheiding, een nieuwe werkkring, een verhuizing etc. Ze betekenen tegelijkertijd een bevrijding uit een vroegere onprettige situatie en een aanpassing aan nieuwe rolpatronen, hetgeen meer of minder bedreigend kan zijn.
Waar het ons nu omgaat is dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen levensomstandigheden die wel en die niet het resultaat zijn van het handelen van de persoon. Een van onze onderzoeksvragen betrof het inzicht in de afzonderlijke effekten van omgevingsgebonden en persoonsgebonden faktoren op de ziekteduur. Het persoonsgebonden karakter van de "stress" kan men op verschillende manieren benaderen:

a. het optreden van de gebeurtenis of het ontstaan van de situatie is het gevolg van een bewust door iemand genomen beslissing; bijvoorbeeld verandering van werk of een huwelijk.
b. het optreden van de gebeurtenis of het ontstaan van de situatie is het gevolg van iemands minder adekwaat psychisch funktioneren; een voorbeeld

hiervan is een ongeval ten gevolge van roekeloos rijgedrag, of het lijden aan duidelijk psychosomatische aandoeningen zoals maagklachten.

Deze beide gezichtspunten sluiten elkaar overigens niet uit en moeten naast elkaar worden gehanteerd, omdat de gevolgen voor ziektegedrag verschillend kunnen zijn. Dergelijke persoonsgebonden "stress" staat tegenover "stress" ten gevolge van allerlei lotgevallen, waarvan iemand het optreden of ontstaan niet van te voren kan beinvloeden; zoals overlijden, ontslag door sluiting van het bedrijf, een ongeval bij een lid van de huishouding, etc.

De voordelen van deze werkwijze zijn tweëerlei:

1e. de isolering van "stress" als omgevingsvariabele; en

2e. de toetsing van hypothesen betreffende de verschillende soorten van "stress".

Wat dit laatste betreft, kan men opmerken dat persoonsgebonden "stress" ten gevolge van minder adekwaat psychisch funktioneren van de persoon, wellicht grotere konsekwenties heeft voor de ziekteduur dan de "stress" die voortkomt uit iemands doelbewust handelen. Het is mogelijk dat in het eerste geval ziektegedrag meer voor de hand ligt om aan moeilijkheden het hoofd te bieden dan in het laatste geval. Men denke bijvoorbeeld aan de psychosomatische aandoeningen die onder die kategorie van de persoonsgebonden "stress" valt.

Resumerend veronderstellen we dat

Naarmate de integrale belasting groter is, de kans op langdurige overschrijding van de ziekte- en/of afwezigheidsdrempel, en/of verlaging daarvan, groter zal zijn en dus ook de kans op een(relatief te) lang verzuim.

Deze algemene hypothese specificeren we naar:

- chronische en akute problematiek;
- de periode van ontstaan van de akute problematiek;
- de afhankelijkheid van de stoornis; en
- de afhankelijkheid van de persoon.

9. Coping ofwel het omgaan met "stress".

Het omgaan met "stress" wordt in de Angelsaksische literatuur met vele begrippen aangeduid: "adaptation", "adjustment", "mastering", "performance", "defense", "coping", etc. Ten onzent gebruikt men begrippen zoals belastbaarheid, weerbaarheid, lichamelijk en psychisch weerstandsvermo-

gen enz. In het algemeen gaat het over één of enkele persoonlijkheidskenmerken of disposties, bijvoorbeeld de mate van angst als reaktie op "stress" Mechanic zegt hierover:

> "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" (Mechanic in Coelho, 1974-b, p.38).

Wanneer wij over coping ofwel omgaan met "stress" spreken bedoelen wij in navolging van Bloemers en Hammenga (1976), alle reakties van de persoon op "stress", hetzij fysiologisch of psychologisch, alsmede het konkrete handelen van de persoon naar aanleiding van een bepaalde "stress"-situatie. Als fysiologische reakties kunnen worden genoemd de hartslag, bloeddruk, enz. Aangezien dergelijke reakties in dit onderzoek niet zijn gemeten, blijft hun verdere bespreking achterwege. Psychologische reakties omvatten perceptieve, emotionele, kognitieve en motivationele aspekten. Hieronder vallen bijvoorbeeld de schatting van de ernst van een situatie, de gevoelens van angst of boosheid. Het konkrete handelen heeft bij ons betrekking op het ingrijpen in de situatie door de persoon. Zijn gedragingen, handelingen en akties die met het oog op de bedreiging van de situatie relevant zijn. Dergelijk gedrag hoeft op zich géén vermindering van de ernst tot gevolg te hebben. Het tegendeel kan evenzeer het geval zijn.
Het begrip coping-vermogen heeft betrekking op de adekwaatheid van de genoemde coping-rekaties en gedragingen. Iemands coping-vermogen is groot als de coping-reakties in het belang van de persoon zijn (of niet of weinig schadelijk voor hem zijn). Als het coping-gedrag adekwaat is in een "stress"-situatie dan wil dit zeggen dat dit gedrag er op gericht is de ernst van die situatie te verminderen.
We zullen het begrip coping-vermogen nu nader uitwerken.

In de theorie van Lazarus (1966) speelt bij de ervaring van "stress" het element van de perceptie ervan een belangrijke rol. Wat als bedreigend wordt ervaren hangt af van het kognitieve proces van "appraisal". Tijdens dit proces vindt eerst een oordeel plaats over het bedreigende, gevaarlijke of irrelevante karakter van de situatie ("primary appraisal"), dan volgt de perceptie van de coping-alternatieven waardoor de dreiging kan worden verminderd of weggenomen ("secondary appraisal"), en tenslotte de verandering in de oorspronkelijke perceptie naar meer of minder bedreigend ("reappraisal")."All coping flows from these medicating appraisals"..

De perceptie van een dreiging gaat meestal gepaard met enige angst, zowel psychisch in de vorm van angstgevoelens, als lichamelijke in de vorm van trillende handen en een bonzend hart. Deze perceptie is uiteraard afhankelijk van de situatie, maar minstens even belangrijk lijkt iemands belastbaarheid, opgevat als een tamelijk permanente persoonlijkheidseigenschap die weergeeft hoeveel belasting iemand kan verdragen zonder de verschijnselen van "stress" te vertonen. Deze "stress"-tolerantie heeft betrekking op de psychologische processen die de interpretatie van de stimulus beinvloeden zonder dat de feitelijke situatie verandert.
Globaal kunnen mensen volgens Cohen en Lazarus (1973) verdeeld worden over de dimensie "repression-sensitization". Aan de ene kant treft men mensen aan die geneigd zijn de ernst van de situatie te onderschatten, te ontkennen of te verdringen; terwijl mensen aan het andere uiterste juist het tegenovergestelde doen. Dit komt min of meer overeen met twee vaak aangehaalde "dispositional styles of coping" of "coping-strategieën", namelijk die van vermijding ("avoidance") en die van waakzaamheid en alertheid ("vigilance").
Onderzoeksresultaten geven geen eenduidig beeld van de effektiviteit van de ene of de andere wijze van omgaan met een "stress"-situatie. Mensen die bijvoorbeeld bij een zware operatie de ernst ervan ontkenden en het onderwerp zoveel mogelijk vermeden, bleken het er soms relatief goed af te brengen en soms relatief slecht (Janis, 1969 en Cohen & Lazarus, 1973). In het onderzoek van Janis (1969) waren mensen die in overeenstemming met de ernst reageerden, gematigd angstig waren en informatie wilden inwinnen, degenen die voorspoedig herstelden. Kortom noch de ontkenners met weinig angst, noch de over-alerte en angstige personen waren de meest effektieve copers. Ontkenning is soms blijkbaar effektief, vooral in situaties waarin men zich niet aktief kan verweren. Het is denkbaar dat ontkenning, geringe betrokkenheid en vermijding vooral dan schadelijk zijn, wanneer een noodzakelijke en mogelijke verandering van een reeds lang voortdurende situatie erdoor wordt geblokkeerd. Van over- of onderschatting van een "stress"-situatie kan men dus niet op voorhand beweren dat deze per definitie tot de ineffektieve reaktie-patronen behoren.
De periode gedurende welke zo'n reaktie wordt voortgezet lijkt hierbij een belangrijk gegeven. In aansluiting aan het vermelde onderzoek van Janis veronderstellen we dat een reële perceptie de meeste kansen op een effektieve coping zal bieden.

Het lijkt verder voor de hand te liggen dat mensen die minder door angst worden beheerst beter in staat zijn aan "stress"-situaties het hoofd te bieden. Enige angst wordt daarentegen ook vaak gezien als een belangrijke bron van motivatie voor het leveren van een prestatie. Er behoeft dus geen rechtlijnige relatie te bestaan tussen de mate van angst en de mate van effektief verweer. De doeltreffendheid van het verweer blijkt onder andere afhankelijk te zijn van het stress-inducerend vermogen van de stimulus en de individuele geneigdheid om hoe dan ook angstig te reageren op een hele reeks van situaties.
Uit een onderzoek naar de effektiviteit van voorlichting over longkanker (Janis, 1974) bleek dat bij verschillende typen personen wat de angst-dispositie betreft sprake was van een optimaal niveau van "fear-arousal", waarop een positieve adaptieve verandering mogelijk bleek. Angstige typen bezaten in het algemeen een lagere drempel van emotionele kwetsbaarheid dan minder angstige typen. Bovendien waren ze op een lager niveau van "fear-arousal" geneigd tot het aksepteren van beschermende voorzorgsmaatregelen. Met andere woorden, in het geval van een matige hoeveelheid "stress" zou een angstig persoon tot een effektieve coping in staat zijn, terwijl de ontkennende en niet zo angstige persoon het juist af laat weten.
Resumerend kunnen we zeggen dat de schatting van de ernst van de "stress" en de angst-dispositie van de persoon als maten voor iemands belastbaarheid geen eenvoudige relatie zal hebben met de adekwaatheid van de coping.

Hierboven spraken we vooral over het perceptieve en kognitieve aspekt van coping. We willen ons nu bezig houden met de gedrags-aspekten ervan: de handelingen van de persoon gericht op het verminderen of wegnemen van de "stress". Voor dergelijk coping-gedrag is de dimensie aktiviteit-passiviteit van belang (Van Es, 1975). De mate waarin iemand geneigd is zich aktief in "stress"-situaties te weer te stellen, is volgens onze verwachtingen van doorslaggevende betekenis voor het resultaat, namelijk het al of niet voortduren van de "stress".
Voor een antwoord op de vraag naar welke faktoren in iemands houding hierbij bepalend zijn, vinden we aanknopingspunten in de (kognitieve) sociale leertheorie van Rotter (1966). In deze theorie wordt gesteld dat gedrag in sociale situaties wordt geleerd doordat er bepaalde beloningen (gevolgen met een bepaalde "reinforcement value") op volgen. Het effekt van die beloningen is afhankelijk van de mate waarin iemand een kausale relatie tussen zijn

eigen gedrag en de beloning percipieert. Naarmate hij géén relatie waarneemt en de gebeurtenissen om hem heen als het resultaat ziet van geluk, toeval of het onvoorspelbare noodlot, zal hij een houding ontwikkelen van "external control". Een houding van "internal control"heeft dan betrekking op het omgekeerde. Iemand met een interne gedragsoriëntatie verwacht dat zijn gedrag invloed zal hebben op de situatie waarin hij zich bevindt. Een dergelijke attitude bleek vooral van belang in situaties die twijfelachtig zijn wat betreft het effekt van iemands handelen.
Een door Rotter ontworpen schaal voor "internal and external control" (interne en externe beheersing) bleek een voorspellende waarde te hebben voor het gedrag. Onderzoek wees uit dat t.b.c.-patiënten met een interne gedragsoriëntatie zich sterker inzetten voor hun genezing en meer informatie over hun ziekte hadden.
Ook Andriessen (1974) toonde in een onderzoek naar de rol van motivatie bij veilig werken aan, dat informatie-verwerking, experimenteel gedrag en de verwachtingen in een situatie verband hielden met de score op de schaal voor interne - externe beheersing. Personen met interne beheersing bleken effektiever te reageren op "stress" en waren meer gericht op het verkrijgen van informatie en het vinden van oplossingen, dan intern georiënteerde personen. De extern georiënteerde persoon is iemand wiens verwachtingen in een bepaalde probleemsituatie leiden tot apathie en passiviteit.
We verwachten dan ook dat bij iemand met een dergelijke gedragsoriëntatie de kans op adekwate coping geringer is.

De meest direkte benadering van iemands coping-vermogen is het onderzoek naar zijn feitelijke handelen in een "stress"-situatie: welke pogingen ondernam de betrokkene om de situatie op te lossen of zodanig te veranderen dat de dreiging ervan verminderde. Dit geeft immers een reëeler beeld van de wijze waarop de betrokkene omgaat met belastende omstandigheden dan een meting van zijn dispositie.
In hoeverre aktief coping-gedrag nuttiger voor de persoon is dan een puur intrapyschische reaktie, is uiteraard sterk afhankelijk van het soort "stress" situatie en van de coping-mogelijkheden omdat daadwerkelijk handelen niet altijd mogelijk is. Dat coping-strategieën gebonden zijn aan een bepaalde situatie blijkt ondermeer uit een onderzoek van Sidle et.al. (1969). Respondenten kregen naast een reeks moeilijke situaties ook een lijst met 10 coping-strategieën voorgelegd. Deze 10 strategieën, waarvan er vier onder onze omschrijving van aktief coping-gedrag vielen, representeerden tamelijk

onafhankelijke manieren van coping. Bepaalde problemen bleken vaker bepaalde strategieën uit te lokken dan andere. Ook werd aangetoond dat sommige individuën de neiging hadden bepaalde strategieën meer te gebruiken dan andere.

Over het verschil in effektiviteit van de ene vorm van coping tegenover de andere zegt Dirken:

> "Deze reaktie (bedoeld is de intrapsychische) is veelal minder adekwaat dan het voortzetten van extern gericht gedrag; niet alleen omdat een labiele homeostase ontstaat die snel tot uitputting kan leiden, maar ook omdat de omslag van energie meestal niet effektief is voor het verwijderen of uitschakelen van de stressor (Dirken, 1969, p. 49).

Zoals gezegd laat niet elke situatie aktief coping-gedrag toe. Ook zijn soms de coping-mogelijkheden of -bronnen in de sociale omgeving waarop iemand een beroep kan doen, beperkt. Het scala van coping-mogelijkheden hangt samen met de plaats die iemand in die sociale omgeving inneemt. Wat iemand ter beschikking staat is ondermeer afhankelijk van zulke kenmerken als leeftijd, beroep, geslacht. Zo zijn de mogelijkheden tot om-, her- en bijscholing voor een jongere werknemer anders en vaak groter dan voor een oudere. Ook de kans op nieuw werk na een gedwongen ontslag ligt voor deze leeftijdsgroepen zeer verschillend. De mogelijkheden die iemand vroeger zijn geboden, spelen ook in het heden een rol. Voor een deel zijn deze opgeslagen in iemands huidige coping-vermogen. De vaardigheden die iemand vroeger heeft geleerd (opleiding) maken nu deel uit van zijn geestelijke bagage en beinvloeden tevens zijn aktuele mogelijkheden.

Iemands positie in de sociale struktuur lijkt de ervaring van positieve gebeurtenissen eveneens te bepalen. Phillips (1968) toonde aan dat dergelijke ervaringen frekwenter voorkwamen in de hogere sociale strata. Hij konkludeerde dat vooral het samengaan van veel "stress"en het ontbreken van positieve gebeurtenissen in de lagere sociale klassen de kans bepaalden op een emotionele stoornis.

Een soortgelijke bevinding deed Brown (1975) bij zijn onderzoek naar depressiviteit. Hij konstateerde bij vrouwen uit de arbeidersklasse niet alleen een grotere frekwentie van ernstige gebeurtenissen en problemen, maar ook een grotere kwetsbaarheid ten gevolge van onder andere de afwezigheid van een vertrouwensrelatie met de levenspartner en van gehele of gedeeltelijke beroepsarbeid. Dergelijke kwetsbaarheids-faktoren verhoogden de kans op het

uitbreken van een depressieve episode aanmerkelijk indien ook bedreigende "life-events" optraden.

Vanuit bovenstaande gedachtengang hebben wij een poging gedaan de adekwaatheid van iemands coping-gedrag naar aanleiding van elke "stress"-situatie vast te stellen. De beoordeling hiervan werd evenals bij de bepaling van de ernst van de gebeurtenis of het probleem, verricht dooreen panel. De mate waarin iemand zich in verschillende situaties effektief te weer stelde, vormt een indikatie van de adekwaatheid van zijn coping-vermogen.
Betreffende de relaties met andere coping-maten veronderstellen we dat adekwaat handelen samenhangt met relatief geringe angstgevoelens, een reëele perceptie van de "stress" en met een gedrags-oriëntatie van interne beheersing. We gaan ervan uit dat de adekwaatheid van het coping-vermogen het effekt van de "stress" op het ziektegedrag zal beinvloeden. In het algemeen veronderstellen we dat:
Naarmate de adekwaatheid van het coping-vermogen groter is het effekt van de "stress" op de ziekte- en/of afwezigheidsdrempel kleiner zal zijn evenals de kans op een (relatief te) lang verzuim.
Hiermee geven we aan dat het verband tussen "stress" en ziekteduur af zal hangen van de doeltreffendheid van de coping-reaktie en het coping-gedrag.
In het voorgaande bespraken we de komplekse relatie tussen "stress", coping en "outcome". We zullen daaraan bij de analyse aandacht schenken.
Ook los van de relatie met "stress" nemen we aan dat personen die minder adekwate vormen van coping hanteren langduriger gebruik zullen maken van de ziekerol. Dit vanwege het feit dat dergelijk ziektegedrag ook een uiting kan zijn van een en hetzelfde verschijnsel, namelijk van het hoofd bieden aan een subjektief ervaren moeilijke en onbestendige situatie. Deze hoeft niet noodzakelijk onder de "stress" te vallen, zoals wij die hebben gemeten.

10. De objektieve afwezigheidsnoodzaak: de ernst van de lichamelijke beperking.

Langdurige afwezigheid wegens ziekte is in belangrijke mate bepaald door de ernst van de aandoening, dat wil zeggen de belemmering in iemands lichamelijk en psychisch funktioneren. Het gaat bij de te verwachten ziekteduur niet alleen om de ernst van de verstoring van een bepaalde funktie, maar ook om de kansen op het volledige herstel daarvan, en vooral om de mo-

gelijkheid te funktioneren in de werksituatie. Het betreft eigenlijk niet de belemmering van een lichamelijke of psychische funktie in het algemeen, maar primair de stoornis die van betekenis is voor iemands werk.
Een oordeel over de gevolgen van de aandoening op langere termijn levert een meer valide maat op voor de ernst dan bijvoorbeeld alleen de diagnose. Voor een schatting van de ernst ofwel de objektieve afwezigheidsnoodzaak hebben we aan de betrokken verzekeringsgeneeskundige de vraag voorgelegd naar de kans op volledig of gedeeltelijk herstel, op chroniciteit of op een verslechtering van de lichamelijke beperking van het bewegingsapparaat, die de aanleiding was tot het verzuim.
We veronderstellen daarom dat:
Naarmate de kans op herstel geringer is, de kans op een (relatief te) lang verzuim groter zal zijn.

Hiermee krijgen we een eerste aanwijzing van het belang van de lichamelijke beperking voor de ziekteduur. We beschouwen de ernst van de lichamelijke beperking weliswaar als de primaire determinant van het ontstaan van het verzuim en het voortduren ervan maar het gaat ons vooral om de invloed van andere faktoren op de ziekteduur. Vandaar de nadruk op het onderscheid tussen faktoren betreffende de reden van ziekmelding en andere faktoren. Bij de bespreking van de "stress" noemden we ook de stoornis-afhankelijke "stress".
In het volgende gaan we in op de beleving van de ziekte door de respondent zelf en zijn omgaan met die ziekte.

11. De binding aan de ziekerol en de arbeidsrol.

De gelijktijdige vervulling van de rol van patiënt en de arbeidsrol roept in het algemeen vrij veel problemen op. Aan de minder valide werknemer wordt in de arbeidssituatie vaak weinig gelegenheid (meer) geboden. Het bedrijf is onder andere vanwege een ruime arbeidsmarkt in toenemende mate minder bereid zich aan te passen aan dit soort werknemers. Ook onder iemands collega's lijkt een en ander soms moeilijk te realiseren.

Gegeven de maatschappelijke en persoonlijke ongewenstheid van de deviante patiëntenrol, is de positie van de zieke onderhevig aan verschillende invloeden die hem enerzijds binden aan zijn rol en die hem anderzijds ervan afhouden. De invloeden waarvan we aannemen dat ze iemand doen vast-

klampen aan de rol van de patiënt, noemen we de "binding aan de rol van de patiënt", de invloeden die het tegenovergestelde bewerkstelligen de "binding aan de arbeidsrol".

a. De binding aan de rol van de patiënt.

Hiervoor nemen wij vooral in beschouwing hetgeen betrekking heeft op iemands ziektegevoelens en ziektegedrag na een periode van afwezigheid van drie tot vier maanden. Het gaat om verschillende aspekten van de situatie van arbeidsongeschiktheid, die een voortzetting van de vervulling van de patiëntenrol waarschijnlijk of aannemelijk maken. We veronderstellen dat hoe sterker een bepaald aspekt bij iemand aanwezig is, des te minder hij geneigd zal zijn om de positie van zieke te verlaten. Met andere woorden naarmate de ziektedrempel langduriger overschreden is des te lager deze zal komen te liggen.
De door ons onderscheiden faktoren zijn elk afzonderlijk op te vatten als indikatoren van meerdere aspekten die zijn onderzocht. Hieronder noemen we eerst de faktor, vervolgens duiden we de aspekten aan die in deze faktor zijn ondergebracht.

1. *de perceptie van de ziekte of de handicap:* hiermee wordt aangegeven in hoeverre iemand zich ziek of gehandicapt beschouwt. In aanmerking genomen zijn klachten over de gezondheid, de mate van verbetering of verslechtering van klachten sinds het begin van het verzuim, de beoordeling van hoe ziek of gehandicapt men zich beschouwt, de verwachting van het verloop van de klachten in de nabije toekomst, en een schatting van de kans op het weer normaal verrichten van de werkzaamheden.

   De ziekteperceptie kunnen we in zekere zin opvatten als de pendant van het oordeel van de verzekeringsgeneeskundige over de ernst van de aandoening. Hij vormt als het ware een evaluatie van de ziektesituatie door de meest direkt betrokkene zelf. In een andere terminologie is dit te omschrijven als de subjektieve afwezigheidsnoodzaak.
2. *de perceptie van het behandelingsplan:* de duidelijkheid die aan de patiënt is verschaft over de aard van de lichamelijke beperking, over de duur van het herstel, over de gevolgen voor het werk, over de termijn van een eventuele werkhervatting. Deze geven een indikatie van de mate waarin de gezondheidszorg heeft beantwoord aan de verwachtingen van de patiënt.

3. *het gedrag dat de patiënt vertoont om klaarheid te verkrijgen over het behandelingsplan:* in hoeverre heeft de patiënt zelf informatie ingewonnen over de te verwachten duur en de gevolgen van de aandoening of de handicap, en over de termijn van een eventuele werkhervatting.

   Dit aspekt heeft duidelijk betrekking op hoe iemand met zijn ziekte is omgegaan. Het geeft de mate weer waarin iemand aktief coping-gedrag heeft vertoond (coping met ziekte in plaats van ziekte als coping).
4. *de beleving van de ziektesituatie:* in hoeverre verveelde men zich, werd het thuis zitten door de omgeving onplezierig gevonden en in hoeverre werd de afwezigheid van het werk door de patiënt als een subjektief probleem ervaren (zelf-realisatie).
5. *de perceptie van de naaste omgeving van iemands lichamelijke beperking:* het gaat hierbij om een verschil in de ogen van de respondent in de beoordeling van de aandoening en de geschiktheid voor het werk tussen de zieke en zijn levenspartner.

   Naarmate de patiënt zichzelf, of zijn omgeving hem, als zieker en gehandicapter beschouwt, de beleving van de ziekteperiode negatiever uitvalt, het behandelingsplan onduidelijker is en iemands verweer daarentegen geringer is, nemen we aan dat de binding aan de vervulling van de patiëntenrol sterker is. Indien een of meer van de bindingsfaktoren zich in gunstige zin van de andere onderscheiden, verwachten we een matiging van de totale sterkte van de binding: bijvoorbeeld een zeer aktieve houding van de patiënt kan het effekt van de andere faktoren sterk beinvloeden en zelfs een verzuimduur bewerkstelligen, die als relatief kort kan worden beschouwd.

De genoemde faktoren betreffende de binding aan de ziekerol, geven iemands reaktie weer op zijn aktuele situatie van afwezigheid tengevolge van een ziekte of een ongeval. Ze pretenderen niet iemands geneigdheid tot binding aan de ziekerol in het algemeen te meten. Dus de mate waarin iemand bij lichamelijk of psychisch onwelbevinden geneigd is in de ziekerol te vluchten, de hoogte van de ziektedrempel is hieruit dus niet af te leiden.

Onze globale hypothese luidt tenslotte als volgt:
Naarmate de binding aan de ziekerol sterker is, zal de kans op een langdurige overschrijding van de ziektedrempel en/of op een verlaging daarvan groter zijn en derhalve ook de kans op een (relatief te)lang verzuim.

Tenslotte nog een opmerking over het persoons- of het omgevingsgebonden karakter van de genoemde bindingsfaktoren. De aard van de informatie en de wijze waarop die is verkregen laten weinig twijfel over het persoonsgebondene karakter ervan. We neigen er toe een uitzondering te maken voor de faktor van de "perceptie van het behandelingsplan". De vragen die daarop betrekking hebben, zijn zakelijk van inhoud en niet gericht op belevingsaspekten. Dat sluit niet uit dat de respondent bewust of onbewust de hem verstrekte informatie minder juist kan interpreteren of weergeven. Ondanks de mogelijke "bias", die aan de kant van de ondervraagde kan optreden willen we toch het omgevingsgebondene karakter hiervan wat meer benadrukken.

b. de binding aan de arbeidsrol.

De aard van de binding aan de arbeidsrol heeft niet zozeer betrekking op de ziektedrempel alswel op de afwezigheidsdrempel. Het gaat om de aantrekkingskracht van de arbeidsrol, die ertoe leidt dat de positie van zieke tijdig weer wordt verlaten. De aanwezigheid van "aantrekkelijke" aspekten van het werk en de afwezigheid van "onaantrekkelijke" facetten kunnen dat proces bevorderen. Daarnaast is vanzelfsprekend van betekenis welke houding iemand heeft ten opzichte van zijn werk. Iemands uiteindelijke arbeidsbereidheid, en daarmee ook zijn binding aan de arbeidsrol, is te beschouwen als de resultante van motivatie-faktoren, van de aard van de werkzaamheden en van de overige werkomstandigheden, zoals de onderlinge verhoudingen op het werk, het werken in ploegendienst etc. In hoofdstuk 3 hebben we verschillende faktoren betreffende het werk en de organisatie van de arbeid besproken, die van invloed leken te zijn op de ziekteduur. In dit onderzoek schenken we vooral aandacht aan de volgende:

1. *De algemene oriëntatie op de arbeid:* het gaat hierbij om de gerichtheid op de arbeid en werken als zodanig, de plaats die arbeid inneemt in de waardenhierarchie van de persoon, de inzet bij het werk, het zelfrespekt dat eraan wordt ontleend, etc.

   Bij de opzet van ons onderzoek is de aard (intrinsiek versus extrinsiek) en de richting (instrumenteel versus niet-instrumenteel) van de werkoriëntatie minder van belang. Verschillen in de motivatie struktuur, als enerzijds nadruk op de zelfontplooiïng in het werk of anderzijds als nadruk op arbeidsvoorwaarden en werkomstandigheden, kunnen

geen verschillen in de verzuimduur verklaren als aan iemands verwachgingen in de feitelijke situatie wel is voldaan. Het bestaan van een diskrepantie op zich is vermoedelijk belangrijker dan dat een bepaalde motivatiestruktuur die diskrepantie veroorzaakt. Aan het laatste punt zullen wij dan ook geen aandacht besteden.

2. *de specifieke oriëntatie op de arbeid:* daarmee wordt bedoeld de bevrediging die iemand put uit het verrichten van zijn dagelijkse werk. Hieruit blijkt in hoeverre iemands feitelijke werk beantwoord aan zijn wensen en verwachtingen.
3. *de sociale verhoudingen:* zoals de omgang met en de waardering door collega's en baas/chef: in hoeverre worden de horizontale en vertikale verhoudingen als bevredigend ervaren?
4. *de ziektekontakten vanuit het bedrijf met de patient gedurende de eerste drie tot vier maanden van het verzuim:* Hier wordt bedoeld of de baas en/of de collega's kontakt hebben gehad met de patiënt sinds hij thuis is.
5. *de werkaspekten die kunnen konflikteren met de vervulling van andere sociale rollen in het gezinsleven en de vrije tijd:* zoals overwerk, reistijden van en naar het werk, uithuizigheid wegens werk elders, enzovoort.
6. *overige werkaspekten die in verband met de aard van de klachten en de lichamelijke beperking een extra belemmering en belasting voor de betrokkene kunnen opleveren:* zoals veel zitten, lopen, staan, tillen en sjouwen, werken in een ongemakkelijke houding, lawaaierigheid en gevaarlijkheid van het werk, etc.

Over het algemeen verwachten we dat de kans op afwezigheidsgedrag groter is wanneer iemand nauwelijks gemotiveerd is voor zijn werk, de sociale verhoudingen en de ziektekontakten te wensen overlaten, en veel ongunstige werkaspekten aanwezig zijn. De overschrijding van de afwezigheidsdrempel zal dan langer voorduren. Het is minder aannemelijk dat de afwezigheidsdrempel onder invloed van deze bindingsfaktoren verandert. Ze beschrijven een stand van zaken betreffende het werk zelf en de houding ten opzichte ervan en niet een verandering erin. Een uitzondering zouden we kunnen maken voor de ziektekontakten vanuit het bedrijf. In het geval dat het gebrek aan belangstelling als schrijnend wordt ervaren is het denkbaar dat dit kan leiden tot een verlaging van de afwezigheidsdrempel. In dit verband is het zinvol erop te wijzen dat de arbeidsoriëntatie of

een positieve aandacht van de kant van het bedrijf ook verzuim bekortend kunnen werken.
Als algemene hypothese formuleren we dat:
Naarmate de binding aan de arbeidsrol zwakker is, de kans op een langduriger overschrijding van de afwezigheidsdrempel en/of op een verlaging daarvan groter zal zijn en dus ook de kans op een (relatief te) lang verzuim.

Als specifieke persoonsgebonden bindingsfaktoren beschouwen we de algemene en de specifieke arbeidsoriëntatie, als specifiek omgevingsgebonden die betreffende de werkaspekten. Tot de laatste kategorie rekenen we ook de ziektekontakten vanuit het bedrijf. De sociale verhoudingen staan eigenlijk tussen beide in. Op de onderlinge samenhang tussen de bindingsfaktoren zullen we bij de operationalisering verder ingaan.

12. De ekonomische positie van het bedrijf.

Tenslotte nemen we een aantal faktoren in aanmerking, die spelen op meso- en macroniveau. Het betreft variabelen van strukturele aard die soms rechtstreeks doch veelal indirekt inwerken op de beslissing van de patiënt tot ziekmelding of tot herstelmelding. We hebben het oog enerzijds op de ekonomische positie van het bedrijf waar iemand werkt, en anderzijds op het sociaal-ekonomisch en sociaal-kulturele gebied waar hij woonachtig is. De informatie hierover is niet ontleend aan de antwoorden van de ondervraagde, maar werd verkregen via instellingen als het Gewestelijk Arbeidsbureau (G.A.B.), het Economisch Technologisch Instituut (E.T.I.), of uit andere registratiebronnen zoals het Centraal Bureau voor de Statistiek (C.B.S.) en de Gemeenschappelijk Medische Dienst (G.M.D.).

In de cijfers betreffende uitkeringen krachtens de Ziektewet en vooral krachtens de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering gaat volgens de mening van velen een stuk werkloosheid schuil. Minder valide en minder bruikbare werknemers zouden via andere sociale voorzieningen afvloeien dan die welke juist daarvoor bedoeld zijn. Dit zou vooral blijken bij de meer kwetsbare bedrijven waar de werkgelegenheid op de tocht is komen te staan. De kwetsbaarheid van een bedrijf kan men afleiden uit bijvoorbeeld de vermindering van werkgelegenheid, problemen van afzet, de noodzaak van fusie, dreiging van sluiting, etcetera. In het bijzonder is hierbij van belang inhoeverre het soort arbeidsplaats bedreigd wordt waarop iemand gezien zijn opleiding, beroep en leeftijd is aangewezen.

We hebben de kwetsbaarheid van een bepaald bedrijf, zowel wat betreft de ekonomische positie van het bedrijf als geheel als ook wat betreft de arbeidsplaats van de betrokkene, laten schatten, niet alleen door de ondervraagde zelf, maar ook door terzake deskundige beoordelaars van G.A.B. en E.T.I. Verwacht wordt dat een onzekere toekomst voor de werkgelegenheid vooral van invloed zal zijn op de afwezigheidsdrempel. De afwezigheidsbehoefte zal groter worden omdat de zekerheid van het bestaan beter is gewaarborgd met de status van zieke. Het is niet ondenkbaar dat de afwezigheidsgelegenheid eveneens wordt verruimd door de stilzwijgende toestemming van de betrokken autoriteiten, zoals de verzekeringsgeneeskundige, de bedrijfsarts, en de personeelsdienst van het bedrijf, hopend op een sociaal akseptabele afvloeiïng van minder-valide werknemers.

Op grond van bovenstaande veronderstellen we dat:
naarmate de kwetsbaarheid van een bedrijf - en dan vooral met betrekking tot de arbeidsplaats waarop de betrokkene is aangewezen - groter is, de kans op langdurige overschrijding van de afwezigheidsdrempel of van een verlaging daarvan groter zal zijn en derhalve ook de kans op een (relatief te) lang verzuim.

13. Het sociaal-ekonomische en sociaal-kulturele woongebied.

Het ruimere samenlevingsverband waarvan iemand deel uitmaakt en het grotere sociaal-geografische gebied waartoe iemand behoort, bepalen mede zijn gedragsalternatieven ten aanzien van zijn gezondheidsstoornis. De mate waarin de gemeenschap een afwijking van het normale toestaat zal vermoedelijk merkbaar zijn in de druk van de omgeving op het deviante individu. Een geringere pressie of minder stringente sociale kontrole vergroot de kans dat iemand zijn "anders zijn" gemakkelijker kan aksepteren. De tolerantie ("permissiveness") van de maatschappij voor het zieke en het arbeidsongeschikte individu blijkt uit de hantering van middelen om de mogelijkheid van afwezigheid te beperken. Bijvoorbeeld een tijdige en frekwente ziektekontrole, de hoogte van het uitkeringspercentage, de bereidheid tot afschatting, etc. Die verdraagzaamheid manifesteert zich ook via de informele kommunikatiekanalen binnen de eigen familie- en vriendenkring en binnen de buurtgemeenschap. De toegestane afwezigheidsgelegenheid zal daardoor mede iemands houding en gedrag bepalen, door een beïnvloeding van de hoogte van de afwezigheidsdrempel. Voor een benadering van de tolerantiegraad van een samen-

levingsverband zijn we als volgt te werk gegaan:

a. *de stedelijkheid:* we verwachten een hogere graad van tolerantie in gebieden waar de stedelijkheid verder is voortgeschreden. De daarbij passende "stedelijke" mentaliteit van grotere anonimiteit biedt minder kansen op sociale beheersing. Wat betreft de stedelijkheid hoeft men niet noodzakelijk aan het 'kulturele' aspekt van de tolerantie te denken. Het is ook mogelijk dat bijvoorbeeld de bereikbaarheid van de medische voorzieningen en de afstand tot het werk vooral een rol spelen bij dergelijke lange ziekteduren. Als indikator voor de stedelijkheid dienen de omvang van de bevolking, het percentage personen dat regelmatig werkzaam is in de landbouw, en de omvang van het woon- werkverkeer (forensisme).

b. *de sociaal-ekonomische struktuur:* vooral in gebieden met een ongunstige sociaal-ekonomische struktuur gekenmerkt door hoge werkloosheidscijfers lijkt het besef van individuele kwetsbaarheid en machteloosheid een goede voedingsbodem te kunnen vinden. We verwachten daarom een hogere graad van tolerantie jegens personen die maatschappelijk tijdelijk of blijvend "buiten spel" komen te staan. Als indikatoren voor de strukturele kwetsbaarheid kiezen we de verhouding tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt en die tussen de werkende en niet-werkende loonafhankelijke beroepsbevolking. Uit onderzoek is overigens wel gebleken dat de kans op werkhervatting bij langdurig zieken in de ekonomisch gunstiger gebieden (in dit geval de indeling in de distrikten van de arbeidsbureaus) niet verschilde van die in streken waar de werkgelegenheid er slechter voorstond (Merens-Riedstra, 1977).

c. *de afhankelijkheid van de sociale voorzieningen:* Hoe meer mensen in iemands naaste omgeving aangewezen zijn op de sociale voorzieningen, des te gemakkelijker zal het hem vallen zijn eigen status van zieke of gehandicapte te aksepteren. Met het oog hierop stellen we vast welk deel van de bevolking voor zijn bestaandsonderhoud afhankelijk is van uitkeringen krachtens de ABW, TRM, WWV, RWW en de WAO.

d. *de sociaal-politieke voorkeur:* tenslotte meten we de graad van tolerantie af aan de voorkeur onder de bevolking voor een bepaald sociaal-ekonomisch beleid zoals tot uitdrukking wordt gebracht bij verkiezingen voor de gemeenteraad, de provinciale staten of de Tweede Kamer. In dit verband zijn dan vooral van belang de politieke partijen die zich sterk maken voor minderheidsgroepen en de sociaal-ekonomisch zwakkeren en die pleiten voor handhaving of uitbreiding van sociale voorzieningen. Blijkens een inhouds-

analyse van partijprogramma's (Lipschits, 1977) betreft het hoofdzakelijk de links van het midden staande politieke partijen van de P.v.d.A., P.P.R., D'66, P.S.P. en C.P.N. Het percentuele aantal stemmen op deze partijen uitgebracht geldt als indikator voor de bedoelde sociaal-politieke voorkeur onder de bevolking.

We verwachten dat de tolerantie voor deviante personen en groepen groter zal zijn in de meer stedelijke en sociaal-ekonomisch kwetsbare gebieden met meer links-politieke voorkeur.

Op grond van het bovenstaande formuleren we als algemene veronderstelling dat:
naarmate in bepaalde sociaal-geografische gebieden de tolerantie voor deviante sociale rollen (zoals de patiëntenrol) groter is de kans op een langdurige overschrijding van de afwezigheidsdrempel of een verlaging daarvan groter zal zijn en daardoor ook de kans op een (relatief te) lang verzuim.

Wat de grenzen van het betrokken gebied betreft gaan we uit van de eenheid van de woongemeente.

14. Overige kenmerken van de persoon.

Dit onderzoek is sterk gericht op de persoon en zijn aktuele situatie. Enkele aspekten uit zijn verleden willen we mede in aanmerking nemen. Deze betreffen enerzijds de jeugd van de betrokkene en anderzijds zijn beroepskarriere gedurende de laatste 10 jaren. Hierbij speelt de gedachte een rol dat bepaalde kenmerken uit iemands voorgeschiedenis voorspellende waarde hebben voor zijn latere ziektegedrag. In dit verband valt bijvoorbeeld te denken aan het weleens genoemde "born to the sickrole", hetgeen verklaard wordt uit iemands grote kwetsbaarheid ten gevolge van ongunstige huiselijke omstandigheden in zijn jeugd. In hoeverre werd iemands uitgangspositie voor zijn latere leven destijds beïnvloed door traumatische ervaringen, zoals het overlijden van een ouder of door een eigen slechte gezondheid.

Wat betreft iemands beroepskarriere, kan men stellen dat zijn kansen voor de toekomst mede worden bepaald door ervaringen uit het verleden. Een loopbaan met bijvoorbeeld veelvuldige perioden van werkloosheid maakt iemand in geval van een blijvende handicap, kwetsbaar op de arbeidsmarkt.
Op grond hiervan veronderstellen we dat: *een dergelijke ongunstige jeugdsituatie en/of een dergelijke ongunstige beroepskarriere die een indikatie*

vormen van vroeger ondervonden "stress" iemands ziekte- en/of afwezigheidsdrempel zal beïnvloeden, c.q. verlagen. In deze gevallen zal de kans op een (relatief te) lang verzuim groter zijn.

15. Het theoretische model schematisch weergegeven.

De hiervoor besproken faktoren zijn globaal in schema 2 weergegeven. Hierin zijn ook enkele relevante kenmerken van de persoon opgenomen. Deze betreffen zulke kenmerken als leeftijd, opleiding, beroep en burgelijke staat. (Voor schema 2 zie pag.90). Uit de verzuim statistieken is reeds bekend dat de WAO-populatie vooral bestaat uit ouderen met geringe beroepskapaciteiten. Het gaat er niet om deze feiten nogmaals te bevestigen. Het is ons er veelleer om te doen te onderzoeken in hoeverre andere belangrijk geachte faktoren nog meespelen in het verzuim, wannneer de invloed van de genoemde kenmerken daarop onder kontrole zijn gehoudem. Hetzelfde geldt ook voor de reden van de ziekmelding en de prognose van herstel. Dergelijke faktoren verklaren vermoedelijk een belangrijk deel van de ziekteduur, maar ze zijn niet primair interessant voor onze probleemstelling. De werkwijze die wij hiermee volgen houdt niet in dat we de betekenis van die faktoren bagatelliseren. Integendeel, we zullen bij de bevindingen allereerst daaraan onze beschouwingen wijden. En uiteraard ook aan de wijze waarop deze persoons- en ziektekenmerken samenhangen met de andere. Ten dele is uit die samenhang ook af te leiden welke inhoudelijke betekenis die basiskenmerken hebben.
We hebben de onderzochte variabelen ingedeeld in negen groepen en als volgt genummerd:

1. de kenmerken van de persoon en zijn ziekte. Hieronder vallen de leeftijd, opleiding, beroep, burgelijke staat, de reden van ziekmelding (diagnose) en de prognose van herstel.
2. de binding aan de ziekerol (5 indikatoren).
3. de binding aan de arbeidsrol (6 indikatoren).
4. de "stress" (de verschillende maten voor psychosociale belasting).
5. de coping ofwel het omgaan met "stress".
6. de kwetsbaarheid van het bedrijf.
7. de sociaal-ekonomische struktuur van de woongemeente.
8. de jeugdsituatie van de persoon.
9. de beroepskarriere gedurende de laatste 10 jaar.

Elk van deze groepen omvat verschillende variabelen, die in hoofdstuk 7 ge-

detailleerd zullen worden besproken.

We kunnen stellen dat een verband tussen de verschillende variabelen vaak aannemelijk en zonder meer begrijpelijk is. Leeftijd, opleiding en beroep zullen in de regel tamelijk nauw met elkaar samenhangen, maar evenzeer met andere persoonsgebonden kenmerken, zoals de ziekteperceptie. Ouderen zullen bijvoorbeeld vaker chronische aandoeningen hebben, met als gevolg een kleinere kans op genezing en meer pessimistische verwachtingen omtrent een herstel voor het vroegere werk. We zullen al deze verbanden niet specificeren, omdat ze in de regel voor de hand liggen.
Op enkele verbanden tussen de blokken van variabelen willen we nog nader ingaan.

- Uit ander onderzoek is een negatief verband tussen sociale klasse en "stress" bekend. In hoeverre deze relatie geldt voor zowel de persoonsgebonden als de omgevingsgebonden "stress" is niet helemaal zeker. Wellicht is het verband sterker tussen de persoonsgebonden "stress" en een lagere maatschappelijke positie.
- Tussen "stress" en coping veronderstellen we géén verband voorzover het omgevingsgebonden "stress" betreft. In het geval waarin "stress" afhankelijk is van de persoon is dit minder aannemelijk.
- "Stress" kan de binding aan de ziekerol respektievelijk arbeidsrol beïnvloeden. Veel "stress" kan door versterking van de reeds aanwezige ziektegevoelens de binding aan de ziekerol versterken. Zo kunnen ook bedreigende veranderingen in iemands werksituatie zijn motivatie verminderen en dus de binding aan de arbeidsrol verzwakken. Dit is vermoedelijk wel afhankelijk van het soort "stress" dat iemand overkomt. Een omgekeerde reaktie is ook denkbaar. Een onprettige huiselijke situatie kan iemand ook doen "vluchten" in zijn werk.
- We verwachten een negatief verband tussen de binding aan de ziekerol en die aan de arbeidsrol. Een hoge inzet voor het werk en plezierige werkomstandigheden zullen de kans op een sterke binding aan de ziekerol verkleinen.

Verder veronderstellen we dat de adekwaatheid van iemands coping-vermogen tevens zal blijken uit bijvoorbeeld zijn omgang met zijn ziekte of uit zijn arbeidsmotivatie. Personen die hoge verwachtingen van hun eigen handelen hebben (een gedragsorientatie van interne beheersing) zullen ook aktief zijn tijdens hun behandeling of meer plezier beleven aan hun werk.

- De faktor van de kwetsbaarheid van het bedrijf zal mogelijk ook zijn neerslag hebben op de "stress". Veranderingen in het bedrijf die bedreigend zijn voor de betrokken persoon zijn als "stress"-situatie geklassificeerd. Het spreekt vanzelf dat er ook sprake kan zijn van een relatie met bepaalde faktoren betreffende de binding aan de ziekerol of arbeidsrol. Het is mogelijk dat de stedelijkheid van de woongemeente verband houdt met de "stress". Vanwege het meer dynamische leefpatroon aldaar kunnen we verwachten dat ook meer "stress"-situaties ontstaan, die bovendien vermoedelijk sterker aan iemands persoonlijke levenswijze zijn gekoppeld.

Schema 2: Het theoretische model van onderzoek in grote lijnen.

———: verband vermoedelijk duidelijk aanwezig

------: verband vermoedelijk zwak/ten dele aanwezig

Hoofdstuk V. De werkwijze en uitvoering van het onderzoek.

1. Het globale onderzoeksontwerp.

De probleemstelling van het onderzoek is gericht op de duur van de afwezigheid wegens ziekte en vooral op het al of niet tamelijk permanente karakter van de arbeidsongeschiktheid (de WAO-status met de daarmee verbonden rol van invalide). Ondanks talloze studies naar ziektefrekwentie en ziekteduur is onderzoek uitsluitend naar de langdurige verzuimgevallen betrekkelijk schaars. Niettemin is al zoveel kennis vergaard over de achtergronden van de afwezigheid wegens ziekte dat de multi-kausaliteit van dit verschijnsel als een vaststaand gegeven beschouwd kan worden. Gegeven deze omstandigheden kozen we voor de opzet van een longitudinale studie waarin de ondervraging van personen op twee tijdstippen diende te geschieden. Het ene moment zou dan moeten vallen in een periode waarin iemand nog arbeidsongeschikt is en het andere moment juist dan wanneer de arbeidsongeschiktheid of voorbij is, of een meer blijvend karakter heeft gekregen. In een dergelijke opzet is het mogelijk op grond van kenmerken, vastgesteld bij de eerste meting, voorspellingen te doen over het latere resultaat, zonder dat bekendheid met het eindresultaat mee heeft kunnen spelen in de vaststelling van die kenmerken, een bezwaar dat kleeft aan retrospektief onderzoek. Op deze wijze krijgt een toetsing van hypothesen een solide basis. Bovendien biedt een vervolg-onderzoek het voordeel dat onverwachte ontwikkelingen, die het proces van herstel in gunstige of ongunstige zin kunnen beinvloeden, beter opgespoord kunnen worden. Daardoor kunnen we meer zich krijgen op faktoren, die de duur van de afwezigheid bepalen, vooral in die gevallen, waarin deze niet in overeenstemming is met de verwachtingen van de betrokkenen.

Verder meenden we, dat de betekenis van de aandoening, die de aanleiding vormde tot het verzuim, zo goed mogelijk moest worden vastgesteld. Het gaat in ons onderzoek niet om faktoren van strikt medische aard, maar om die van sociaal-wetenschappelijke aard. Een zorgvuldige evaluatie van die faktoren kan echter niet zonder de inbreng van geneeskundige zijde. Om die reden is de medewerking gevraagd van de verzekeringsgeneeskundigen, die rechtstreeks met de betrokken arbeidsongeschikte werknemer te maken hebben gehad. Aan hen is eveneens op beide tijdstippen een vragenlijst voorgelegd betreffende de aard en ernst van de stoornis in de gezondheid of het licha-

melijk funktioneren. Deze werkwijze gaf ons de mogelijkheid het belang van de aandoening bij iemands arbeidsongeschiktheid af te wegen tegen omstandigheden van maatschappelijke of persoonlijke aard.

2. De selektie van respondenten.

Bij de keuze van de aard en omvang van de te onderzoeken populatie speelde in eerste instantie de vraag op welke verzuim-kategorieën het onderzoek zich zou richten, ofwel welke minimale ziekteduur als uitgangspunt zou worden genomen. De verzuimstatistiek laat zien dat de kans op blijvende arbeidsongeschiktheid relatief groot is bij verzuimgevallen van drie maanden. Het percentage van alle verzuimgevallen met minstens 91 verzuimdagen, dat uiteindelijk de wachttijd voor de WAO overschreed, bedroeg in 1972 voor mannelijke werknemers maar lieft 35,8% (diagnosestatistiek bedrijfsverenigingen, 1972). Deze grens van drie maanden wordt ook vanuit de sociaal-geneeskundige hoek als kritiek beschouwd. Hogerzeil onderscheidt vijf fasen van verzuimduur, waarbij elke fase zijn eigen medische,psychische en sociale karakteristieken kent. Als kritieke fase noemt hij de periode van vier weken tot drie maanden:

> " bij het overschrijden der (kritieke) drie weken grens blijkt het verzuim meer te zijn dan een enkelvoudige stoornis, ofwel de enkelvoudige stoornis is gedurende drie weken arbeidsongeschiktheid overgegaan in een gestoord funktioneren van de mens als geheel. Somatische en psychische komplikaties 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 funktioneren belangrijker" (Hogerzeil,1972).

Op grond van bovenstaande overwegingen hebben wij ons onderzoek laten aansluiten bij een afwezigheidsperiode van ongeveer drie maanden.

Het trekken van een aselekte steekproef uit de populatie van gevallen met een verzuimduur van drie maanden behoort praktisch gesproken tot de onmogelijkheden. De versnippering in de registratie van verzuimgevallen en de daarmee gepaard gaande moeilijkheden van organisatorische aard sluiten een dergelijke gang van zaken uit. De beschikbaarheid van geldelijke middelen, tijd en mankracht stelden beperkingen aan de geografische spreiding en de omvang van de respondentengroep. Ook de wijze van ondervraging (waarover

later meer) noodzaakten ons tot enige inperking van de grootte van de onderzoeksgroep. Voor een toetsend onderzoek als het onderhavige is bovendien een aselekte steekproef bestaande uit honderden personen niet strikt noodzakelijk. Het gaat niet primair om het schatten van parameters, maar om het verklaren van verschillen in verzuimduur tussen groepen van personen, die wel of niet na een bepaalde periode hun werk weer hervatten.

Voor het verkrijgen van toegang tot de bedoelde onderzoekspopulatie is de medewerking gevraagd van het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor (GAK). Dit geschiedde uit tweëerlei overwegingen:

1. Het GAK heeft voor een groot deel van de loonafhankelijke beroepsbevolking de zorg betreffende de uitvoering van de ziektewet en de wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering.
2. het kent de zogenaamde tienweekse melding hetgeen inhoudt, dat wekelijks verzuimgevallen met een dergelijke ziekteduur nog eens afzonderlijk worden gescreend; daardoor is de voor ons doel geëigende groep gemakkelijk toegankelijk. Door aan te sluiten bij deze administratieve procedure hebben wij gekozen voor de verzuimduur van tenminste 10 weken (volledige verzuimdagen).

Ten behoeve van de bereikbaarheid van de respondenten is de keuze gevallen op het gebied dat door de distrikskantoren van het GAK te Groningen en Winschoten wordt bestreken. Geografisch betekent dat de gehele provincie Groningen plus de drie noorddrentse randgemeenten Eelde, Roden en Peize. De overige kriteria voor de selektie van respondenten zijn de volgende:

Geslacht: Om geen rekening te hoeven houden met faktoren die verschillen in het verzuimpatroon van beide sexen veroorzaken zijn alleen mannelijke werknemers ondervraagd. Numeriek vormt deze groep overigens bijna driekwart van de loonafhankelijke beroepsbevolking (volgens de 14e Algemene Volkstelling, 1971).

Leeftijd: Naarmate de leeftijd stijgt, neemt de kans op langdurige en blijvende arbeidsongeschiktheid sterk toe. Biologische processen van slijtage en ouder worden zijn daarop van invloed, maar evenzeer speelt de moeilijke plaatsbaarheid van oudere en minder valide werknemers daarin een belangrijke rol. Vooral boven de leeftijdsgrens van 60 jaar doet dit verschijnsel zich voor. Het is duidelijk dat in deze leeftijdskategorie de relatie leeftijd - ziekte en leeftijd - invaliditeit sterk domineert. Wij willen ons daarom beperken tot de leeftijdsgroep van 20 tot en met 54 jaar.

Diagnose: om de medische aandoening als variabele te beperken zijn van de 15 diagnosehoofdgroepen twee geselekteerd die beide betrekking hebben op het bewegingsapparaat:

1. ongevallen (diagnosegroep XV), waaronder huis-, sport-, bedrijfsongevallen en de ongevallen bij wegverkeer worden begrepen, en
2. ziekten van de bewegingsorganen (diagnosegroep XIII), die opgesplitst worden in arthritis en arthrose, hernia nuclei pulposi en andere aandoeningen, spierrheuma en rheuma zonder nadere omschrijving en andere ziekten van skelet, gewrichten, spieren, pezen en bursae.

De keuze van met name de diagnose van de ziekten der bewegingsorganen is ingegeven door de overweging dat vooral deze diagnosekategorie in toenemende mate één der belangrijkste gronden van afkeuring is geworden. In 1975 berustte 28,0% der uitkeringsgevallen bij aanvang op een aandoening van het bewegingsapparaat (GMD, jaarverslag 1975). De ongevallen met duidelijk aantoonbaar letsel en frakturen doen dienst als kontrast met de veel vagere ziekten der bewegingsorganen.

En tenslotte zijn beperkingen gesteld aan de periode waarbinnen een screening van stress-inducerende omstandigheden diende plaats te vinden. Zowel een lang als een kort tijdsbestek hebben voor- en nadelen. Twee problemen doen zich vooral voor: het eerste betreft de werkingsduur van levensveranderingen en dus de vraag naar hoever in iemands verleden moet worden teruggegaan om voor zijn huidige funktioneren relevante zaken op te sporen. Het tweede heeft betrekking op de mate waarin nog vertrouwd kan worden op iemands geheugen voor een betrouwbare weergave van zijn lotgevallen. Besloten is om ons te richten op iemands aktuele situatie en om met name de periode vanaf negen maanden vóór de datum van ziekmelding aan een minutieuze screening te onderwerpen. De verdere onderzoeksperiode eindigde op het tijdstip van één jaar na het tijdstip van de ziekmelding, omdat dan bekend is of iemand al of niet van de ZW overgaat naar de WAO.

3. De wijze van selektie.

Met de medisch adviseur (de distrikts adviserend geneeskundige) en de beide direkteuren van de distriktskantoren van het GAK is overleg gevoerd over de administratieve procedure voor het verkrijgen van de namen en adressen van de verzekerde werknemers.

De medisch adviseur deed de selektie van de patiënten die voldeden

aan de door ons gestelde kriteria. In aanmerking kwamen alleen mannelijke werknemers in de leeftijd van 20 tot en met 54 jaar, met een ongeval of een ziekte der bewegingsorganen als reden van ziekmelding, die tenminste 10 weken hadden verzuimd. Buitengesloten werden buitenlanders en degenen die de Nederlandse taal onvoldoende machtig waren. De selektie vond wekelijks plaats en de reden van de ziekmelding (in kode) werd door de administratie op een registratieformulier overgebracht. Ook de naam van de huisarts van de betrokkene werd hierop vermeld. Vervolgens werd door het GAK een brief verzonden, waarin de betrokkene op de hoogte werd gesteld van het doel van het onderzoek en waarin hem om toestemming werd gevraagd voor het doorgeven van zijn naam en adres aan de onderzoeksinstantie. Ingesloten was een antwoordkaart waarop kon worden aangegeven of een gesprek op prijs werd gesteld of niet. Indien de respondent een gesprek weigerde, werd door het GAK een brief van de onderzoeksinstantie zelf aan de betrokkene toegezonden met het verzoek in ieder geval een oriënterend en voorlichtend gesprek toe te staan. Indien opnieuw een gesprek werd afgewezen, dan werd geen nieuwe poging ondernomen en de betrokkene als definitieve weigeraar beschouwd. Voordat de onderzoekskampagne van start ging zijn op aandrang van het GAK alle huisartsen in de Groningse en Drentse gemeenten in algemene termen op de hoogte gebracht van het doel van het onderzoek en van de naam van de onderzoeksinstantie met de daaraan verbonden personen. Dit geschiedde met het oog op eventuele vragen van de kant van de patiënt aan de huisarts.

De periode van de wekelijkse selektie van de 10-weekse meldingen heeft ongeveer een half jaar in beslag genomen om een onderzoeksgroep van voldoende omvang te bereiken. We gingen daarbij uit van een aantal van tenminste 200 respondenten. Aldus zijn alle verzuimgevallen die voldeden aan de selektiekriteria in de periode van half mei tot half november 1975 in de onderzoekspopulatie opgenomen. De keuze van deze periode deed de vraag rijzen of bepaalde seizoensinvloeden een rol kunnen spelen bij het vóórkomen van langdurig ziekteverzuim wegens de twee genoemde diagnosen. Aan de hand van de Diagnosestatistiek Bedrijfsverenigingen (1971) is nagegaan welke ziekten als typische "zomer"- of "winter"-ziekten moeten worden aangemerkt. De ziekten der bewegingsorganen blijken niet aan een seizoen gebonden te zijn. De ongevallen treden iets vaker in de zomer op, hoewel niet zo erg veel vaker en vooral niet gedurende de laatste jaren van de onderzochte periode.

De onderzoekspopulatie omvatte uiteindelijk 237 personen:
154 (65%) verzuimden wegens een ziekte der bewegingsorganen, en
83 (35%) wegens een ongeval.

4. De uitval.

Van deze groep van geselekteerde respondenten hebben 32 personen (13,5%) deelname aan het onderzoek geweigerd. Een deel van de weigeringen kwam tot stand toen de interviewer een afspraak voor een gesprek trachtte te maken.Dankzij schriftelijke toelichtingen op de geretourneerde antwoordkaart of mondelinge mededelingen aan de interviewers hebben we bij 20 personen enig zicht op de reden van weigering. Globaal zijn twee typen van weigeraars te onderscheiden.
Aan de ene kant betrof het personen, die al weer hersteld waren of op het punt stonden hun werk te hervatten. Zij hadden geen tijd en zin meer om een gesprek te voeren over hun ziekte die praktisch al voorbij was. In een dergelijke omstandigheid was het moeilijk iemand alsnog "om te praten", te meer omdat het gesprek van ongeveer twee uur dan in de avonduren moest plaatsvinden.
Aan de andere kant troffen we mensen, die een emotionele en vijandige houding aannamen tegenover het onderzoek en de persoon van de interviewer. Zij verwierpen onomwonden, zoals het door sommigen werd uitgedrukt, "het gerommel in ons privéleven". Bovendien toonde deze groep zich veel achterdochtiger over het eigenlijke doel van het gesprek, dat men als een kontrole ervoer. De weigering werd nogal eens gemotiveerd met de uitspraak dat de maatschappij, als de bron van alle ellende, door het onderzoek toch niet veranderd zou worden. Meermalen werd het besluit van weigering door de echtgenote van de respondent zo niet uitgelokt, dan toch sterk opgedrongen. Bij de interviewers is de indruk gevestigd, dat relationele problemen in de privésfeer nogal eens de doorslag hebben gegeven.

De weigeraars kunnen we op enkele kenmerken vergelijken met de respondenten, zoals leeftijd, beroep, woonplaats, reden van ziekmelding, duur van het verzuim, de prognose van herstel en het retrospektieve oordeel van de verzekeringsgeneeskundige. Alleen wat betreft de woonplaats bleek het verschil statistisch signifikant (chi-kwadraat: $p < .01$). De weigeraars waren vaker afkomstig uit de stedelijke gemeenten en met name de stad Groningen: 44% van de weigeraars tegen 26% van de respondenten was aldaar woonachtig.

ring blijken de percentuele verschillen verrassend klein: 29,8% bij de respondenten en 29,0% bij de landelijke ziektegevallen.

Tabel 1: Verdeling naar leeftijd en diagnose bij de in het onderzoek betrokken respondenten en bij de landelijke populatie van ziektegevallen met een ziekteduur van 92 dagen en meer, alleen mannen, in percentages.

	Groep van respondenten(n=205) %	landelijke populatie %
Leeftijd		
20 - 29 jaar	23	23
30 - 39 jaar	25	28
40 - 49 jaar	31	32
50 - 54 jaar	21	17
Diagnose		
ongevallen	36	32
ziekten der bewegingsorganen	64	68

Bron: Diagnosestatistiek Bedrijfsverenigingen, 1972.

De opsplitsing naar de reden van ziekmelding levert in dit opzicht minder grote overeenkomsten op. Voor de groep van respondenten respektievelijk de landelijke populatie zijn de percentages van WAO-gerechtigden wat betreft de ongevallen 15,1% respektievelijk 23,1% en wat betreft de ziekten van de bewegingsorganen 37,9% respektievelijk 38,7%.

Gezien de uitkomsten hebben we enig vertrouwen in de generaliseerbaarheid van de resultaten van het onderzoek. We kunnen er in ieder geval een aanwijzing in vinden dat onderzoek bij andere arbeidsongeschikten dan de hier onderzochte, vermoedelijk géén totaal ander beeld zal opleveren. In hoeverre de resultaten overeen zullen komen met arbeidsongeschiktheid tengevolge van andere ziekten is een vraag die naderhand zal worden beantwoord.

6. De vragenlijst voor de respondent

Het gesprek met de respondent werd gevoerd aan de hand van een vragenlijst, die bestond uit gesloten en open vragen over onderwerpen die elk met een korte toelichting van de interviewer aan de orde werden gesteld. De volgorde van de onderwerpen die mede op grond van ervaringen in één vóóronderzoek van 30 langdurige arbeidsongeschikten was vastgesteld, beantwoordde in redelijke mate aan het verwachtingspatroon van de ondervraagde. Het gesprek ving aan met een vraag naar de aard van de gezondheidsklachten die de arbeidsongeschiktheid tot gevolg hadden; daarop volgden vragen naar het ontstaan ervan, de medische behandeling, eventuele ziekenhuisopnames of operaties, het verloop van de klachten, de toekomstverwachting omtrent het voortduren van de klachten en de kansen op terugkeer naar de werksituatie. Vervolgens kwamen aan de orde de werksituatie, de aard van de werkzaamheden, het bedrijf waar men werkte, de onderlinge verhoudingen op het werk, etc. Daarna werden de buiten de werksfeer liggende omstandigheden ter sprake gebracht, zoals de woon- en leefsituatie, de aard en de kwaliteit van de relaties met de levenspartner en de eventuele kinderen, de familieverhoudingen, de verhoudingen met vrienden en kennissen. Tenslotte werden vragen gesteld over het voorkomen van belastende levensomstandigheden en -gebeurtenissen die veranderingen mee hadden gebracht voor iemands levenspatroon. Hoewel deze zaken pas aan het eind van het interview expliciet aan de orde werden gesteld, gaven de vorige gespreksonderwerpen al aanknopingspunten voor het aansnijden van problematische omstandigheden. Deze vragen die in standaardformuleringen waren gegeven, moesten natuurlijk worden aangepast aan de gesprekssituatie van het moment. Hetzelfde gold voor de ondervraging van iemands gevoelens en reakties op gebeurtenissen en omstandigheden. De interviewer had voor het navragen van iemands "coping" gedrag de beschikking over een lijst met vraagpunten waarop hij kon terugvallen tijdens het gesprek.
Het zal duidelijk zijn dat een gesprek over emotioneel geladen onderwerpen, over intieme verhoudingen, gebeurtenissen en problemen zich niet laat dwingen in het keurslijf van een strak voorgestruktureerde vragenbatterij. De volgorde en de vorm van de vragen dienden daarom zo dicht mogelijk aan te sluiten bij het referentiekader en de gemoedsgesteldheid van de ondervraagde om hem zoveel mogelijk voor het gesprek te motiveren.

Was het eerste interview gericht op de biografische achtergrond van de persoon en op zijn situatie, het vervolg-gesprek stond vooral in het teken van de al of niet blijvende arbeidsongeschiktheid en van de rol van "stress"-inducerende levensomstandigheden daarbij. Opnieuw kwamen het verloop van de gezondheidsklachten ter sprake, het vervolg van de medische behandeling, de wijze van werkhervatting en aanpassing aan het arbeidsbestaan, of de overgang van de ziektewet naar de WAO, de procedure rond de medische afkeuring, de perspektieven voor de toekomst etc. Dit gesprek bood tevens een gelegenheid om naar de problemen te informeren die de eerste keer waren gesignaleerd.

Zowel na afloop van het eerste als van het tweede gesprek werd aan de respondenten bovendien een korte schriftelijke vragenlijst voorgelegd. Dit betrof de ene keer een peiling van iemands houding en reaktie bij een viertal situaties die in het algemeen als vervelend en onplezierig zijn te beschouwen, zoals het ondergaan van een pijnlijke behandeling bij de tandarts. Het ging daarbij om het optreden van gevoelens van angst en vage lichamelijke klachten, zoals trillende handen en hartkloppingen. De andere keer had de schriftelijke enquête tot doel vast te stellen wat iemand verwacht van eigen handelen bij het bereiken van bepaalde doelen of bij het oplossen van levensproblemen.

Een adekwaat onderzoek van "stress"-inducerende omstandigheden van psychosociale aard vraagt om een vrij en open gesprek. Hoewel de validiteit van de meting op deze manier relatief hoog is, zijn er wel enige nadelen aan verbonden, zoals die van het vastleggen en beoordelen van de antwoorden en van de relatief lage betrouwbaarheid. Veel hangt af van de kwaliteit van de interviewer. Deze moet het vertrouwen van de respondent zien te winnen om in de taboesfeer liggende onderwerpen bespreekbaar te maken. Het vereist veel takt en empathie om het gesprek zodanig te voeren dat deze zaken niet alleen ter sprake kunnen komen maar ook op bevredigende wijze kunnen worden afgesloten. Het oprakelen van bepaalde problemen, soms in het bijzijn van anderen, draagt het gevaar in zich dat andere zaken niet meer voldoende tot hun recht kunnen komen. Grote zorgvuldigheid was derhalve geboden bij de training van de interviewers.

7. De vragenlijst voor de verzekeringsgeneeskundige.

Ook aan de betrokken verzekeringsgeneeskundigen van het GAK is zowel

direkt na de selektie van de respondenten (ongeveer 10 weken na het begin van het verzuim) als aan het einde van de onderzoeksperiode (ruim één jaar na de datum van de ziekmelding) een korte schriftelijke vragenlijst voorgelegd. De eerste richtte zich op:

a. de aard van de stoornis of van het ongeval,
b. de prognose wat betreft het herstel met of zonder een restafwijking of een chronisch recidiverende of een verslechterende toestand,
c. een voorspelling van de termijn waarop een gehele of gedeeltelijke hervatting van de werkzaamheden was te verwachten.

De follow-up bevatte vooral vragen naar:

a. de medische noodzaak van de uiteindelijke verzuimduur, waarbij de ernst van de lichamelijke stoornis tegen de aard der werkzaamheden moest worden afgewogen, en
b. faktoren van persoonlijke, maatschappelijke en medische aard die de afwijking van de geschatte verzuimduur konden hebben veroorzaakt.

De overwegingen die golden bij de gevallen met een "afwijkende" verzuimduur, zijn door de arts mondeling toegelicht en door de onderzoeker vastgelegd.

8. De vragenlijst voor het Gewestelijk Arbeidsbureau en het Economische Technologisch Instituut.

In de loop van het onderzoek bleek uit de antwoorden van de respondenten dat zij soms maar matig op de hoogte waren van hoe het met het bedrijf in ekonomisch opzicht was gesteld. Juist vanwege het grote belang van dit aspekt voor de probleemstelling van het onderzoek, is getracht hierover nadere en meer betrouwbare informatie te verkrijgen van deskundigen. Aan de gewestelijke arbeidsbureaus en het Economisch Technologisch Instituut zijn schriftelijke vragen voorgelegd over de kwetsbaarheid van de ekonomische positie van het bedrijf waar de respondent werkzaam was, en over de kwetsbaarheid van de arbeidsplaats waarop de respondent gezien zijn leeftijd, opleiding en beroep binnen dat bedrijf was aangewezen. De beoordeling diende uitsluitend de ontwikkelingen in de jaren 1974-1976 in aanmerking te nemen, dat wil zeggen, de periode waarop het onderzoek betrekking had. Deze vragenlijst is in de maanden september en oktober 1977 ingevuld.

9. De interviewsituatie.

Van de situatie waarin de respondent en de interviewer elkaar ontmoetten, hebben we enkele kenmerkende aspekten laten vastleggen, die uit methodologisch gezichtspunt van belang zijn voor de beoordeling van de verstrekte informatie. Het betrof kenmerken als de aanwezigheid van andere personen bij het gesprek, de invloed die daarvan op de antwoorden uitging en de houding van de respondent tijdens het interview.

De gesprekken die de eerste keer vanwege de ziekte van de respondent meestal overdag en de tweede keer vanwege iemands herstel vaak 's avonds werden gevoerd, vonden meestal in tegenwoordigheid van anderen plaats, zoals de levenspartner of andere familieleden (ouders, broers, zusters). In de eerste respektievelijk de tweede fase vond een kwart en een derde van de gesprekken onder vier ogen plaats. Over het geheel genomen is slechts bij 32 ondervraagden (16%) het interview beide keren zonder de aanwezigheid van anderen gevoerd. Het was dus eerder regel dan uitzondering dat derden het gesprek konden volgen en eventueel konden beïnvloeden. Er is om verschillende redenen door de interviewer overigens niet uitdrukkenlijk aangedrongen op afzondering met de respondent: om de kans op een weigering of op een halfafgemaakt gesprek te vermijden, om de aanvankelijke achterdocht tegen het onderzoek niet te vergroten en ook om het vervolggesprek niet in gevaar te brengen. Vaak hadden we het gevoel dat een dergelijk voorstel niet zou worden begrepen en zou kunnen leiden tot wantrouwen bij de respondent of juist bij zijn echtgenote. Soms ontbrak ook de ruimte voor afzondering.

De aanwezigheid van derden kan maar hoeft niet tot beïnvloeding van de antwoorden te leiden. Volgens het oordeel van de interviewers bleek er bij 42% en 30% van de eerste respektievelijk de vervolggesprekken geen sprake te zijn van waarneembare invloed op de antwoorden. Het ontbreken van enige invloed betrof in de regel gevallen waarbij iemand maar een gedeelte van het interview bijwoonde of waarbij iemand door zijn bezigheden niet betrokken was (of werd) bij het gesprek. In totaal bleken bij eveneens 32 ondervraagden (16%) de beide interviews, ondanks de aanwezigheid van anderen, noch in positieve noch in negatieve zin beïnvloed te zijn geweest.

Het aantal respondenten dat beide keren òf alleen was òf onbeïnvloed bleef, telde 64 personen. Bovendien deed zich bij 31 personen (15%) nog de situatie voor dat iemand de ene keer alleen werd gesproken en de ander keer in aanwezigheid van een ander, doch zonder aanwijsbare beïnvloeding van de

antwoorden. Dit betekent dat er in totaal bij 95 respondenten ofwel 46% van de onderzoekspopulatie geen sprake was van vertekening - in welke richting dan ook - van de antwoorden door toedoen van anderen.

Bij de overigen was er derhalve wel sprake van enige beïnvloeding van het gesprek op één van beide tijdstippen. Dit had zowel positieve als negatieve kanten. In gunstige zin betekende dit dat allerlei informatie over levensgebeurtenissen en problemen beter kon worden achterhaald. Ook de datering ervan was soms preciezer. De betrokkenheid van de echtgenote bij het gesprek, al of niet op verzoek van haar man, droeg bij tot een beter overzicht van de gebeurtenissen en reakties en gevoelens die toen speelden. Er schuilde wel een gevaar in van een al te grote bemoeienis van de echtgenote, die soms het gesprek dreigde over te nemen. Vanzelfsprekend is hiertegen zoveel mogelijk gewaakt ook al was dit soms heel moeilijk, zodat de houdingen en gevoelens van de respondent en die van zijn echtgenote nauwelijks uit elkaar waren te houden. Beïnvloeding in ongunstige zin betekende dat de antwoorden door een afwerende houding en demotiverende opmerkingen van een ander werden beperkt, bijvoorbeeld dat bepaalde onderwerpen niet of slechts summier ter sprake kwamen. Vooral relationele problemen of problemen in de familiesfeer bezaten dikwijls een taboekarakter, dat in dergelijke omstandigheden moeilijk was te doorbreken. Het ging daarbij niet zozeer om een aktieve betrokkenheid van de ander maar om een zwijgende aandacht waarmee het gesprek nauwlettend werd gevolgd. Dit werkte dan blokkerend op de vrijheid en openhartigheid van de respondent. Een dergelijke gespannen sfeer maakte de interviewer terughoudend bij de formulering van zijn vragen en bij het "doorvragen".

Een beoordeling van de aard van de beïnvloeding bleek tijdens het eerste gesprek positief uit te vallen bij 32 personen, negatief bij 21 personen en zowel positief als negatief bij 9 personen. Wat betreft het vervolggesprek werd achtereenvolgens bij 54, 16 en 2 personen aldus geoordeeld. De follow-up bood in de opzicht dus een gunstiger beeld.

Tenslotte hebben we de houding van de respondent ten aanzien van de gestelde vragen aan het eind van het vervolggesprek vastgelegd op twee dimensies (5-puntsschaal):

a. openhartig - gesloten

b. klagend - loochenend

Een volledig openhartige houding bleek bijna drie keer meer voor te komen dan een zeer gesloten; bij éénvijfde van de respondenten was terughoudend-

heid in het gesprek meer of minder duidelijk merkbaar. Verder stelde men zich over het algemeen tamelijk neutraal en loochenend op. Een minderheid (19%), dat wil zeggen de personen uit de eerste twee kategorieën, toonde nogal de neiging zich door bepaalde vragen te laten meeslepen. De correlatie tussen beide beoordelingen bedroeg .45; dat wil zeggen dat een gesloten houding ook dikwijls als loochenend werd gezien.

10. De uitvoering van het veldwerk.

De beide interviewkampagnes zijn gehouden van augustus 1975 tot en met mei 1976 en van juli 1976 tot februari 1977. Vier studenten uit de sociale en één uit de medische faculteit hebben met de auteur meegedaan aan het veldwerk. Twee van hen hebben in beide fasen geparticipeerd.

Met alle interviewers is vooraf het doel en de opzet van het onderzoek uitvoerig besproken. Onder supervisie van de auteur heeft elk van de studenten twee tot drie gesprekken gevoerd met respondenten. Deze (proef-) interviews en de verslaglegging daarvan zijn doorgesproken wat betreft de techniek van de ondervraging, zoals de hantering van de interviewsituatie, het aan de orde stellen van gevoelige onderwerpen, de afronding van het gesprek, etc. Daarnaast is het gesprek inhoudelijk beoordeeld wat betreft de aard en kwaliteit van de verkregen informatie, waarbij tegelijk de doelmatigheid van de vragenlijst aan een laatste kontrole werd onderworpen. Vooral het onderzoek naar de "stress"-inducerende omstandigheden vergde training. Pas nadat de proef-gesprekken zowel door de interviewer zelf als door de onderzoeker als voldoende bevredigend werden ervaren, kon de interviewer zelfstandig optreden.

Vooral in de aanvang van de kampagne is getracht de interviews gezien het komplekse karakter van de interaktie zoveel mogelijk op de band op te nemen. Bij het uitwerken van het gesprek kon hiervan gebruik worden gemaakt. Het bleek echter dat er vrij veel weerstand bestond tegen het gebruik van een bandrecorder, dat tenslotte beperkt is gebleven vooral toen de interviewers meer ervaring kregen in het kort en bondig vastleggen van geheugensteuntjes.

Na de selektie van de respondenten door het GAK is, na hun schriftelijke toestemming of wanneer er niet schriftelijk was geweigerd, zo snel mogelijk getracht een afspraak voor een gesprek te maken, opdat het tijdstip van het interview gerekend vanaf de ziekmelding voor iedere respondent

gelijk zou liggen; en tevens om een eventueel herstel voor te zijn. Dit lukte niet steeds, soms door een tamelijk late selektie van de kant van het GAK of doordat de respondent herhaaldelijk uitstel van de afspraak vroeg. Het meerendeel van de respondenten is in de vierde ziektewet-maand geinterviewd, doch 20% kon pas in de vijfde maand na de datum van de ziekmelding worden bereikt. Bij het eerste gesprek bleken reeds 46 personen (22%) hun werkzaamheden volledig te hebben hervat; van wie de meerderheid binnen vier maanden na de ziekmelding.

De namen en adressen van de respondenten werden na ontvangst van het GAK door de onderzoeker op tamelijk willekeurige wijze aan de interviewers uitgedeeld. In de loop van de kampagne ging de toewijzing tot op zekere hoogte afhangen van het woongebied van de respondent, zijn telefonische bereikbaarheid en van de reislustigheid van de interviewer. Bij de follow-up gold dat de interviewers die weer meewerkten hun "eigen" respondenten opnieuw bezochten. De afspraak werd persoonlijk, telefonisch of schriftelijk gemaakt. Iemand werd pas als weigeraar geaksepteerd, indien hij persoonlijk had meegedeeld een gesprek niet op prijs te stellen. Dit betekende soms dat meermalen zonder resultaat een bezoek moest worden afgelegd. Het is mede aan deze volharding te danken dat het uitvalpercentage relatief laag is gebleven, namelijk 13,5%.

De eerste gesprekken duurden gemiddeld bijna tweeëneenhalf uur. In 14 gevallen (7%) namen ze zelfs vier uur of langer in beslag. Daarom waren vaak meerdere gesprekken noodzakelijk. De vervolg-gesprekken tijdens de tweede fase duurden over het algemeen iets korter, omdat al veel informatie bekend was. De indruk bestond dat de gesprekken meestal positief door de respondent werden beoordeeld. Dat was ondere andere af te leiden uit het feit dat slechts drie personen bij het vervolg-gesprek hebben geweigerd. In enkele gevallen is door de respondent zelfs een beroep gedaan op de interviewer om een helpende hand te bieden bij zijn problemen. Dit heeft ertoe geleid dat in overleg kontakten zijn gelegd met hulpverlenende instellingen, zoals het Medisch Opvoedkundig Bureau en het algemeen maatschappelijk werk. Daarbij is nadrukkelijk vermeden dat de interviewer zelf in een soort therapeutische relatie raakte.

De uitwerking van de interviews diende direkt na het gesprek plaats te vinden. Dit heeft vooral veel tijd gevergd indien er tamelijk veel gebeurtenissen en problemen waren gerapporteerd. Deze moesten afzonderlijk in al hun facetten worden beschreven op voorgestruktureerde registratieformu-

lieren. Alle beschikbare informatie diende op schrift te worden gesteld. De punten die onduidelijk waren, werden dan nog eens doorgesproken. Er is met name op gelet in hoeverre de rapportage van de door de interviewer gesignaleerde gebeurtenissen en problemen kompleet was. Zorgvuldigheid in dit opzicht was geboden om te voorkomen dat bij twijfel of een gebeurtenis wel van voldoende betekenis was, de interviewer daarover stilzwijgend alleen zou beslissen.
Het longitudinale karakter van het onderzoek bracht uiteraard met zich mee dat op verschillende momenten in de loop der tijd informatie werd verzameld. In een prospektief onderzoek gaat het immers vooral om de meting van gedragsvariabelen op het eerste meetmoment zodat het te voorspellen verschijnsel - in dit geval de duur van de ziekte - de meting van de als onafhankelijk beschouwde variabelen niet kan hebben beinvloed.
Voor de meeste variabelen, die in dit onderzoek worden gebruikt is dit ook het geval. In hoofdstuk 7, paragraaf 10, komen wij hierop nog terug.

11. De kodering.

Voor de toegankelijkheid en de mogelijkheid van verwerking langs elektronische weg zijn de verzamelde gegevens in kode overgebracht op ponskaarten. De koderingswerkzaamheden zijn eveneens door de interviewers uitgevoerd. De omvang van het materiaal noopte tot een keuze van onderdelen voor de kontrole van de koderingen. In de eerste plaats zijn kontroles uitgevoerd op groepen van variabelen die in de latere analyse een belangrijke plaats zouden innemen, zoals variabelen die betrekking hadden op bepaalde indices of meetschalen, en variabelen die als de afhankelijke werden beschouwd (de duur van het verzuim bijvoorbeeld). Hetzelfde gold voor de psychosociale stimuli (de gebeurtenissen en problemen). In de tweede plaats zijn door middel van interne konsistentie-analyse onlogische cijferkodes opgespoord en verbeterd. De kontroles welke zowel voor als na de ponsing van het materiaal op kaarten zijn uitgevoerd, betroffen steeds de gehele respondentengroep. Doordat niet systematisch bij elke kontrole het aantal onjuiste koderingen is bijgehouden, ontbreekt ons een precieze maat voor het totaal aantal gemaakte fouten. Bij één kontrole van een deel van het materiaal is het aantal fouten wel vastgelegd: op een totaal van ruim 10.000 koderingen bleken er 15 onjuist te zijn, dit is 1 $^{0}/_{oo}$.

Hoofdstuk VI. De feitelijke en relatieve ziekteduur.

1. Inleiding.

Ons onderzoek beoogt een bijdrage te leveren aan de verklaring van de duur van het ziekteverzuim. Gewoonlijk wordt het te verklaren verschijnsel uitgedrukt in het (gemiddeld) aantal dagen dat het verzuim in beslag neemt. Dit is zonder twijfel de meest objektieve maat. We willen ons echter niet daartoe beperken, maar ook trachten de relatieve duur van het verzuim vast te stellen. Met dit laatste bedoelen we het volgende.

Hoe lang een verzuim zal duren, is in eerste instantie afhankelijk van de aard van de ziekte en van het werk. Er ontbreken evenwel vaste of absolute normen die precies voorschrijven, wanneer en in hoeverre arbeid nog wel of niet meer mogelijk en verantwoord is. In elk individueel geval vindt een afweging plaats van de belasting en de belastbaarheid, van de eisen en mogelijkheden van de arbeidsomstandigheden, van de konsekwenties op korte en lange termijn, etc. Dat impliceert, dat de uitkomst (d.w.z. de duur van het ziekteverzuim) bij de een anders uitvalt dan bij de ander. Indien we willen begrijpen, waarom het ene verzuimgeval langer duurt dan het andere, zouden we de 'ernst' van de stoornis in de gezondheid, ofwel de gevolgen van de lichamelijke beperking voor het verrichten van het werk, onder kontrole moeten houden en dat gedeelte van de ziekteduur moeten uitschakelen dat een rechtstreeks gevolg daarvan is. Theoretisch zou wat er dan aan verzuim overblijft of tekort schiet door andere faktoren worden bepaald. Omdat objektieve maatstaven niet voorhanden zijn, moeten we terugvallen op de minder objektieve maar daarom niet minder geldige beoordelingen van personen die direkt bij een verzuimgeval betrokken zijn.
In ons onderzoek hebben wij gebruik gemaakt van het oordeel van de arbeidsongeschikte zelf en van diens verzekeringsgeneeskundige. Het ging daarbij om de vraag of het verzuim relatief te kort danwel relatief te lang heeft geduurd of reëel is geweest, gezien het soort aandoening of letsel en de aard van de werkzaamheden. Door een voorspelling van de verdere duur van het verzuim indien iemand nog arbeidsongeschikt blijkt, of door een terugblik op de verzuimperiode als die intussen is afgesloten, wilden we zicht krijgen op de "afwijkende" gevallen en op de redenen daarvoor. Voor de relatieve ziekteduur is het feitelijk aantal ziektedagen dus minder van betekenis. We zullen nu nader ingaan op de operationalisering van de hierbo-

ven geschetste werkwijze. In de volgende paragraaf komen de (drie) maten voor de feitelijke ziekteduur aan de orde. De (vier) maten voor de relatieve ziekteduur worden in paragraaf 3 besproken.

2. De feitelijke ziekteduur.

Deze betreft de duur van het verzuim, uitgedrukt in het aantal kalenderdagen. We onderscheidden:

a. het aantal volledige ziektedagen, en

b. het aantal volledige en gedeeltelijke ziektedagen.

Deze gegevens zijn eksakt bekend uit de administratie van de registrerende instantie die het ziekengeld uitkeert. We hebben iemand pas als definitief hersteld beschouwd indien niet binnen twee weken opnieuw een min of meer te verwachten ziekmelding plaatsvond wegens dezelfde gezondheidsklachten als voorheen. Dergelijke tussentijdse werkhervattingen van zeer korte duur bleken in de regel gevolgd te worden door een nog langdurig verzuim. Bovendien werden ze door de respondent dikwijls niet gerapporteerd, omdat hij het onderbroken verzuim toch als één ziekteperiode beleefde. Ook de arts beschouwde dit veelal als een aaneengesloten geheel. In tabel 1 geven we de verdeling van de respondenten naar hun verzuimduur in vijf kategorieën weer.

Ruim de helft van hen was binnen een half jaar weer hersteld. Een kwart van de respondenten is het gehele jaar arbeidsongeschikt geweest. Van de totale onderzoeksgroep hebben 38 personen (18,5%) een tijdlang hun werk gedeeltelijk hervat. Gemiddeld nam het verzuim 221 dagen in beslag.

Tabel 1: De verdeling van 205 respondenten naar verzuimduurklasse, in absolute en percentuele aantallen.

	aantal mensen met:			
verzuimduur	alleen volledige verzuimdagen		volledige plus gedeeltelijke verzuimdagen	
t/m 91 dagen	30	15%	12	6%
92-182 dagen	89	43%	90	44%
182-273 dagen	22	11%	30	15%
274-365 dagen	10	5%	11	5%
366 dgn en meer	54	26%	62	30%
Totaal	205	100%	205	100%

Tenslotte willen we een derde maat voor de verzuimduur invoeren, nl.
c. het al of niet ontvangen van een WAO-uitkering.
Op grond van een aaneensluitende verzuimperiode zijn - zoals uit de tabel blijkt - 62 personen voor een uitkering krachtens de WAO in aanmerking gekomen. Aan deze groep voegen wij nog vier personen toe, die naderhand door een nieuwe ziekmelding de WAO status hebben bereikt. Bij drie van hen betrof het een uitval na enkele weken, vanwege dezelfde gezondheidsklachten. Bij de vierde betrof het vooral klachten van overspanning. De totale groep van WAO-ers omvat dus 66 respondenten d.i. bijna eenderde van de onderzochte populatie (32%).

3. De relatieve ziekteduur.

3.1. De diskrepantie tussen de verwachte en werkelijke ziekteduur.

Tijdens de eerste onderzoeksfase, dus in de vierde ziektewetmaand, is zowel aan de respondent als aan de verzekeringsgeneeskundige de vraag gesteld naar de verder te verwachten duur van het verzuim. In de vraagstelling is sterk de nadruk gelegd op de verhouding tussen de aard van de gezondheidsklachten of de lichamelijke funktiebeperking èn de aard van de te verrichten werkzaamheden, om daardoor zoveel mogelijk andere overwegingen uit te sluiten. De op deze wijze verkregen schatting van het aantal dagen, weken of maanden is achteraf vergeleken met de werkelijke datum van werkhervatting. Bij de precies vaststelling van de verwachte hersteldatum is rekening gehouden met het feit dat iemand niet vlak voor een weekend of op een officiële feestdag kon hervatten.
Het verschil tussen de feitelijke en de verwachte hersteldatum kan op diverse manieren in een maat tot uitdrukking worden gebracht, nl.:
- als het absolute verschil in kalenderdagen, of
- het feitelijke aantal verzuimdagen als percentage van het verwachte aantal, of
- het aantal verschildagen als percentage van het totaal aantal verwachte verzuimdagen.

Aan alle drie methoden kleeft het bezwaar, dat de verdeling van de toegekende verschilscores zeer scheef uitvalt. Het blijkt, dat er absolute verschillen optreden van veel meer dan honderd dagen en dat er percentages voorkomen van ver boven de 1000%. Het hanteren van het absolute aantal da-

gen van het verschil geeft ook een overtrokken beeld. Een overschrijding van de verwachte hersteldatum met een week betekent weinig bij een voorspelling van 10 weken, maar veel bij een voorspelling van twee weken. De percentuele berekeningswijze heeft verder het nadeel dat de uitkomst niet negatief kan worden. Wanneer het verzuim korter duurt dan verwacht kan de berekende verschil- of diskrepantiescore slechts variëren van 0 tot 1. Indien het verzuim langer duurt dan voorzien, kan de score vrijelijk oplopen. Een gelijk aantal dagen van verschil tussen de verwachte en feitelijke hersteldatum, ongeacht welke overschreden wordt, korrespondeert niet met een gelijke diskrepantiescore.
Daarom hebben we gekozen voor een procedure, waaraan de bezwaren van een ongunstige verdeling van de scores en van de ongelijkwaardige behandeling van de verschillen niet kleefden (Philipsen, 1976). Deze procedure houdt in, dat via worteltrekking zowel het getal van de feitelijke verzuimdagen, als dat van de verwachte verzuimdagen worden getransformeerd. De uitkomsten daarvan worden van elkaar afgetrokken. Algebraïsch voorgesteld is dit $\sqrt{x} - \sqrt{y}$, waarbij x het feitelijke aantal verzuimdagen is en y het verwachte aantal. We gaan hierbij uit van de datum waarop de schatting is gedaan. De aftrekking wordt positief, wanneer het verzuim langer duurt dan was voorzien. In dit geval spreken we dan van onderschatting van de verzuimduur. In het geval van een negatieve uitkomst, waarbij de verwachte verzuimduur langer is dan de feitelijke, spreken we van overschatting van de verzuimduur. Hoe dichter de uitkomst bij de nul ligt, des te beter stemt de verwachting overeen met de werkelijkheid.
Aan de hand van een voorbeeld zullen we deze werkwijze verduidelijken. Stel dat iemand de resterende ziekteduur schat op 9 dagen, terwijl deze in werkelijkheid nog 16 dagen in beslag neemt. De rekensom leert dan dat het verschil tussen de wortel uit het getal 16 en uit dat van 9 neerkomt op 1 (namelijk vier min drie). Ook een schatting van 16 dagen en een werkelijke duur van 9 dagen had dit verschil opgeleverd, maar dan met een minteken. De verschil- of diskrepantiescore van 1 ontstaat ook bij aantallen geschatte of feitelijke ziektedagen van 4 en 9, 16 en 25, 25 en 36, etcetera.

Deze werkwijze levert twee prospektieve diskrepantiematen op:

a. *een diskrepantiescore op basis van de schatting van de respondent*
b. *een diskrepantiescore op basis van de schatting van de verzekeringsgeneeskundige.*

Er is aan de respondent en aan de verzekeringsgeneeskundige een schatting

gevraagd zowel voor de gedeeltelijke als de volledige werkhervatting. Achteraf is gebleken, dat slechts in een klein aantal gevallen een dubbele diskrepantiescore kon worden berekend, voornamelijk omdat gedeeltelijke werkhervatting weinig voorkwam. In enkele gevallen is evenwel voor de vaststelling van de diskrepantiescore de prognose tot aan de gedeeltelijke in plaats van die tot aan de volledige werkhervatting in aanmerking genomen. Dit leverde een gunstiger score (d.w.z. minder van nul verschillend) op voor de respondent. Dit geschiedde 12 keer bij de respondenten en 23 keer bij de verzekeringsgeneeskundige.

Bij bepaalde ontwikkelingen in het somatisch genezingsproces, die op het moment van de beoordeling niet te voorzien waren, zoals een onverwacht sombere uitslag van een geneeskundig onderzoek, is de oorspronkelijke schatting van de verdere duur van het verzuim niet meer van toepassing. Het is om die reden in negen gevallen noodzakelijk gebleken de prognose van de verzekeringsgeneeskundige en in één geval die van de respondent buiten beschouwing te laten.

Vervolgens zullen we bezien hoe de schattingen van de respondenten en de verzekeringsgeneeskundigen in de praktijk zijn uitgevallen. Voor een overzichtelijke presentatie hebben we de scores samengevoegd tot enkele categorieën. In de analyse handhaven we de oorspronkelijk vastgestelde scores. We spreken van een reële schatting bij een scores van plus 1 tot min 1. Bij lichte en sterke over- respektievelijk onderschatting vermelden we de verschilscores die de kategoriegrenzen bepalen. Om technische redenen zijn die grenzenbij de (zeer) sterke onderschatting van de verzekeringsgeneeskundige wat ruimer gesteld dan bij de respondent. (zie voor tabel 2 de volgende pagina).

Onderschatting van de ziekteduur, d.w.z. het verzuim liep langer uit dan verwacht, blijkt, zelfs nadat reeds drie maanden van verzuim zijn verstreken, nog vaak voor te komen. We konstateren dit in bijna de helft van de schattingsgevallen. Het was voor beide betrokkenen kennelijk moeilijk de ziekteduur redelijk goed te voorspellen. Hoewel de verzekeringsgeneeskundige vaker dan de respondent een voorspelling deed over de verdere ziekteduur waardoor ook de kans op misschatting groter is, lag niettemin het percentage van niet uitgekomen verwachtingen bij hem erg hoog (71%). Het ging daarbij om forse misschattingen. Vooral de verzekeringsgeneeskundige onderschatte nogal eens, soms met veel meer dan 100 dagen. Zoals we later zullen zien ging het dan om mensen die uiteindelijk in de WAO terechtkwamen.

Tabel 2: De mate van over- en onderschatting van de verzuimduur door de respondent en door de verzekeringsgeneeskundige.

diskrepantiescore	aantal personen, ingedeeld volgens: de schatting van de respondent		de schatting van de verzekeringsgeneeskundige	
1. -4 of kleiner (sterke overschatting).	1	1%	4	3%
2. -4 tot -1 (lichte overschatting).	6	7%	21	17%
3. -1 tot +1 (reële schatting)	43	48%	36	29%
4. +1 tot +4 (lichte onderschatting).	20	22%	28	22%
5. +4 tot +7 (+9 voor de verzekeringsgeneeskundige)(sterke onderschatting)	13	14%	21	17%
6. +7 (+9) of groter (zeer sterke onderschatting).	7	8%	16	13%
Totaal	90	100%	126	101%
géén schatting ("onzeker")	69 van 205 resp.	34%	52 van 205 resp.	25%
schatting niet van toepassing(wegens "voortijdige"werkhervatting)	46 van 205 resp.	22%	27 van 205 resp.	13%

De respondent schatte zijn resterende ziekteperiode naar verhouding vaak juist.
Overschatting kwam bij de respondent betrekkelijk weinig voor.
Bij de verzekeringsgeneeskundige zien we veel minder vaak een reële schatting. Daar komt nog bij, dat in eenderde respektievelijk eenkwart van de gevallen géén uitspraak is gedaan door de respondent en de verzekeringsgeneeskundige. Deze onzekerheid over de toekomst manifesteerde zich bij de respondent weliswaar sterker dan bij de verzekeringsgeneeskundige, doch bij deze laatste is gezien zijn specifieke deskundigheid het aantal des te opvallender. Tenslotte, een schatting van de respondent was in 46 gevallen overbodig, omdat zij hun werk al voordat het eerste interview plaatsvond hadden hervat. Door een tamelijk late selektie bleek de prognosestelling door de verzekeringsgeneeskundige bij 27 personen niet meer nodig.

3.2. Het retrospektieve oordeel over de ziekteduur.

In het vervolggesprek dat ruim een jaar na de datum van de ziekmel-

ding is gehouden, is aan de respondent en aan de verzekeringsgeneeskundige om een terugblik op de verzuimperiode gevraagd. Hierbij is opnieuw de verhouding tussen de aard van de klachten en die van de werksituatie benadrukt. We wilden een oordeel krijgen over de vraag of het verzuim relatief te lang, relatief te kort of reëel is geweest. Dit oordeel stond geheel los van de voorspelling van destijds. Het oordeel achteraf, van een relatief te lang verzuim, hoeft dus niet een indertijd onderschatte verzuimduur in te houden. Deze vraag is alleen aan die respondenten gesteld, bij wie de periode van afwezigheid al afgesloten was en die dus niet rechtstreeks voor een WAO-uitkering in aanmerking waren gekomen. Bij de overigen, de WAO-ers leek ons deze terugblik minder goed mogelijk omdat zij zich nog midden in hun problematiek bevonden. We kunnen aldus een tweetal retrospektieve maten konstrueren:

a. de terugblik van de respondent,

b. de terugblik van de verzekeringsgeneeskundige.

In tabel 3 geven we de uitkomsten.

Tabel 3: Het retrospektieve oordeel van de respondenten* en van de verzekeringsgeneeskundigen over de duur van het verzuim.

	Het retrospektieve oordeel:			
De relatieve ziekteduur	volgens de respondent		volgens de verzekeringsgeneeskundige	
duidelijk te kort			5	2%
eigenlijk te kort	23	16%	16	8%
reëel	109	78%	126	62%
eigenlijk te lang	8	6%	23	11%
duidelijk te lang			35	17%
Totaal	140	100%	205	100%

* eksklusief drie respondenten die het vervolggesprek weigerden.

De grote meerderheid van de ziekteduren werd door beiden als reëel en normaal beschouwd. Voorzover de respondent er niet tevreden over was, bleek hij vaker de mening toegedaan dat het verzuim relatief te kort was, hetgeen niet zelden werd "bewezen" door latere ziekteperioden met dezelfde gezondheidsklachten.

Indien hij het verzuim als relatief te lang beoordeelde, ging het vaak om wachttijden voor onderzoek of operatie; redenen die vooral in de sfeer van de organisatie van de medische behandeling lagen.

In het oordeel van de verzekeringsgeneeskundige bleek een fijnere nuancering mogelijk dan bij de respondent. Opmerkelijk is wederom het aantal verzuimgevallen, dat uit verzekeringsgeneeskundig oogpunt eigenlijk of duidelijk te kort heeft geduurd. Tien procent van de onderzochte ziekteduren nam minder tijd in beslag dan redelijkerwijs mocht worden verwacht. Dit oordeel had dikwijls betrekking op personen met een fraktuur of een duidelijke hernia. Bij dit "vroege" herstel werden iemands gemotiveerdheid, doorzettingsvermogen en flinkheid vaak doorslaggeven genoemd. In de ogen van de verzekeringsgeneeskundigen was 28% van de ziekteduren relatief te lang uitgelopen. Faktoren betreffende de medische organisatie en behandeling vormden een belangrijke bron van vertraging. Ook persoonlijkheids faktoren en gebrek aan arbeidsmotivatie werden in dit verband veelvuldig genoemd. In mindere mate golden arbeids- en gezinsomstandigheden als de oorzaken van de verlenging van de ziekteduren. In ruim een kwart van de gevallen duurde het verzuim dus langer dan strikt noodzakelijk was. Het percentage met een relatief te lang verzuim was bij de respondenten slechts een vijfde van dat volgens de verzekeringsgeneeskundige (6% tegen 28%). Voor een zuivere vergelijking moeten we bij de verzekeringsgeneeskundigen de WAO-ers (62 personen) eigenlijk buiten beschouwing laten. De percentuele verdeling over de drie kategorieën van relatief te kort, reëel en relatief te lang ziet er dan als volgt uit: 15%, 64% en 21%.
Het verschil in de kategorie met een te lang verzuim blijft dus groot, namelijk 6% bij de respondenten versus 21% bij de verzekeringsgeneeskundigen.

Alle gevallen in aanmerking genomen blijkt dus ruim een derde af te wijken van de verzekeringsgeneeskundige normen.

Samenvatting: De duur van het verzuim hebben we ondergebracht in zeven maten die als de afhankelijke variabelen in de analyse zullen worden aangewend:

1. de verzuimmaten ter karakterisering van de feitelijke duur van het verzuim:
   a. het aantal dagen van volledig verzuim,
   b. het volledig plus het gedeeltelijk verzuim, en
   c. het al of niet WAO-gerechtigd zijn.

2. de prospektieve en retrospektieve diskrepantiematen ter karakterisering van de relatieve duur van het verzuim:
   a. de diskrepantiescore van de respondent,
   b. de diskrepantiescore van de verzekeringsgeneeskundige,
   c. de terugblik van de respondent, en
   d. de terugblik van de verzekeringsgeneeskundige.

In de volgende paragrafen zullen we de onderlinge samenhang tussen deze afwezigheidsmaten bespreken. Ook de betekenis van enkele persoons- en ziektekenmerken komen dan ter sprake. Tenslotte gaan we in op vragen betreffende de validiteit en geldigheid van de gebruikte verzuimmaten.

4. De samenhang tussen de feitelijke en relatieve ziekteduur.

4.1. De schattingen van de respondent en van de verzekeringsgeneeskundige.

Zowel bij de respondent als bij de verzekeringsgeneeskundige had de overschatting (d.w.z. het verzuim duurde korter dan was verwacht) vrijwel uitsluitend betrekking op ziekteduren minder dan een half jaar. In enkele gevallen werd die periode door toevoeging van het gedeeltelijk verzuim overschreden. Het ligt voor de hand dat onderschatting (d.w.z. het verzuim duurde langer dan was verwacht) meer betrekking had op de langere perioden. In tabel 4 presenteren we de percentuele verdeling van het aantal personen naar het aantal volledige verzuimdagen per schattingskategorie. Het blijkt dat vooral de onderschatting van de verzekeringsgeneeskundigen, ziekteduren betrof die het gehele ziektewetjaar voortduurden. In bijna de helft van de door de verzekeringsgeneeskundige onderschatte verzuimduren was dit het geval. Dat aantal was bij de respondenten verhoudingsgewijs ongeveer de helft. Zij hadden al veel vaker dan de verzekeringsgeneeskundigen rekening gehouden met hun afkeuring. Het is niet ondenkbaar dat de gedachte daaraan ook een rol heeft gespeeld bij degenen die géén uitspraak wilden doen of over wie geen uitspraak daaromtrent is gedaan. Bijna de helft van elk van beide groepen bereikte uiteindelijk de WAO. (Voor tabel 4 zie volgende pagina).

De positieve samenhang tussen over- respektievelijk onderschatting en de feitelijke verzuimduur is uit de tabel al duidelijk. De samenhang uitgedrukt in een correlatie-coëfficient, is bij de schatting van de verzekeringsgeneeskundige ongeveer twee keer zo sterk als bij die van de respon-

dent.

Tabel 4: De verdeling van de respondenten naar de diskrepantiescores op basis van de schatting van de respondent zelf respektievelijk van de verzekeringsgeneeskundige en naar verzuimduurklasse, in percentages.

	Het aantal volledige verzuimdagen:					
De schatting van de respondent	tot en met 91 dagen	92-182 dagen	183-273 dagen	274-365 dagen	366 dgn. dagen	totaal
1. overschatting (n= 7)	-	86	-	14	-	100
2. reële schatting (n=43)	12	49	12	-	28	100
3. onderschatting (n=40)	8	40	20	10	23	101
4. geen uitspraak (n=69)	1	30	13	7	48	99
De schatting van de verzekeringsgeneeskundige						
1. overschatting (n=25)	28	72	-	-	-	100
2. reële schatting (n=36)	22	56	8	3	11	100
3. onderschatting (n=65)	2	32	17	8	42	101
4. geen uitspraak (n=52)	4	29	15	8	44	100

De schatting van de laatste korreleert met het aantal volledige verzuimdagen, het aantal volledige plus gedeeltelijke verzuimdagen respektievelijk het niet of wel WAO-gerechtigd worden als volgt: r=.36, r=.37, r=.15 (n=90). Wat de schatting van de verzekeringsgeneeskundigen betreft zijn deze korrelaties: r=.75, r=.69 en r=.57 (n=126). Dit betekent, dat de over- en onderschatting van de respondent wat losser staat van de werkelijke verzuimperiode dan bij de verzekeringsgeneeskundige het geval is. Vooral doordat relatief veel gevallen, in de ogen van de verzekeringsgeneeskundige onverwacht, in de WAO terecht kwamen treedt de sterke relatie met de verzuimmaten naar voren.

4.2. De terugblik van de respondent en van de verzekeringsgeneeskundige.

Indien we eerst het oordeel van de te korte verzuimduur beschouwen (zie tabel 5) blijkt het meerendeel van deze gevallen betrekking te hebben

op een ziekteperiode van drie tot zes maanden. De respondenten oordeelden vaker korter durende verzuimen nog als relatief te kort, de verzekeringsgeneeskundigen kwamen vaker bij de langer durende verzuimen tot dit oordeel. De verschillen tussen beiden zijn echter niet groot.
Bezien we vervolgens de als relatief te lang beoordeelde verzuimduren, dan heeft het oordeel van de respondent uitsluitend betrekking op ziekteperioden van drie tot negen maanden. Bij de verzekeringsgeneeskundige is er een spreiding over alle verzuimduurklassen. Vooral bij de WAO-gerechtigden viel dit oordeel, van een relatief te lang verzuim (41% en met inbegrip van het aantal gedeeltelijke ziektedagen zelfs 48%).
Wat het oordeel van reëel verzuim betreft, konstateren we eveneens een spreiding over alle verzuimduurklassen. De samenhang van de terugblik van de respondent met het aantal volledige respektievelijk volledige plus gedeeltelijke verzuimdagen was: r=.13 en r=.11 (beide niet signifikant, n=140); en met het oordeel van de verzekeringsgeneeskundigen: r=.32 en r=.30 (wel signifikant, n=205).

Tabel 5: De verdeling van de respondenten respektievelijk van de verzekeringsgeneeskundige naar hun retrospektieve oordeel en naar verzuimduurklasse, in percentages.

	Het aantal volledige verzuimdagen					
Het retrospektieve oordeel van de respondent:	tot en met 91 dagen	92-182 dagen	183-273 dagen	274-365 dagen	366 en meer	totaal
1. te korte verzuimduur(n=23)	26	61	13	-		100
2. reële verzuimduur (n=109)	19	60	14	7		100
3. te lange verzuimduur(n= 8)	-	75	25	-		100
Het retrospektieve oordeel van de verzekeringsgeneeskundige:						
1. te korte verzuimduur(n=21)	14	67	10	10	nvt	100
2. reële verzuimduur (n=126)	17	47	10	3	24	100
3. te lange verzuimduur(n=58)	10	28	14	7	41	100

Deze sterkere samenhangen zijn voor een belangrijk deel te verklaren doordat de WAO-ers in het oordeel van de verzekeringsgeneeskundige zijn betrokken. Indien deze evenals bij het oordeel van de respondent buiten beschouwing

worden gelaten, verschilt de percentuele verdeling van de resterende groep (n=151) over de verzuimduurklassen weinig meer van die bij de respondenten. De samenhang is dan niet meer signifikant.

Samengevat luiden de resultaten uit paragraaf 4.1. en 4.2. aldus:

- de mate van onderschatting van de verzuimduur, vooral indien het om de schatting van de verzekeringsgeneeskundige gaat, houdt duidelijk verband met het aantal dagen dat iemand afwezig is,
- de onzekerheid over de verdere termijn van herstel brengt vaker een lange ziekteperiode en - in de helft van deze gevallen - zelfs een afkeuring met zich mee,
- het retrospektieve oordeel van zowel de respondenten als van de verzekeringsgeneeskundigen, mits de WAO-ers buiten beschouwing worden gelaten, houdt weinig verband met de feitelijke ziekteduur; en tenslotte,
- bij bijna de helft van de groep die uiteindelijk in aanmerking kwam voor een WAO-uitkering, klassificeerde de verzekeringsgeneeskundige het verzuim - om welke reden dan ook - als relatief te lang.

5. De samenhang tussen het prospektieve en het retrospektieve oordeel over de ziekteduur.

5.1. De schatting en de terugblik van de respondent.

In 65 gevallen is de verwachting van de respondent omtrent de ziekteduur te vergelijken met zijn terugblik. In tabel 6 geven we de resultaten weer. Eenderde van de respondenten (22) beoordeelden de ziekteduur op beide tijdstippen als reëel.
Bij tweederde van deze groep was er sprake van een verschil met de vroegere uitspraak. Slechts bij 34% (22/65) is er dus sprake van overeenstemming tussen de schatting van en de terugblik op de verzuimduur. Dit betrof alleen de reële schatting en terugblik. Dat is minder dan op grond van de verdeling van de randtotalen bij statistische onafhankelijkheid van de variabelen is te verwachten (ongeveer 8% minder). Toetsing van de samenhang tussen de beide variabelen, levert (Kendall's tau) een statistisch significante uitkomst op, waarbij de richting van het verband negatief is.

Tabel 6: De overeenstemming tussen de schattingen van de respondent en hun latere terugblik.

De schatting van de respondent	De terugblik op de verzuimduur tekort	reëel	te lang	totaal
1. overschatting	-	4	2	6
2. reële schatting	4	22	4	30
3. onderschatting	5	24	-	29
Totaal	9	52	6	65

tau = -.26, $p < .05$

Letten we nog op de cel, waarin zich de meeste respondenten bevinden, dan gaat het om mensen die hun indertijd onderschatte ziekteduur naderhand toch "terecht" vonden. Het is duidelijk dat ook een aanzienlijke verlenging van de ziekteduur achteraf vaak als normaal werd beleefd, hetgeen vanuit de kognitieve dissonantie theorie mogelijk is te verklaren. De respondent werd bij het tweede gesprek overigens niet meer met zijn vroegere voorspelling gekonfronteerd. Dit deden we ter vermijding van gevoelens van gekontroleerd te worden.

Wat betreft de "paradoxale" kategorieën uit de tabel ter toelichting nog het volgende. Twee personen oordeelden hun indertijd overschatte ziekteperiode (welke dus korter duurde dan verwacht) uiteindelijk als te lang. De ene betrof een man met een instelling van "alles of niets", die kennelijk door de arts wat werd afgeremd. De schatting was, naar de indruk van de interviewer, vooral ingegeven door de uitspraken van de huisarts die de respondent rustig aan wilde laten doen. Uit het feit dat de GAK-arts hem tegen zijn zin voor halve dagen liet hervatten, is vermoedelijk het oordeel van een te lang verzuim te verklaren. Bij de andere respondent was de reden van de verlenging van de verzuimduur een infektie van de operatiewond. Deze infektie veroorzaakte, ondanks het feit dat daarmee in de schatting al rekening was gehouden, vermoedelijk toch een verdere uitloop van de verzuimduur.
Vijf personen waren van mening dat zelfs de onderschatte verzuimperiode nog te kort was gebleken. De reden hiervoor was vooral de spoedige terugkeer of verergering van de klachten, na de hervatting van de werkzaamheden.

Voor het te kort geoordeelde verzuim werd, zoals hierboven als werd genoemd, voornamelijk als oorzaak aangewezen dat de klachten onvoldoende

waren verminderd en dat het verrichten van het werk daardoor moeilijker verliep dan was voorzien, ondanks het feit dat het tijdstip van herstel goed was voorspeld. Als bewijs daarvoor werd soms het hernieuwde verzuim enige tijd later, aangevoerd.
De wachttijd voor een ziekenhuisopname of een operatie werd als vertragende faktor bij het te lange verzuim genoemd. Ook werd door enkelen de klacht geuit dat het ontbreken van een effektieve behandeling onnodige vertraging met zich mee had gebracht: men had net zo goed eerder als later het werk kunnen hervatten, omdat het wachten toch weinig uitmaakte voor de verbetering van de gezondheidsklachten. Deze vertraging was destijds kennelijk toch goed geschat.

5.2. De schatting en de terugblik van de verzekeringsgeneeskundige.

We kunnen in 126 gevallen ook de prospektieve en het retrospektieve oordelen van de verzekeringsgeneeskundigen met elkaar vergelijken. Het resultaat van deze vergelijking verschilt nogal van die van de respondenten. Er blijkt een tamelijk nauwe samenhang tussen beide te bestaan (zie tabel 7). Het percentage overeenstemming bedraagt bij de verzekeringsgeneeskundigen 50% (63/126). Dit is een verbetering van 17% ten opzichte van hetgeen op grond van de randverdelingen is te verwachten. De winst is in feite groter wanneer men alleen rekening houdt met de "percentuele ruimte" voor een verbetering: 25% (17/(100-33)). Toetsing met behulp van Kendall's tau levert een signifikante uitkomst op.

Tabel 7: De overeenstemming tussen de schattingen van de verzekeringsgeneeskundigen en hun latere terugblik*.

De schatting van de verzuimduur	De terugblik op de verzuimduur: te kort	reëel	te lang	totaal
1. overschatting	7	17	1	25
2. reële schatting	4	28	4	36
3. onderschatting	5	32	28	65
Totaal	16	77	33	126

* tau = .29, $p < .001$

Bij de navraag naar het retrospektieve oordeel van de verzekeringsgeneeskundige werd op het enquete-formulier wel de vroegere schatting, vertaald in de verwachte hersteldatum vermeld. In hoeverre deze informatie heeft meegespeeld in de beoordeling van de relatieve ziekteduur is niet duidelijk. Maar het is wel opvallend dat ruim de helft van de over- of onderschatte verzuimduur achteraf reëel werd beschouwd. Wellicht is deze tendens te verklaren vanuit de kognitieve dissonantie theorie. De modale kategorie betreft opnieuw de onderschatte en achteraf toch normale ziekteduren. Grote diskrepanties bleven beperkt in aantal; slechts bij één persoon bleek de overschatte ziekteduur toch nog te lang te zijn geweest. Onduidelijke medische begeleiding met veel vage uitspraken leidde tot het oordeel van een te lang verzuim. Door de verzekeringsgeneeskundige was bij de schatting rekening gehouden met een meniscus-operatie, die echter op de geplande datum niet doorging. In de wachttijd voor de nieuwe datum kreeg de repondent er, mede door echtelijke ruzies over het thuiszitten, genoeg van en hervatte zijn werk binnen de voorspelde periode. Van vijf personen was de verzuimduur aanvankelijk onderschat en bleek ook achteraf nog te kort. In deze gevallen ging het vrij duidelijk om een te optimistische kijk van de verzekeringsgeneeskundige op de ernst van de aandoening en de verdere duur van het verzuim. Er was bij de werkhervatting nog lang geen sprake van volledig herstel. Twee personen weigerden zelfs een WAO-uitkering die hen als het ware werd "aangeboden".

5.3. De schattingen van de respondent en de verzekeringsgeneeskundige.

In het volgende bezien we de samenhang tussen het prospektieve oordeel van de respondent en dat van de verzekeringsgeneeskundige. Bij 69 gevallen is de prognose over de verdere duur van het verzuim door beiden gesteld. Er was bij 51% overeenstemming tussen de beide oordelen: dit is 12% meer dan bij statistische onafhankelijkheid van de schattingen is te verwachten. Men was het vooral eens bij de kategorie van de onderschatting (de modale kategorie).(Zie voor tabel 8 de volgende pagina).
De overeenstemming is aan de kant van de respondent het grootst in de kategorieën reële schatting en de onderschatting.
Grote diskrepanties waren gering in aantal, slechts bij vier personen waren de uitkomsten volledig tegengesteld aan elkaar. Drie respondenten hadden het verzuim langer en hun verzekeringsgeneeskundigen korter geschat

dan de feitelijke duur.

Tabel 8: De samenhang tussen de schattingen van de respondent en de verzekeringsgeneeskundige van de duur van het verzuim.*

De schatting van de respondent	De schatting van de verzekeringsgeneeskundige: overschatting	reële schatting	onderschatting	totaal
1. overschatting	3	0	3	6
2. reële schatting	8	11	14	33
3. onderschatting	1	8	21	30
Totaal	12	19	38	69

* tau = .29; $p < .01$

In twee gevallen was de medische behandeling hieraan vermoedelijk debet. De respondenten hielden "te veel" en de verzekeringsgeneeskundige "te weinig" rekening met de wachttijd voor een operatie of met de benodigde tijd voor het herstel. In het derde geval kwam de respondent tegen zijn eigen verwachting in toch weer aan het werk, terwijl de arts in het late herstel juist een gebrek aan arbeidsmotivatie zag. Ook bij de persoon wiens ziekteduur door hem zelf was onderschat, en door de verzekeringsgeneeskundige overschat, lag de oorzaak vermoedelijk in de wachttijd voor een meniscusoperatie. Deze wachttijd was door de respondent te kort getaxeerd. Dit bracht hem tenslotte tot het inschakelen van de bedrijfs maatschappelijk werkster, om het tijdstip van operatie te vervroegen. Die aktie had sukses. Het is mogelijk dat de aanvankelijk korrekte schatting van de verzekeringsgeneeskundige, waarin rekening was gehouden met een bepaalde wachttijd, door de aktie van de respondent werd doorkruist.

De samenhang tussen de beide schattingen is signifikant. Dit komt overeen met onze eigen verwachting. Het zou vreemd zijn als een duidelijk positieve samenhang ontbrak, want dit zou bijvoorbeeld betekenen dat beide partijen totaal verschillende kriteria hanteerden. Een deel van het gebrek aan overeenstemming is wellicht te wijten aan de omstandigheid dat de verzekeringsgeneeskundige de schatting op een eerder tijdstip heeft gemaakt dan de respondent, die immers pas enkele weken na de selektie door het GAK werd geinterviewd. Voor de respondent was de kans op een goede voorspelling op dat moment misschien iets groter geworden.

De respondenten hebben 69 maal en de verzekeringsgeneeskundigen 52 maal géén uitspraak gedaan over de te verwachten termijn van de ziekteduur. In 31 gevallen waren beiden het in dit opzicht met elkaar eens.

5.4. De terugblik van de respondent en de verzekeringsgeneeskundige.

Hoewel er in 50% van de gevallen overeenstemming bestond tussen het retrospektieve oordeel van de respondent en dat van de verzekeringsgeneeskundigen, betekende dit niet dat er sprake was van een signifikante samenhang tussen beide oordelen. De overeenstemming betrof vrijwel uitsluitend de kategorieën van het reëel geachte verzuim.

Tabel 9: De samenhang tussen het retrospektieve oordeel van de respondent over de duur van het verzuim en dat van de verzekeringsgeneeskundige*.

Oordeel van de respondent over de verzuimduur	Oordeel van de verzekeringsgeneeskundige over de verzuimduur: te kort	reëel	te lang	totaal
1. te kort	2	17	4	23
2. reëel	18	67	24	109
3. te lang	1	6	1	8
Totaal	21	90	29	140

* tau = -.03, N.S.

De respondent beschouwde de verzuimduren, die door de verzekeringsgeneeskundige afwijkend waren genoemd, vaker als reëel dan omgekeerd: 84% van de verzuimen die volgens de verzekeringsgeneeskundigen relatief te kort of relatief te lang hadden geduurd, waren reëel in de ogen van de respondent. De verzekeringsgeneeskundige oordeelde aldus in 74% van de overeenkomstige gevallen bij de respondent. Wat de een afwijkend noemt, heet bij de ander normaal.

Letten we op de meest ekstreme tegenstelling in de beoordeling, dan valt op dat de verzekeringsgeneeskundigen het verzuim in drie van de vier gevallen relatief te lang vonden duren vanwege persoonlijke faktoren, met name gebrek aan arbeidsmotivatie en doorzettingsvermogen. De respondent daarentegen was overtuigd van het tegendeel, gezien de herhaling en verer-

gering van de klachten. Ook speelde in één geval onduidelijke medische begeleiding een rol bij de verlenging van de verzuimduur. Tenslotte, de ene persoon wiens verzuim door de verzekeringsgeneeskundige aan de korte kant werd beschouwd, was achteraf van mening dat hij best wat eerder had kunnen hervatten. Door een aanpassing binnen de werksituatie en een goede opvang door collega's zou dit mogelijk zijn geweest.

Er bleek geen verband te bestaan tussen de schattingen van de één en het retrospektieve oordeel van de andere. In beide gevallen is de Kendall's tau niet signifikant. De grote meerderheid van de over- respektievelijk de onderschatte verzuimduren werd naderhand door de ander als reëel geklassificeerd.

Samengevat luiden de resultaten van paragraaf 5 als volgt:

- Vooral bij de verzekeringsgeneeskundigen was er sprake van overeenstemming tussen het prospektieve en het retrospektieve oordeel over de duur van het verzuim, in die zin dat een onderschatte feitelijke verzuimduur achteraf ook als duidelijk te lang werd beschouwd. De respondent daarentegen oordeelde de onderschatte verzuimduur achteraf vaak nog als te kort.
- De schatting van de respondent hing signifikant samen met de schatting van de verzekeringsgeneeskundige. Dit was niet het geval bij het retrospektieve oordeel van beiden. Evenmin hield de schatting van de een verband met het oordeel achteraf van de ander.

6. De betekenis van de persoons- en ziektekenmerken voor de feitelijke en relatieve ziekteduur.

In deze paragraaf schenken wij aandacht aan de in hoofdstuk 4 al genoemde kenmerken van de persoon en zijn ziekte, zoals leeftijd, opleiding beroep, burgelijke staat, diagnose en herstelprognose. Het is duidelijk dat deze kenmerken in belangrijke mate bepalend zijn voor iemands ziekteverzuim. Voor de toetsing van de samenhangen maken we gebruik van correlatie-rekening (Pearson's correlatie-coëfficiënt) en variantie-analyse (de associatie-maat eta) vanwege het nominale of ordinale karakter van de variabelen. De gezamenlijke invloed van de zes persoons- en ziektekenmerken wordt weergegeven door middel van de multipele correlatie-coëfficiënt (via stepwise forward regression). De gestandaardiseerde beta-coëfficiënt daarentegen geeft de unieke samenhang weer tussen de onafhankelijke en afhanke-

lijke variabele zonder dat de overige variabelen daarbij nog een rol spelen.

De genoemde kenmerken van de persoon en zijn ziekte of letsel zijn als volgt gekategoriseerd. De percentuele verdeling van de respondenten over de betreffende variabelen is tussen haakjes vermeld.

1. Leeftijd; indeling in jaren. De leeftijd ten tijde van de ziekmelding varieerde van 20 tot en met 54 jaar. Bijna de helft (48%) was jonger dan 40 jaar.
2. Opleiding, die in zeven kategorieën is gesplitst.
   a. onvolledig lager onderwijs (8%)
   b. volledig lager onderwijs (45%)
   c. voortgezet lager onderwijs, inklusief LTS (29%)
   d. meer algemeen vormend onderwijs zoals HBS, Gymnasium (13%)
   f. hoger beroepsonderwijs (2%)
   g. wetenschappelijk onderwijs (1%)

   Voor de berekening van de associatie-maat èta is opleiding als een tweedeling gehanteerd: (onvolledig) lager onderwijs versus meer dan lager onderwijs.
3. Beroep, de klassifikatie is gebaseerd op de scholing voor de verrichte arbeid
   a. ongeschoolde arbeid (19%)
   b. deels geschoolde arbeid (30%)
   c. geschoolde arbeid (35%)
   d. geschoolde hoofdarbeid (10%)
   e. leidinggevende arbeid (6%)

   Bij de toetsing van het verband met de verzuimmaten is gebruik gemaakt van een driedeling: ongeschoold plus deels geschoold versus geschoold, versus hoofd- en leidinggevende arbeid.
4. Burgelijke staat: 19% was ongehuwd en 81% gehuwd of samenlevend.
5. Diagnose: a. ongeval (36%) en b. ziekte der bewegingsorganen (64%).
6. Prognose van herstel: de uitspraak van de verzekeringsgeneeskundige na ongeveer drie maanden van ziekteverzuim had betrekking op de mate waarin de fraktuur of de aandoening zou herstellen
   a. volledig herstel (58%)
   b. herstel met een blijvende restafwijking (18%)
   c. chronische toestand met periodiek herstel (15%)
   d. chronische stationaire toestand (7%)
   e. verslechtering (2%)

Deze vijfdeling is voor de berekening van de èta gereduceerd tot een driedeling: volledig herstel versus herstel met restafwijking versus chroniciteit.
De onderzochte populatie is dus als volgt gekenmerkt, dat ongeveer de helft jonger was dan 40 jaar, meer onderwijs heeft genoten dan alleen lagere school, en dienovereenkomstig werkzaam was in geschoolde arbeid.

Het is te verwachten dat deze variabelen met elkaar samenhangen. Leeftijd houdt vrij sterk verband met de gehuwde staat (r=.38), met een ziekte der bewegingsorganen (r=.30) en met een slechtere prognose van herstel (r=.30). Uiteraard correleren opleiding en beroep met elkaar (r=.66). Deze beide variabelen hangen met de overige genoemde kenmerken slechts zwak en negatief samen: alleen de correlatie tussen het beroep en de herstelprognose is signifikant (r=-.14). Verder tonen ook de diagnose en de herstelprognose een duidelijk verband met elkaar: vooral de ziekten van de bewegingsorganen hebben slechtere vooruitzichten op een goed herstel (r=.37).

6.1. De bevindingen betreffende de feitelijke ziekteduur.

In tabel 10 geven we de resultaten van de samenhangen tussen de basiskenmerken en de drie feitelijke verzuimmaten. De duur van het verzuim is uitgedrukt in het aantal dagen van verzuim. De onderzochte kenmerken hielden in vrijwel alle gevallen statistisch signifikant verband met de ziekteduur en de overgang naar de WAO.(Tabel 10, zie volgende pagina).

Vooral de prognose van herstel heeft een voorspellende waarde voor de duur van het verzuim. Indien we de zelfstandige invloed op de afhankelijke variabele onderzoeken van één variabele los van de andere, waarbij voor het gemak wordt afgezien van het lage meetniveau van de variabelen, blijken aan de hand van de beta-coëfficiënten slechts twee kenmerken van overwegende betekenis te zijn, namelijk het beroep van de betrokkene en het verwachte herstel. De leeftijd en de reden van de ziekmelding spelen nauwelijks meer een rol. Alleen wanneer het gaat om een afkeuring in verband met een WAO-uitkering is de leeftijd nog van enige betekenis. De hoogte van de multipele correlatie-coëfficiënten laat zien dat ongeveer een kwart van de te verklaren variantie van de afwezigheidsmaten voornamelijk voor rekening komt van de herstelprognose en het beroep. Tamelijk sombere vooruitzichten

voor de aandoening in kombinatie met ongeschoolde handarbeid brengen een lange ziekteduur met zich mee en zijn tevens in belangrijke mate verantwoordelijk voor de medische afkeuring.

Tabel 10: De samenhang tussen de feitelijke ziekteduur en de persoons- en ziektekenmerken uitgedrukt in èta, enkelvoudige, bêta en multipele correlatie-coëfficiënten (n=205).

	aantal volledige ziektedagen (weinig-veel)		aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen (weinig-veel)		Overgang naar de WAO (neen-ja)	
	r/èta	bêta	r/èta	bêta	r/èta	bêta
1. leeftijd (jong-oud)	*.19*	.05	*.22*	.09	*.29*	*.14*
2. opleiding (laag-hoog)	*-.19*	-.03	*-.16*	.03	*-.17*	.09
3. beroep (laag-hoog)	*-.27*	*-.17*	*-.22*	-.14	*-.21*	*-.21*
4. burg.staat(ongh.-gehuwd)	.10	.01	*.12*	.02	*.19*	.06
5. diagnose (ongeval-bewegingsorganen)	*.18*	.00	*.15*	-.04	*.25*	.05
6. prognose (gunstig-ongunstig	*.43*	*.39*	*.46*	*.42*	*.47*	*.39*
Multipele correlatie	-	*.48*	-	*.47*	-	*.53*
perc.verklaarde variantie		23%		23%		28%

Cursief wil zeggen $p < .05$.

6.2. De bevindingen betreffende de relatieve ziekteduur.

Wat de diskrepantie tussen de verwachte en de werkelijke ziekteduur betreft, blijkt de schatting van de respondent met géén van de persoonskenmerken of ziektekenmerken signifikant samen te hangen. Bij de toetsing van het verband zijn de oorspronkelijke diskrepantiescores aangehouden. (Voor tabel 11, zie volgende pagina).
Bij de schatting van de verzekeringsgeneeskundige spelen deze kenmerken wel een rol. Uitgezonderd iemands opleiding hebben alle variabelen een signifikant verband met de over- respektievelijk onderschatting van de verzuimduur.

Blijkbaar heeft de arts toch een vooroordeel over iemands arbeidsongeschiktheid bij de schatting van zijn verdere ziekteduur, omdat de bete-

kenis van deze kenmerken onvoldoende heeft meegeteld om tot een reële schatting te komen.

Tabel 11: De samenhangen tussen de over- en onderschatting van de ziekteduur door respondenten en door verzekeringsgeneeskundigen en de persoons- en ziektekenmerken, uitgedrukt in èta, enkelvoudige, bêta en multipele correlatie-coëfficiënten.

	De over- respektievelijk onderschatting van de ziekteduur (relatief te kort - relatief te lang)			
	volgens: de respondent (n=90)		volgens: de verzekeringsgeneeskundige (n=126)	
	r/èta	bêta	r/èta	bêta
1. leeftijd (jong-oud)	.06	-.02	*.27*	.14
2. opleiding (laag-hoog)	-.19	.04	-.04	.10
3. beroep (laag-hoog)	-.14	-.15	*-.24*	*-.23*
4. burg.staat(ongh.-gehuwd)	.15	.15	*.24*	.14
5. diagnose (ongeval-bewegingsorganen)	.05	-.02	*.24*	.11
6. prognose(gunstig-ongunstig	.18	.08	*.27*	.15
Multipele correlatie	-	.22	-	*.42*
Perc.verklaarde variantie		5%		17%

Cursief wil zeggen $p < .05$

Na partialisering blijkt vooral het beroep nog steeds van betekenis te zijn. Door de genoemde kenmerken tezamen wordt 17% van de variantie van deze afwezigheidsmaat verklaard ($p < .001$).

Wat het retrospektieve oordeel van de respondenten over de duur van het verzuim betreft (zie tabel 12), konstateren we met diagnose en herstelprognose signifikant een samenhang. De toetsing van het verband gebeurt met Kendall's tau, die gezien het ordinale karakter van de afhankelijke variabelen op deze plaats meer geëigend is. Vooral respondenten met een chronische aandoening van de bewegingsorganen waren van mening te laat weer aan het werk te zijn gegaan. Na partialisering van de samenhangen blijkt dat

met name de hogere beroepsgroepen tot dit oordeel van een te lange afwezigheid kwamen.

Tabel 12: De samenhangen tussen de terugblik van respondenten en verzekeringsgeneeskundigen en de persoons- en ziektekenmerken uitgedrukt in Kendall's tau, bèta en multipele correlatie-coëfficiënten.

	Het retrospektieve oordeel over de ziekteduur:			
	volgens: de respondent (n=140)		volgens:de verzekeringsgeneeskundige (n=205)	
	tau	bèta	tau	bèta
1. leeftijd (jong-oud)	.03	-.09	.07	-.04
2. opleiding (laag-hoog)	.02	-.12	-.10	.00
3. beroep (laag-hoog)	.08	*.26*	*-.14*	-.13
4. burg.staat(ongh.-gehuwd)	-.02	-.05	*.11*	.13
5. diagnose (ongeval-bewegingsorganen).	*.13*	.14	*.12*	.06
6. prognose (gunstig-ongunstig.	*.16*	.15	*.12*	.10
Multipele correlatie	-	.28	-	*.23*
Perc.verklaarde variantie.		8%		5%

Cursief wil zeggen p $<$ .05

Degenen, die in de ogen van de verzekeringsgeneeskundigen de "lang"-verzuimers waren, bleken vaker de gehuwden te zijn, ongeschoolde arbeid te verrichtten en te lijden aan een ziekte der bewegingsorganen met een tamelijk sombere herstelprognose. Hoewel de multipele correlatie-coëfficiënt nog net signifikant is op het 5%-niveau bleek géén van de bèta-coëfficiënten die drempel te overschrijden.

Konkluderend kunnen we zeggen dat enkele persoons- en ziektekenmerken van grote betekenis zijn voor de duur van het verzuim: met name een somber vooruitzicht op herstel van de aandoening of het letsel, in kombinatie met weinig geschoolde handarbeid, hebben een voorspellende waarde voor het aantal ziektedagen. Bij de overgang naar de WAO speelt bovendien de leef-

tijd een rol. Deze kenmerken blijken van minder belang wanneer het gaat om het prospektieve of retrospektieve oordeel van de respondent of de verzekeringsgeneeskundige.

Tot slot van dit hoofdstuk willen we ingaan op de geldigheid en betrouwbaarheid van de afhankelijke variabelen.

7. Geldigheid en betrouwbaarheid van de afhankelijke variabelen.

Over de geldigheid en betrouwbaarheid van de drie afwezigheidsmaten, die betrekking hebben op het aantal ziektedagen, is betrekkelijk weinig twijfel mogelijk. De vaststelling van de eerste en de laatste ziektedag is geschied aan de hand van de door de administratie van het GAK verstrekte gegevens. De door haar vermelde data zijn aangehouden voor de bepaling van de ziekteduur, omdat de navraag bij de respondenten naar het begin en het einde van het verzuim vaak een onnauwkeurig antwoord opleverde.

Ten aanzien van de vaststelling van de relatieve ziekteduur dienen wij ons goed te bezinnen op de vraag in hoeverre die variabelen een legitieme operationalisering vormen van onze theoretische bedoelingen en in hoeverre de meting ervan beïnvloed is door systematische en toevallige fouten. Zowel wat de schatting als het retrospektieve oordeel betreft, ging het om de afweging van de gevolgen van de aandoening of het ongeval tegen de aard van de werkzaamheden, in termen van het aantal noodzakelijk geachte verzuimdagen, zonder dat andere overwegingen zoals iemands onmisbaarheid voor zijn werk, of iemands huiselijke omstandigheden daarbij mochten meespelen. De achterliggende gedachte is dat op deze wijze de objektieve danwel subjektieve afwezigheidsnoodzaak voor iedere respondent wordt uitgeschakeld en dat het restant of het tekort aan ziektedagen in een zinvol verband gebracht kan worden met andere omstandigheden. Het ging om de afweging door de betrokkene. We zijn er van uitgegaan dat die afweging in principe mogelijk is wanneer er voldoende kennis bestaat over de aard van de werkzaamheden en de ernst van de lichamelijke beperking. Wat de kennis betreft veronderstelden we dat deze tamelijk duidelijk aanwezig was gezien het feit dat de diagnostische en therapeutische verrichtingen voor een belangrijk deel in de eerste maanden van arbeidsongeschiktheid zullen hebben plaatsgevonden. Deze gedachte bleek niettemin voor een betrekkelijk groot aantal respondenten te optimistisch: de onzekerheid over de aandoening en soms ook over de mogelijkheid van aangepast of ander werk was bij hen te groot om tot een uitspraak

over de verdere ziekteduur te komen. Hetzelfde was het geval bij de verzekeringsgeneeskundigen. In vele gevallen waren de respondenten en de verzekeringsgeneeskundigen het in dit opzicht met elkaar eens.

Indien we veronderstellen dat door de overigen een serieuze poging is gedaan om tot een schatting en beoordeling van de verzuimduur te komen, kunnen we dan enig inzicht krijgen in de vraag of die schatting en die beoordeling in overeenstemming met onze bedoelingen is geschied? Bij het doen van dit soort voorspellingen en retrospektieve oordelen kunnen allerlei faktoren van persoonlijke, sociale of toevallige aard een rol spelen, die irrelevant zijn of die geen invloed zouden behoren te hebben. Bijvoorbeeld iemands humeur op dat moment. Over de betrouwbaarheid van schattingen en beoordelingen, zoals door de respondenten en de verzekeringsgeneeskundigen zijn verricht, zouden we wellicht beter geïnformeerd zijn, indien we de beschikking hadden over meerdere beoordelingen van een en dezelfde verzuimduur. In het geval van de respondent is dit onuitvoerbaar. Wel zou het mogelijk zijn geweest om de verwachtingen van verschillende verzekeringsgeneeskundigen over de ziekteduur van een verzekerde te kombineren tot één schatting. Dit was om praktische redenen en vanwege het beslag leggen op andermans tijd niet haalbaar.

Over de kwestie van de validiteit willen we het volgende opmerken. Eerst wat betreft de schatting en de terugblik op de verzuimduur door de respondent. Indien er van een werkelijke afweging van de beide faktoren betreffende de aandoening en het beroep sprake is geweest, mogen we verwachten dat bepaalde persoons- of beroepskenmerken niet of nauwelijks zullen samenhangen met de over- of onderschatting. We denken hierbij aan iemands leeftijd en beroep waarmee rekening moet worden gehouden bij de schatting en de beoordeling van de ziekteduur. Ook de reden van de ziekmelding en de ernst van de aandoening in termen van de mate waarin volledig herstel mogelijk is, zou er weinig toe moeten doen. Hoewel onderschatting vanzelfsprekend verband houdt met het feitelijke aantal dagen zou zelfs de samenhang tussen over- en onderschattingen en feitelijke ziekteduur verre van volledig behoren te zijn. Ten aanzien van de respondent als beoordelaar van zijn eigen ziekteverzuim kunnen we deze vragen op grond van de voorgaande paragrafen positief beantwoorden.

Wat de schatting van de respondent betreft konstateerden we in het voorafgaande géén enkele signifikante samenhang tussen de onderzochte kenmerken betreffende zijn persoon en zijn aandoening of letsel èn de over-

respektievelijk onderschatting van de verzuimduur. Ook hield deze schatting niet in sterke mate verband met het feitelijke aantal ziektedagen of het al of niet WAO-gerechtigd worden. Dit beantwoordt dus redelijk aan onze bedoelingen om de invloed van leeftijd, beroep, diagnose en ernst van de aandoening op de ziekteduur zoveel mogelijk uit te schakelen. Wel is er overigens sprake van een verschil tussen degenen die wel een uitspraak deden en hen die zich daarvan onthielden. Vooral de respondenten met meer scholing hadden signifikant vaker wel een schatting gemaakt ($p < .01$). De leeftijd of de diagnose maakten in dit opzicht weinig verschil. Het gehuwd zijn en een slechtere herstelprognose hingen wat sterker samen met "geen schatting" (signifikantie op het 10%-niveau). De betekenis van deze kenmerken bleek verder evenmin groot voor het retrospektieve oordeel van de respondent, al gaven juist personen met een hoger geschoold beroep en met een chronische aandoening aan de bewegingsorganen vaker het oordeel van een relatief te lang verzuim. Deze uitkomst brengt overigens wel een komplikatie met zich mee doordat bij deze afhankelijke variabelen in tegenstelling tot de andere de kategorieën van het relatief te lange verzuim betrekking heeft op een andere groep van respondenten, namelijk de hogere beroepsniveaus. Het is daarom de vraag of de in hoofdstuk 4 gestelde hypothesen wel helemaal in de bedoelde zin van toepassing zijn. Bij de bespreking van de overige bevindingen komen wij hierop terug.

Ook wat de schatting en de terublik van de verzekeringsgeneeskundigen betreft veronderstelden we geringe samenhangen met de feitelijke duur van het verzuim en de genoemde persoons- en ziektekenmerken van de respondent. De uitkomst is evenwel dat vooral de schatting van de verzuimduur in sterke mate is gekoppeld aan de werkelijke duur van het verzuim. Ook de persoons- en ziektekenmerken korreleren signifikant met de diskrepantie-scores en de retrospektieve oordelen. Dit betekent dat de verzekeringsgeneeskundigen deze zaken in zekere zin "te licht" hebben gewogen.

Verder verwachtten we ten aanzien van de persoon van de verzekeringsgeneeskundige dat zij onderling weinig zullen verschillen in de mate van over- of onderschatting van de verzuimduren, of in de beoordeling van een te kort of te lang verzuim.

In totaal hebben 10 verzekeringsgeneeskundigen - een incidentele beoordeling door een tijdelijke waarnemer daargelaten - meegedaan aan de schatting en beoordeling van de verzuimduur van de in het onderzoek betrokken verzekerden. Per verzekeringsgeneeskundige varieerde het aantal

respondenten tamelijk sterk; dit wisselde de eerste keer van 6 tot 47 personen en de tweede keer van 11 tot 42 personen. Slechts in 57% van de gevallen bleek het prospektieve zowel als het retrospektieve oordeel over de verzuimduur van een respondent door dezelfde verzekeringsgeneeskundige te zijn gegeven. Dit kwam voornamelijk door een wisseling van rayons en door langdurige waarneming in verband met ziekte, vakatures of verandering van funkties. Wat de over- respektievelijk onderschatting betreft, bestonden er géén systematische verschillen tussen de verzekeringsgeneeskundigen onderling. Wel trad een signifikant verschil op ten aanzien van het punt van wel of geen schatting. Sommige verzekeringsgeneeskundigen waren vaker onzeker over het nog te verwachten verzuim bij hun patiënten dan hun kollega's. Ten aanzien van het retrospektieve oordeel maakte de persoon van de verzekeringsgeneeskundige niets uit. Het oordeel van te kort of te lang bleek niet gebonden te zijn aan bepaalde verzekeringsgeneeskundigen.

Op grond van bovenstaande bevindingen komen we tot de slotsom dat we in onze opzet redelijk geslaagd zijn. De persoon van de schatter of beoordelaar veroorzaakt geen systematische verschillen in de beoogde afhankelijke variabelen. Wel treedt bij de schattingen een storend verschil op tussen aan de ene kant de personen die wel en aan de andere kant hen die géén voorspelling deden over de verdere duur van het verzuim. Dit duidt tevens op de beperktheid van de schattingsvariabele, die door de uitval vanwege de "voortijdige" hervatting en vanwege de onzekerheid over de verdere verzuimduur slechts op een deel van de onderzochte groep betrekking heeft.

Hoofdstuk VII. De uitwerking van het onderzoeksmodel: de onafhankelijke of verklarende variabelen.

1. Inleiding.

In hoofdstuk 4 hebben we de determinanten van de ziekteduur in algemene termen omschreven. Zij zullen hier nader worden uitgewerkt aan de hand van de erop gerichte vragen. We zullen ingaan op de wijze waarop de antwoorden zijn verkregen, bewerkt en toegankelijk gemaakt voor de analyse. Het doel van de analyse is het verklaren van de variantie in het afwezigheids- of ziektegedrag. Gegeven de omvangrijke hoeveelheid informatie, vastgelegd in een groot aantal variabelen, werden we gedwongen tot enige reduktie ervan. Dit voerde ons tot de konstruktie van som- of indexvariabelen, waarbij dichotome of trichotome variabelen - in de regel zonder verdere weging van de scores - door eenvoudige optelling zijn samengevoegd. Het betreft dus vaak additieve indexen, welke geacht worden een bepaald aspekt of kenmerk van iemands houding of gedrag of van zijn omgeving te beschrijven. De toepassing ervan veronderstelt dat er sprake is van ordinaliteit (rangorde in de verkregen scores). In hoeverre deze veronderstelling kan worden gehandhaafd, hangt af van de vraag op welke variabelen een index is gebaseerd. De selektie geschiedt primair op theoretische gronden. In hoeverre ze ook in de praktijk met elkaar te maken hebben en op zinvolle wijze in één index of in één schaal kunnen worden ondergebracht, kunnen we onder andere nagaan met behulp van faktoranalyse. Met gebruikmaking van deze techniek, nader gespecificeerd als principale faktoranalyse met iteratie en kommunaliteitsschattingen gevolgd door varimax-rotatie (PA2 programma uit het Statistical Packet for the Social Sciences, SPSS) komen we er achter, welke items funktioneel met elkaar samenhangen. Op deze wijze komen we te weten in hoeverre bepaalde items of variabelen inderdaad een bepaald theoretisch begrip vertegenwoordigen. Voorts willen we nagaan hoe betrouwbaar of nauwkeurig een index is en of deze betrouwbaarheid kan worden verbeterd door weglating van één of meerdere variabelen. De beantwoording van deze vragen geschiedt aan de hand van de berekening van de betrouwbaarheids-coëfficiënten (Cronbach's α) welke uitgaat van het aantal variabelen en van de gemiddelde correlatie tussen de variabelen. De α-betrouwbaarheid is in wezen een schatting van de verwachte correlatie van de onderzochte index met een soortgelijke index, die evenveel variabelen be-

vat (Nunnally, 1967). Men kan deze α-coëfficiënt beschouwen als een maat voor de homogeniteit van de index. Een α-betrouwbaarheid kleiner dan .60 wordt als onvoldoende aangemerkt. Op deze manier besluiten we tot de definitieve samenstelling van een index-variabele of schaal. Deze werkwijze leidt tot een aanmerkelijke data-reduktie die een efficientere analyse van de samenhangen mogelijk maakt.

Bij de bespreking van de verklarende faktoren volgen we de indeling uit hoofdstuk 4, § 15. Eerst komt de binding aan de ziekerol en arbeidsrol aan de orde. Vervolgens worden de psychosociale belasting en het verweer daartegen besproken. Daarna besteden we aandacht aan de positie van het bedrijf waar iemand werkzaam was ten tijde van de ziekmelding, en het sociaal-kulturele en -ekonomische klimaat van iemands woongemeente. Tenslotte volgen de kenmerken betreffende iemands jeugdsituatie en zijn beroepskarriere (zie voor een overzicht van de onafhankelijke variabelen bijlage 1).

2. De binding aan de ziekerol.

Onder deze noemer hebben we een aantal zaken samengebracht, die direkt te maken hebben met iemands beleving en ervaring van zijn ziektesituatie. Ze geven weer, hoe in zijn ogen de stand van zaken was toen reeds drie tot vier maanden van verzuim waren verstreken, hoe hij zijn ziek zijn beoordeelde, hoe de behandeling van zijn aandoening of letsel was verlopen, welke perspektieven hij nog had, hoe zijn naaste omgeving hem beschouwde, enzovoorts. Een dergelijke evaluatie van iemands gezondheidstoestand geeft een indikatie van zijn subjektieve afwezigheidsnoodzaak. Naarmate deze sterker is achten we ook de kans op een langere ziekteduur aanwezig. We zullen nu de faktoren die iemand aan de ziekerol binden, bespreken.

2.1. De perceptie van de ziekte of de handicap.

Het ging hier om een aantal vragen over de gezondheidsklachten en hun relatie met het al of niet kunnen werken. Het betrof dus alleen de gezondheidsklachten, die de aanleiding vormden tot de ziekmelding. De volgende vijf aspekten namen we in aanmerking voor de konstruktie van één index: (zie hiervoor de volgende pagina).
Bij de overgrote meerderheid waren de klachten al duidelijk verminderd en bestond er goede hoop op een volledig herstel van de eigen werkzaamheden.

	geen last meer of duidelijk minder last	*enigszins nog/ minder last*	*evenveel of meer last*
1. *Een oordeel over het verloop van de gezondheidsklachten sinds de ziekmelding.*	143 (70%)	16 (8%)	46 (22%)
2. *De verwachting omtrent het verloop van de klachten in de toekomst.*	*geen last* 95 (46%)	*af en toe last, onzeker daarover* 58 (29%)	*voortdurend last* 52 (25%)
3. *De verwachting omtrent gehele of gedeeltelijke hervatting van de eigen werkzaamheden.*	*volledige hervatting* 159 (78%)	*gedeeltelijke hervatting; onzeker* 28 (13%)	*hervatting onmogelijk* 18 (9%)
4. *De beoordeling op de dimensie ziek-gezond (7 puntsschaal).*	*"gezond"* 99 (48%)	- 55 (27%)	*"ziek"* 51 (25%)
5. *De beoordeling op de dimensie gehandicapt-niet gehandicapt (7-puntsschaal).*	*"niet gehandicapt"* 79 (38%)	81 (40%)	*"wel gehandicapt"* 45 (22%)

Niettemin meende een kwart van de respondenten voortdurend last te zullen houden van de ondervonden gezondheidsklachten. Over het algemeen vond men zichzelf vaker "gezond" dan "niet-gehandicapt". Deze beide dimensies betreffende de gezondheid en de handicap stonden tamelijk los van elkaar: de onderlinge samenhang is betrekkelijk zwak, namelijk r=.17. Verwonderlijk is dit niet, omdat eenderde van de respondenten niet leed aan een ziekte maar een ongeval had gehad. De beoordeling betreffende het al of niet gehandicapt zijn hing sterker met de toekomstverwachting omtrent de werkhervatting samen, dan het ziek-gezond oordeel (r=.44 versus r=.28).
De bovengenoemde vijf aspekten behoren blijkens de resultaten van de faktoranalyse duidelijk tot één gemeenschappelijke dimensie. De eerste ongeroteerde faktor heeft een eigenwaarde van 2,4 welke 48% van de te verklaren variantie bindt (de enige faktor met eigenwaarde groter dan 1). De faktorladingen van de items variëren van .46 tot .72 (gemiddelde .58). De interne konsistentie van de resulterende index, bestaande uit deze vijf variabelen, is redelijk.

De betrouwbaarheids-coëfficiënt bedraagt α =.71. Een hoge score op deze index geeft een somber verwachtingspatroon weer ten aanzien van het herstel. Verondersteld wordt dat dit gepaard zal gaan met een (relatief)lange ziekteduur.

2.2. De perceptie van het behandelingsplan.

De diagnostische en therapeutische verrichtingen vonden in het algemeen in de eerste maanden van een ziekteperiode plaats. Wat dit betreft blijkt dat:

- 35% moest worden opgenomen in een ziekenhuis,
- in ongeveer één op de drie gevallen de opname uitsluitend bedoeld was voor onderzoek; bij de overigen ging het om een chirurgische ingreep,
- 62% een fysiotherapeutische behandeling had ondergaan (of nog onderging) en 43% een medicamenteuze therapie was voorgeschreven,
- 82% kontakt had gehad met de huisarts, en tenslotte dat
- 30% na drie maanden géén kontakt meer had met welke behandelaar dan ook; en dat de helft van deze groep respondenten toen het werk nog niet had hervat.

We zullen nu nagaan hoe men dacht over deze behandeling en in hoeverre men er tevreden mee was. We richten ons op een zestal punten, dat tijdens het interview uitvoerig aan de orde is geweest.

	neen, slechts ten dele	*ja, duidelijk*
1. *Is er informatie verstrekt over de aandoening of de handicap?*	98 (48%)	107 (52%)
2. *Is de aard van de aandoening of de handicap voor de respondent duidelijk?*	*neen, slechts ten dele* 84 (41%)	*ja, duidelijk* 121 (59%)
3. *Is er informatie verstrekt over de te verwachten duur van de klachten?*	*neen* 101 (49%)	*ja* 104 (51%)
4. *Is er informatie verstrekt over de gevolgen voor het verrichten van de vroegere werkzaamheden?*	*neen* 101 (49%)	*ja* 104 (51%)
5. *Is er al gesproken over de termijn van werkhervatting?*	*neen* 113 (55%)	*ja* 92 (45%)
6. *Is de respondent tevreden over de behandeling tot nu toe?*	*neen, slechts ten dele* 83 (40%)	*ja, duidelijk* 122 (60%)

Uit de verdeling van de antwoorden blijkt direkt al dat bij ongeveer de helft van de respondenten na drie tot vier maanden ziektewet nog grote onzekerheid bestond over wat er precies met hen aan de hand was. Daaruit is gemakkelijk af te leiden dat een betrekkelijk groot aantal respondenten klaagde over de wijze waarop zij werden behandeld: 35% formuleerde een omschreven klacht. Deze golden niet zozeer de persoon van de behandelaar, zoals de huisarts of de specialist, als de organisatie van de medische behandeling. Het ging bijvoorbeeld om het uitstel van een opname, wachttijden, een diskrepantie tussen de uitspraken van de verschillende behandelaars, geringe effektiviteit van de behandeling, het gevoel met een kluitje in het riet te worden gestuurd, etc. Dit soort klachten kwam voor bij 27% van de respondenten. Klachten, die meer gericht waren op de behandeling en/of de persoon van een behandelaar, waren minder frekwent: in 5% respektievelijk 7% hadden deze betrekking op de huisarts en de specialist. Over de houding en het optreden van de GAK-arts was 4% ontevreden; over de fysiotherapeut was één percent niet tevreden. Bij hen bestond het gevoel, dat de arts niet geheel open stond voor hun gezondheidsproblemen en onvoldoende informatie verstrekte. Kortom, dat er iets schortte aan de onderlinge kommunikatie.

De samenhangen tussen de zes bovengenoemde variabelen zijn betrekkelijk zwak; de correlaties variëren tussen .10 en .30, met een uitschieter naar boven (variabele 1 en 2: r=.83) en naar beneden (variabele 1 en 5: r =.02). Tevredenheid met de behandeling hing signifikant samen met verstrekking van informatie.

De faktoranalyse laat twee ongeroteerde faktoren zien met een eigenwaarde groter dan 1. De eerste faktor met een eigenwaarde van 2,2 verklaart 36% van de variantie. De faktorladingen van de items variëren van .15 tot .94 (met een gemiddelde van .46). Na rotatie verschijnen twee dimensies, die zijn te benoemen als "algemene duidelijkheid" (variabele 1 en 2) en als "specifieke duidelijkheid" (variabelen 3,4 en 5). De variabele van tevredenheid met de behandeling laadt ongeveer even hoog op beide faktoren. Ondanks dit verschil nemen we deze zes variabelen in één index op.*

* De lading van het vijfde item (is er al gesproken over de termijn van werkhervatting) op de eerste ongeroteerde faktor van .15 rechtvaardigt feitelijk niet de opneming ervan in de index. Door onachtzaamheid is dit toch geschied. Alle bewerkingen waren echter al uitgevoerd voordat ik mij ervan bewust werd, dat deze fout was gemaakt. Ik heb het hier toen bij gelaten.

De betrouwbaarheids-coëfficiënt ligt daardoor op een relatief laag niveau, namelijk α =.61. Een hoge score op de index duidt in dit geval op tamelijk veel zekerheid omtrent de aard en gevolgen van de lichamelijke stoornis en tevredenheid met de behandeling.
We verwachten een gunstig effekt hiervan op de ziekteduur, dat wil zeggen een (relatief) kort verzuim.

2.3. Het gedrag dat de patiënt vertoont om klaarheid te verkrijgen over het behandelingsplan.

De centrale vraag was in hoeverre mensen die gekonfronteerd worden met vaak tamelijk ernstige en vervelende aandoeningen of letsels, neigen tot berustend afwachten danwel tot aktief reageren op hun situatie. Bijvoorbeeld door enige zekerheid te verkrijgen over de aard en gevolgen van hun lichamelijke stoornis. Daardoor kan iemand anticiperen op wat hem te wachten staat en maatregelen treffen, die zijn herstel kunnen bevorderen. De vragen die hierop waren gericht, sluiten aan bij die over de perceptie van het behandelingsplan. De hieronder genoemde aspekten geven aan of iemand al of niet in een situatie van onduidelijkheid, onzekerheid en gebrek aan informatie daadwerkelijk een verandering heeft nagestreefd.

	neen	*ja*
1. *zelf informeren naar de te verwachten genezingsduur van de aandoening of het letsel.*	90 (44%)	115 (56%)
2. *Zelf informeren naar de gevolgen voor het verrichten van de eigen werkzaamheden.*	102 (50%)	103 (50%)
3. *Zelf informeren naar de termijn van gehele of gedeeltelijke werkhervatting.*	106 (52%)	99 (48%)
4. *Zelf ondernemen van één of andere aktie ten aanzien van de ziektesituatie*	134 (65%)	71 (35%)

Met het laatste punt wordt bedoeld dat mensen uit eigen beweging informeerden naar hun plaats op de wachtlijst, of tijdig hun arts op de hoogte stelden als zich veranderingen in hun gezondheidstoestand voordeden, of een andere arts raadpleegden wanneer ze bij ondervonden behandeling weinig baat vonden, of bij hun werkgever informeerden naar (tijdelijk) aangepast werk.

Een grote groep van respondenten bleek tamelijk afwachtend te reageren. Hierboven is er al op gewezen dat er vaak onzekerheid heerste over de aard en gevolgen van de stoornis. Om de een of andere reden wekte dit weinig verzet. Kennelijk aksepteert men onzekerheid en wacht men maar af hoe het verder zal lopen.

Deze gedragsitems houden onderling verband: de correlatie coëfficiënten variëren van .18 tot .39, uitgezonderd de samenhang tussen variabele 1 en 4: r=.09. Faktoranalyse wees op één duidelijke dimensie. De faktorladingen van de items op de eerste ongeroteerde faktor (met een eigenwaarde van 1,8 en 46% verklaarde variantie) variëren tussen .32 en .64 met een gemiddelde van .53. De homogeniteit van de index gebaseerd op deze vier variabelen is evenwel betrekkelijk laag: de betrouwbaarheids coëfficiënt bedraagt α =.60.
We verwachten dat zulk aktief gedrag een gunstig effekt zal hebben op de afhankelijke variabelen: het verzuim zal (relatief) korter uitvallen.

2.4. De beleving van de afwezigheid van het werk.

De ervaring van langdurig niet de normale dagelijkse werkzaamheden te kunnen verrichten, is in de volgende vragen onder woorden gebracht. Ze hebben betrekking op de eerste drie à vier maanden in de ziektewet.

	neen	*enigszins*	*duidelijk*
1. *Werd de afwezigheid van het werk als een probleem ervaren?*	160(78%)	23 (11%)	22 (11%)
	neen, zelfs plezierig	*neen, neutraal*	*ja, duidelijk negatief*
2. *Werd de aanwezigheid thuis door de huisgenoten ervaren als een probleem?*	106(52%)	72 (35%)	27 (13%)
	neen	*ten dele*	*ja*
3. *Had men moeite om de dag om te krijgen?*	131(64%)	47 (23%)	27 (13%)

Uit de antwoorden blijkt dat slechts een minderheid het echt moeilijk had in deze periode. Het overgrote deel wist zich tamelijk goed te redden met allerlei bezigheden en had weinig moeite om de tijd door te komen. Indien bij de follow-up de gehele ziektewetperiode in aanmerking wordt genomen, blijkt dit oordeel overigens veel negatiever uit te vallen. Dan zegt ongeveer 55% met het niet werken enige tot duidelijke problemen te hebben gehad.

Vooral de gevoelens van verveling blijken verband te houden met de negatieve reakties van de huisgenoten (r=.28) en in mindere mate met de ervaring van de afwezigheid van het werk (r=.14). Dit laatste hangt niet samen met de negatieve reakties van de huisgenoten (r=.04). De op basis van deze drie variabelen gebaseerde index bezit zo'n lage betrouwbaarheidscoëfficiënt α =.36 dat we besloten de items afzonderlijk in de analyse op te nemen. Misschien is het zo dat een negatieve beleving ertoe kan leiden dat iemand de ziekteduur zowel zo kort mogelijk houdt als lang laat uitlopen. We kunnen ons voorstellen dat de wisselwerking tussen lichamelijk ongemak en geestelijk onwelbevinden het karakter heeft van een vicieuze cirkel waarin het een het ander versterkt.
Ten aanzien van het effekt op de (relatieve) ziekteduur kunnen we niet zonder meer een rechtlijnig verband veronderstellen, in die zin dat een negatieve beleving positief samenhangt met een langere verzuimduur. Het hangt vermoedelijk mede af van iemands arbeidsomstandigheden of een dergelijk effekt zal optreden.

2.5. De ziekteperceptie door iemands naaste omgeving.

Het gaat hier om het verschil tussen de beoordeling van de mate van ziek en gehandicapt zijn door de respondent zelf en wat volgens hem de levenspartner of de huisgenoten ervan denken. Hierbij wordt tevens de vraag betrokken naar wat volgens de mening van de respondent die anderen dachten over zijn kansen op herstel.

	gunstiger	*even(on) gunstig*	*ongunstiger*
1. *De verwachting van de omgeving omtrent iemands herstel voor zijn werk.*	4 (2%)	178(87%)	23 (11%)
	gunstiger	*even(on) gunstig*	*ongunstiger*
2. *De beoordeling van de omgeving op de dimensie ziek-gezond (7 puntsschaal)*	16 (8%)	178(87%)	11 (5%)
	gunstiger	*even(on) gunstig*	*ongunstiger*
3. *De beoordeling van de omgeving op de dimensie gehandicapt-niet gehandicapt (7 puntsschaal)*	24 (11%)	153(75%)	28 (14%)

De overgrote meerderheid van de respondenten zag geen verschil tussen het eigen oordeel en dat van de naaste omgeving. Daar waar wel verschillen

optreden hangen deze niet onderling met elkaar samen. De correlatie-coëfficiënten zijn alle lager dan .10. Samenvoeging van deze variabelen levert dan ook geen homogene index op (de α -coëfficiënt bedraagt slechts .15). We zullen deze variabelen daarom afzonderlijk in de analyse beschouwen.
Te verwachten valt dat een ongunstiger beoordeling door de naaste omgeving een vertragend effekt zal hebben op de werkhervatting. Het is denkbaar dat raadpleging van de huisgenoten in die gevallen eerder kan leiden tot uitstel van de herstelmelding en derhalve tot een langere ziekteduur.

3. De binding aan de arbeidsrol.

Op analoge wijze als in de vorige paragraaf is geschied, stellen wij hier een aantal zaken aan de orde die verbonden zijn met de arbeidspositie van de betrokkene. Ze hebben betrekking op het werk en de werksituatie van de respondent vóór de ziekmelding.

3.1. De algemene arbeidsoriëntatie.

Het gaat om zeven items die bedoeld zijn om iemands algemene houding tegenover werken te meten.
Het eerste item was in de vorm van een vraag aan de respondent gesteld ("Hoe belangrijk is voor U het werken in Uw leven vergeleken met andere zaken zoals het gezin, bezigheden in de vrije tijd"). De overige betroffen uitspraken die,precies zoals de hieronder vermelde, aan de respondent werden voorgelegd met de antwoordmogelijkheden van mee eens, ten dele mee eens en oneens.

	minder belangrijk dan andere zaken	*even belangrijk als andere zaken*	*de belangrijkste plaats*
1. *Prioriteit van het werken in iemands leven*	58 (28%)	79 (39%)	68(33%)
	oneens	*ten dele mee (on)eens*	*mee eens*
2. *In je werk moet je je voor 100% geven.*	3 (2%)	26 (13%)	176(86%)
	oneens	*ten dele mee (on)eens*	*mee eens*
3. *Niet echt aan het werk zijn is iets wat me erg dwarszit.*	36 (18%)	45 (22%)	124(60%)
	mee eens	*ten dele mee (on)eens*	*oneens*
4. *Het werk is meer een middel dan een doel op zichzelf.*	75 (37%)	69 (33%)	61(30%)

5. *Werken geeft je een gevoel van zelfrespekt*	*oneens* 26 (13%)	*ten dele mee (on)eens* 24 (12%)	*mee eens* 155 (75%)
6. *Mijn werk is wezen mijn hobby*	*oneens* 90 (44%)	*ten dele mee (on)eens* 42 (20%)	*mee eens* 73 (36%)
7. *Bij voldoende financiële middelen zou ik ophouden met werken*	*mee eens* 35 (17%)	*ten dele mee (on)eens* 28 (14%)	*mee eens* 142 (69%)

Deze zeven variabelen zijn tot één somvariabele samengevoegd. De onderlinge correlaties tussen de items variëren van .06 tot .32. Alle items laden duidelijk op één faktor (ladingen van .31 tot .60 met een gemiddelde van .46). De homogeniteit van de index is betrekkelijk laag: de betrouwbaarheidscoëfficiënt bedraagt α =.62. Hoe hoger de score op de index des te sterker is de positieve instelling ten opzichte van arbeid.
We verwachten dat een positieve instelling samengaat met een kortere ziekteduur.

3.2. De specifieke oriëntatie op de arbeid.

De meer specifieke gerichtheid op het werk dat de respondent verrichtte, wordt aan de hand van de twee volgende vragen onderzocht.

	weinig	*matig*	*veel*
1. *Plezier in het werk*	10 (5%)	24 (12%)	171(83%)
2. *Liever ander werk willen doen.*	*ja* 46 (22%)	*twijfel* 9 (5%)	*neen* 150(73%)

Maar liefst 83% vond een duidelijke bevrediging in het werk. Ongeveer een kwart van de respondenten zou wel iets anders willen doen. Het meerendeel van hen zocht het in een ander soort werk. De reden voor deze wens naar verandering lag voornamelijk in de gezondheid (bij 15 personen) en/of in de fysieke werkomstandigheden (bij 18 personen). Onvrede met het salaris, moeilijkheden met collega's of de baas, of de afstand tussen het woon- en werkmilieu speelden een veel geringere rol. Hoewel 46 personen openlijk de wens tot verandering te kennen gaven, had nog niet de helft hierover infor-

matie ingewonnen of elders gesolliciteerd.

De beide variabelen, waarvan de correlatie-coëfficiënt r=.47 bedraagt nemen we samen tot één index.
De veronderstelling over de (relatieve) ziekteduur is bij de specifieke oriëntatie op het werk hetzelfde als bij de algemene. Misschien zal het verband zich bij deze index nog iets sterker manifesteren.

3.3. De sociale verhoudingen op het werk.

De omgang met en de waardering voor elkaar zoals deze door de respondent werden beleefd, vormen de kern van de index die de sociale verhoudingen op het werk tracht te beschrijven.

	neen	*ja*
1. *Waardering van de kant van de chef/ baas voor het werk van de respondent*	36 (18%)	169 (82%)
2. *Waardering van de kant van de collega's voor het werk van de respondent*	*neen* 20 (10%)	*ja* 185 (90%)
3. *Omgang met de collega's op het werk.*	*(gedeeltelijk) onprettig* 17 (8%)	*prettig* 188 (92%)
4. *Omgang met de chef/baas op het werk.*	*(gedeeltelijk) onprettig* 44 (21%)	*prettig* 161 (79%)

Vooral de omgang met de chef of de baas werd nogal eens gebrekkig genoemd. Ongeveer eenvijfde van de respondenten had daarop wel iets aan te merken. Dit lag in het algemeen veel gunstiger bij de collega's. Vaak strekten de kontakten zich ook uit tot buiten het werk: 40% ging weleens bij een collega op bezoek of ontving hem zelf. De correlaties tussen deze variabelen varieerden van .19 tot .58. Faktoranalytisch is een gemeenschappelijke dimensie aantoonbaar (faktorladingen van .50 tot .82). De α -betrouwbaarheid bedraagt .68. Hoe hoger de score op de index hoe plezieriger de verhoudingen op het werk zijn. We verwachten bij mensen met een hoge score op deze index een (relatief) korte verzuimduur.

3.4. De ziektekontakten vanuit het bedrijf met de patient.

De belangstelling die de patiënt ondervond van de kant van het bedrijf sluit nauw bij het voorgaande aan. Deze kan blijken uit bezoeken van

collega's of van de chef, een attentie van de personeelsvereniging of telefonische kontakten. Een dergelijke belangstelling is vermoedelijk een belangrijke faktor bij het herstel. We hebben daarom veel aandacht geschonken aan de wijze waarop het bedrijf de relaties onderhield met langdurig zieke werknemers. De volgende vragen aan de respondent die uitsluitend betrekking hadden op de eerste maanden van het verzuim, dienen als indikator voor de mate van belangstelling voor de respondent vanuit het bedrijf.

	geen bezoek	*1-4 bezoeken*	*5 of meer bezoeken*
1. *Het aantal bezoeken/kontakten van de kant van collega's*	61 (30%)	94 (46%)	50 (24%)
2. *Het aantal bezoeken/kontakten van de kant van chef/baas.*	*geen bezoek* 87 (42%)	*1-2 bezoeken* 77 (38%)	*3 of meer bezoeken* 41 (20%)
3. *Het oordeel van de respondent over de belangstelling van de kant van collega's.*	*te weinig* 41 (20%)	*matig* 40 (20%)	*goed* 124 (60%)
4. *Het oordeel van de respondent over de belangstelling van de kant van de chef/baas*	*te weinig* 54 (26%)	*matig* 45 (22%)	*goed* 106 (52%)
5. *Het oordeel van de respondent over de gebleken belangstelling.*	*meer belangstelling verwacht* 41 (20%)	*niet meer verwacht* 141 (69%)	*minder belangstelling verwacht* 23 (11%)

Ongeveer eenderde van de ondervraagde respondenten had volgens eigen opgave gedurende de eerste drie tot vier maanden niets van het bedrijf gehoord. Ongeveer 60% van hen oordeelde gunstig over de gebleken belangstelling. Maar 20% was min of meer teleurgesteld, omdat ze van hun collega's en vooral ook van hun chef meer aandacht hadden verwacht.
De vijf genoemde variabelen correleren tamelijk sterk: de r wisselt van .30 tot .77. De laatste correlatie heeft betrekking op de samenhang tussen de belangstelling van de kant van de collega's en van de kant van de chef.

De faktor-analyse toont één ongeroteerde faktor met een eigenwaarde van 3,0 (de faktorladingen variëren van .29 tot .74 met een gemiddelde van .53). De homogeniteit van deze index is tamelijk groot vergeleken bij die hiervoor werden besproken , α =.83. Een hoge score duidt op relatief veel kontakten die verondersteld worden samen te gaan met een (relatief) korte ziek-

teduur.

3.5. Werkaspekten die in verband met de lichamelijke beperking een ekstra belemmering vormen.

De aard van de werkzaamheden kan een ekstra belemmering vormen voor iemands terugkeer naar zijn werk. We hebben hierbij het oog op de volgende aspekten.

	ja	*neen*
1. *veel zitten*	56 (28%)	149 (72%)
	neen	*ja*
2. *veel staan en lopen*	79 (38%)	126 (62%)
	neen	*ja*
3. *veel tillen en sjouwen*	119 (58%)	86 (42%)
	neen	*ja*
4. *werken in ongemakkelijke houding*	143 (70%)	62 (30%)
	neen	*ja*
5. *lawaaierig, vuil, ongezond en/of gevaarlijk werk*	136 (66%)	69 (34%)
	neen	*ja*
6. *lichamelijk zwaar werk*	110 (54%)	95 (46%)

Deze aspekten van het werk hangen tamelijk nauw met elkaar samen. Met uitzondering van de samenhang tussen variabele 2 en 4 (r = .06) variëren de overige correlaties van .15 tot .70. We veronderstellen dat elk van de genoemde items tot een klasse van indikatoren behoren met dezelfde voorspellende waarde voor de ziekteduur. Deze veronderstelling lijkt ons aannemelijk waar het hier gaat om een bepaalde soort van lichamelijke stoornis namelijk een funktionele beperking van het bewegingsapparaat. Een van de belangrijkste medische adviezen voor een spoedig herstel bij dit soort handicaps betreft vaak de afwisseling van lichaamsbeweging die door de aard van het werk niet zelden onmogelijk wordt gemaakt. Het ging hier niet om de beleving van de respondent maar om een zakelijke beschrijving van zijn dagelijkse werkzaamheden op grond waarvan het antwoord is vastgesteld; "veel" duidt op meer dan de helft van de werktijd. Faktoranalyse toont één duidelijke dimensie waarop de items een lading bezitten van .31 tot .79 (de gemiddelde faktor-

lading is .58). Ook de betrouwbaarheids-coëfficiënt valt redelijk gunstig uit: α =.73. Hoe hoger de score op de index des te meer werkaspekten zijn er die in verband met de lichamelijke beperking de hervatting van de werkzaamheden kunnen verhinderen. We verwachten daarom een verband met een lange ziekteduur.
Voorzover het de relatieve ziekteduur betreft veronderstellen we geen verband met de werkaspekten (geen signifikante correlatie-coëfficiënt), omdat hiermee bij de schatting en de terugblik van de respondent en de verzekerings geneeskundige al rekening moest worden gehouden.

3.6. Overige aspekten van het werk.

In deze paragraaf worden tenslotte nog een aantal andere werkomstandigheden aan de orde gesteld, die te maken hebben met iemands funktioneren in zijn werksituatie: de vrijheid van handelen die iemand wordt gelaten en het beroep dat vanuit de werksituatie op iemand wordt gedaan. Tevens vroegen we inhoeverre iemand zijn werk aan kon en in hoeverre het werk hem psychisch belastte. Daarbij hebben we onderscheid gemaakt tussen de werkbelasting die in de ogen van de respondent voornamelijk door de aard van de werkzaamheden wordt veroorzaakt en die welke voornamelijk aan de eigen instelling ten opzichte van dat werk wordt toegeschreven. Het betreft de volgende tien aspekten.

	neen	*ja*
1. *Werken aan de lopende band.*	195 (95%)	10 (5%)
	neen	*ja*
2. *Werken in ploegendienst.*	154 (75%)	51 (25%)
	(vrij)veel	*weinig,niets*
3. *Zelf regelen van eigen werkzaamheden*	151 (74%)	54 (26%)
	neen	*ja*
4. *Periodiek en/of geregeld verrichten van overwerk.*	125 (61%)	80 (39%)
	neen	*ja*
5. *Uithuizigheid in verband met de werkzaamheden.*	193 (94%)	12 (6%)
	neen	*ja,enigszins*
6. *Onmisbaarheid van de respondent op het werk.*	130 (63%)	75 (37%)
	neen	*ja, soms*
7. *Onzekerheid van de respondent over de werktaak.*	188 (92%)	17 (8%)

	neen	*ja*
8. *Druk in het werk vanwege de aard der werkzaamheden*	142 (69%)	63 (31%)
	neen	*ja*
9. *Druk in het werk vanwege de eigen persoonlijke instelling.*	181 (88%)	24 (12%)
	neen	*ja*
10. *Druk in het werk vanwege de aard der werkzaamheden zowel als de eigen instelling*	148 (72%)	57 (28%)

Het valt op, dat driekwart van de ondervraagden meent over tamelijk veel vrijheid in het werk te beschikken. 40% verrichtte periodiek of geregeld overwerk. Ruim 60% voelde zich niet onmisbaar in zijn werk en meende dat anderen hem vrij gemakkelijk konden vervangen. Niettemin had ruim tweederde van de respondenten het idee het druk te hebben in hun werk, vooral ploegendienst en overwerk gaven daartoe aanleiding. Verder bleken ook mensen die min of meer onmisbaar waren voor hun werk het druk te hebben. Zij gaven overigens wel aan dat niet alleen aan het werk te wijten maar ook aan hun eigen instelling.

Faktoranalyse wees uit dat een samenhangende struktuur van deze variabelen ontbrak. De index bezat géén enkele homogeniteit. De variabelen zullen derhalve in de analyse afzonderlijk worden meegenomen.
Van elk van deze werkaspekten kan enige invloed uitgaan op de ziekteduur. In de regel zal dat een verlenging ervan betekenen, met uitzondering van de variabelen betreffende iemands vrijheid in het werk en iemands onmisbaarheid voor het werk die juist verkortend op de ziekteduur in kunnen werken.

4. De indikatoren voor de psychosociale belasting of "stress".

4.1. Inleiding; de typologie van gebeurtenissen en problemen.

De minitieuze screening van belastende omstandigheden in het levenspatroon van de ondervraagde respondenten heeft een grote hoeveelheid van gebeurtenissen en problemen opgeleverd. In totaal zijn voor de gehele onderzoeksperiode van 21 maanden bijna 1500 gebeurtenissen en problemen door het panel beoordeeld. Wat als een gebeurtenis of een probleem gold was omschreven aan de hand van een vooraf opgestelde typologie, die grotendeels was ontleend aan Brown (1974);zie ook Ormel en Wiersma 1976.

De klassifikatie van gebeurtenissen was als volgt:

1. Rolveranderingen zoals verkering of verloving (of verbreking daarvan), huwelijk, scheiding, zwangerschap, geboorte, begin of einde van een opleiding, verandering van studierichting, het (weer) aanvangen met werken, verandering in of van de werksituatie (promotie of degradatie). Verlies van werk, afkeuring, detinering, pensionering.
2. Veranderingen betreffende de gezondheid: ontstaan van ziekten, opname in een ziekenhuis, ontslag daaruit, chirurgische ingreep, miskraam, abortus, dood, ongeval.
3. Interaktieveranderingen: zoals belangrijke toe- of afname van kontakten met signifikante anderen, nieuwe kontakten, verlies van een kontakt, woonplaatsverandering, verhuizing binnen de woonplaats.
4. Krisisgebeurtenissen:zoals kontakt met de politie, verschijning voor de rechtbank, inbraak, verlies van of schade aan eigendommen.
5. Belangrijk nieuws over gebeurtenissen die al hebben plaatsgevonden of nog zullen plaatsvinden.
6. Belangrijke beslissingen betreffende het werk, huwelijk, gezondheid, huisvesting.
7. Financiële gebeurtenissen waarbij het vooral gaat om gebeurtenissen waarbij het financiële aspekt op de voorgrond staat zoals het afsluiten van een hypotheek of het winnen van een grote som gelds.

De problemen waren eveneens in 7 typen ingedeeld:

1. strikt persoonlijke problemen zoals sterke eenzaamheidsgevoelens, minderwaardigheidsgevoelens, gevoelens van diepe teleurstelling, van angst of depressie.
2. Relationele, interpersoonlijke problemen zoals een onbevredigende (sexuele) relatie met de partner, slechte verhouding met gezins- of familieleden, slepende ruzies met buren, ongewilde kinderloosheid.
3. Gezondheidsproblemen zoals chronische lichamelijke klachten of klachten van psychosomatische aard (rug-, maag-, hartklachten), langdurige revaliderende behandeling.
4. Huisvestingsproblemen zoals een in slechte staat verkerende woning, verval van de buurt door afbraak en leegstand, te kleine behuizing, inwoningsproblemen, lawaai- of stankoverlast.
5. Werkproblemen zoals slechte verhoudingen op het werk, grote belasting door het werk, ploegendienst, onzekerheid over bedrijfssluiting of werkloos-

heid.

6. Financiële problemen zoals hoge lasten van een hypotheek, alimentatie, afbetaling van schulden, een laag inkomen (rond het minimumloon) in verhouding tot de gezinsgrootte.
7. Problemen met de politie/justitie zoals detentie, regelmatig surveillance door de politie, het hebben van een strafblad.

Deze typologie geeft in grote lijnen aan welke omstandigheden voor iemand belastend kunnen zijn, maar bevat niet voldoende mogelijkheden om zonder meer tot de vaststelling van een gebeurtenis of een probleem te komen. Daarvoor zijn andere regels of instrukties noodzakelijk. Die regels betreffen de volgende drie punten:

a. de minimale hoeveelheid dreiging of aanpassing (d.i. stress-inducerend vermogen) die de gebeurtenis of het probleem relevant maken. Dit noemen we de drempelwaarde.
b. de kring van personen (buiten de respondent) op wie gebeurtenissen en situaties betrekking hebben en die belangrijk genoeg zijn voor de respondent om de drempelwaarde van het stress-inducerend vermogen voor hem te overschrijden.
c. de toepassing van bepaalde regels in niet voorziene uitzonderingssituaties.

4.2. Algemene regels voor toepassing van de typologie.

a. Een gebeurtenis of een probleem dient een minimale hoeveelheid belasting voor de betrokkene tot gevolg te hebben om voor verdere beoordeling in aanmerking te komen. Het gaat dus om hoeveel "stress" minimaal aanwezig moet zijn. Om het panel van beoordelaars houvast te geven, zijn in de klassifikatie van gebeurtenissen en problemen aanvullende omschrijvingen en bepalingen gegeven die de beslissing vergemakkelijken.

   Wat betreft de gebeurtenissen noemen we als voorbeelden een promotie, die pas telt als er sprake is van duidelijk meer verantwoordelijkheid en grotere bevoegdheden; en een gezondheidsverandering met een onderbreking van de dagelijkse werkzaamheden van tenminste één week (een griepje van enkele dagen valt er dus buiten). Deze kriteria hebben in de regel betrekking op tamelijk zakelijke gegevens, die niet gekleurd worden door de emoties van de respondent.

Bij de problemen was dit vaak moeilijker, vooral wanneer het om relationele moeilijkheden of vage gezondheidsstoornissen ging. Niettemin was het mogelijk soortgelijke kriteria te formuleren, zoals de frekwentie van ruzies of het herhaaldelijk optreden van klachten, het soort geneesmiddelen dat gedurende kortere of langere tijd werd gebruikt etc.
Belangrijk is uiteindelijk dat steeds dezelfde kriteria werden gehanteerd en dat de mening van de respondent over de onplezierigheid van de situatie er buiten werd gehouden.

b. Wat iemand meemaakt in zijn leven betreft niet alleen hemzelf maar ook anderen in zijn omgeving. Dergelijke voorvallen kunnen van grote betekenis voor iemand zijn, vooral als er een belangrijke relatie tussen hem en die ander bestaat. We onderscheiden drie kategorieën van betrokkenen:
1. de leden van de huishouding waarvan de respondent deel uitmaakt, zoals zijn partner, ouders of kinderen.
2. de naaste verwanten (voorzover niet begrepen onder 1.), zoals zijn eigen familie, broers en zusters of uitwonende kinderen.
3. anderen zoals vrienden, buren, kennissen of schoonfamilie met wie een emotioneel belangrijke relatie wordt onderhouden en/of met wie regelmatig kontakt bestaat.

In de typologie is zoveel mogelijk aangegeven welke gebeurtenissen en problemen bij welke personen per definitie een voldoende hoeveelheid stress-inducerend vermogen bezitten om de drempelwaarde voor de respondent te overschrijden. Dit betekent dat sommige gebeurtenissen wel worden geteld wanneer ze de respondent zelf overkomen maar niet wanneer ze anderen betreffen. Over het algemeen geldt dat hoe verder de persoon die iets is overkomen van de respondent verwijderd is, des te groter de "stress" moet zijn om de gebeurtenis of het probleem voor de respondenten te laten meetellen. Een ziekte bijvoorbeeld, die leidt tot een bedrust van tien dagen telt wel mee wanneer deze de partner van de respondent betreft maar niet indien zo iets zijn broer overkomt.

c. In de regel komen gebeurtenissen of problemen van anderen buiten de huishouding en het direkte sociale kontaktpatroon van de betrokkene, niet in aanmerking. Een uitzondering vormen bijvoorbeeld gebeurtenissen waarbij de respondent daadwerkelijk is betrokken of waarmee hij rechtstreeks werd gekonfronteerd, ook al gaat het om ver van hem verwijderde personen of

om toevallige kontakten. Een voorwaarde is dat de betrokkenheid van de respondent niet alleen voortkomt uit zijn puur emotionele beleving maar door de feitelijke gevolgen van het gebeuren. Bijvoorbeeld door het verlenen van hulp bij een verkeersongeluk of door dagelijks overwerk bij een ziekte van een kollega.
Verder moeten twee of meer gebeurtenissen soms beschouwd worden als onderdelen van één proces of ontwikkeling. Wanneer deze gebeurtenissen in de tijd dicht bij elkaar liggen worden ze tot één gebeurtenis samen genomen. Voorbeelden zijn een opname in een ziekenhuis en een ontslag, een ziekmelding en een werkhervatting. In de regel gaat het bij de tweede gebeurtenis (eigenlijk de afloop van de eerste) om vrij normale overgangen van de ene, onprettige naar de andere, veel prettiger situatie, die door de meesten als vanzelfsprekend en normaal wordt gekarakteriseerd. Zo gold de afspraak dat het ontslag uit een ziekenhuis binnen twee weken na een opname, niet als een afzonderlijke gebeurtenis telde.

Ondanks het arbitraire karakter van dergelijke regels zijn ze nodig voor een konsistente beoordeling van de "stress".

4.3. *De praktijk van het meten en beoordelen van gebeurtenissen en problemen.*

De selektie van gebeurtenissen en problemen diende op betrouwbare en konsistente wijze te geschieden. Hetzelfde gold uiteraard voor de beoordeling van de ernst, de dreiging en de afhankelijkheid ervan. Behalve over het voorkomen van de in de typologie omschreven gebeurtenissen en problemen was het ook noodzakelijk gedetailleerde informatie te verzamelen over alle relevante aspekten van hun kontekst. Met andere woorden, onder welke omstandigheden was iets voorgevallen,wat was er precies gebeurd en welke gevolgen had dit voor de betrokkene. Aan de hand van de volgende vragen werd zo goed mogelijk getracht een beeld te krijgen van het gebeuren:

- in hoeverre werd de gebeurtenis verwacht? Kon de betrokkene er zich op voorbereiden?
- In hoeverre had hij iets dergelijks al eerder meegemaakt? Wat was het verschil met vroeger? Hoe is het indertijd afgelopen?
- In hoeverre bestond de mogelijkheid het ontstaan van de gebeurtenis of het probleem te vermijden, of de betrokkenheid er bij te beperken?

- Was er sprake van een vermeerdering of vermindering in de kontakten met belangrijke anderen?
- Hoeveel verandering was er in de dagelijkse bezigheden?
- Vond er een verandering plaats in de waarden-oriëntatie of het normenpatroon?
- Waren er veranderingen in het funktioneren in sociaal, psychisch en/of lichamelijk opzicht?
- Hoe lang waren de gevolgen merkbaar? Hoevaak werd de betrokkene er mee gekonfronteerd?
- Bestond de mogelijkheid om aktief in de situatie in te grijpen of resteerde slechts een emotioneel, intrapsychisch reageren?
- Waren er anderen die praktisch en/of emotioneel steun konden verlenen?

De respons op deze vragen bood in het algemeen voldoende informatie om een beoordeling mogelijk te maken.

De beoordeling door het panel (in dit onderzoek waren dat de interviewers) verliep volgens een vaste procedure die de volgende fasen omvatte:

a. de informatiefase. In de eerste plaats werden de panelleden door de interviewer geïnformeerd over de positionele kenmerken van de respondent (leeftijd, burgelijke staat, opleiding, beroep, gezinssamenstelling, woonplaats, etc.). Hiermee werd in grote lijnen iemands sociaal-kulturele achtergrond geschetst. Vervolgens werden alle gebeurtenissen of problemen, die in eerste instantie door de interviewer waren gesignaleerd, uitgebreid beschreven aan de hand van de hierboven genoemde aspekten.

b. Selektie-fase. Indien voldoende duidelijk was wat zich had voorgedaan en wat voor persoon de betrokkene was diende de beslissing genomen te worden of de gebeurtenis of het probleem de drempelwaarde voor minimale belasting had overschreden, dat wil zeggen dat er doorgaans bij vergelijkbare personen, tenminste enige "stress" door te weeg wordt gebracht. De "stress" werd dus gerelateerd aan de sociaal-kulturele positie van de betrokkene, met inachtneming van de persoonlijke kontekst, zonder dat iemands beleving of wijze van presentatie hierin meespeelde. Indien een bepaalde gebeurtenis duidelijk voldeed aan de vooraf gestelde kriteria deden zich in dit opzicht geen bijzondere moeilijkheden voor.
De enorme variatie van wat in het individuele geval als psychosociale "stress" kon worden gemeld maakte de toepassing van algemene regels niet eenvoudig. Om die reden moest het panel gezamenlijk beslissen welke gebeurtenissen wel en welke niet konden worden meegerekend.

c. Beoordelingsfase: Gegeven de omschreven gebeurtenissen of het probleem en geplaatst binnen het sociaal-kulturele referentiekader waarin de betrokkene paste, dienden de beoordelaars zich tenslotte af te vragen hoeveel "stress" de gebeurtenis of het probleem gemiddeld bij personen met een dergelijke achtergrond te weeg zou brengen. Of in andere bewoordingen, hoeveel bedreiging voor de psychische integratie ervan uitging, of hoeveel aanpassing gemiddeld werd gevergd of hoe ernstig deze gemiddeld was. In het oordeel over de gebeurtenissen werd een onderscheid aangebracht tussen de ernst op het moment van ontstaan en die welke na vijftot zeven dagen nog resteerde.
De leden van het panel bepaalden hun ernst-score eerst individueel en onafhankelijk van elkaar. Deze score werd vastgelegd. De uiteindelijke score werd bij verschil van mening, na diskussie, in een meerderheidsoordeel vastgelegd.

Dit proces van beoordeling verliep gaandeweg sneller omdat steeds vaker kon worden teruggegrepen op eenmaal genomen beslissingen en op de kriteria die daarbij een rol hadden gespeeld. Een wezenlijk onderdeel van de procedure was dat de beoordeling van een gebeurtenis of probleem werd getoetst aan vorige. Zodoende werd een vrij strak kader van besluitvorming opgebouwd. Dit betekende dat de score voor de ernst voor veel gebeurtenissen, vooral voor die van de tweede interviewfase, reeds vastlag. Toch gebeurde het wel eens dat een eenmaal toegekende score werd herzien, omdat in een latere fase soms andere argumenten werden gehanteerd, die bij nader inzien ook van toepassing bleken op de al eerder besproken "stress"-situatie.

Voor de gebeurtenissen en problemen die tijdens de eerste interviewfase aan het panel werden voorgelegd is de mate van overeenstemming tussen de beoordelaars nagegaan. Deze betrof de scores die in eerste instantie door de panelleden afzonderlijk waren toegekend. Voor die beoordelingen gold de standaardisering in veel mindere mate dan die welke later werd bereikt. Uit de aantallen gebeurtenissen en problemen uit de eerste fase is een steekproef van één op vijf getrokken. Alleen die gebeurtenissen en problemen werden meegenomen waarover vier panelleden hun oordeel hadden gegeven. Destijds waren bij een klein aantal gevallen drie of vijf beoordelaars aanwezig geweest. De mate waarin de beoordelingen per gebeurtenis of probleem overeenstemden is in de betrouwbaarheids-coëfficiënt α tot uitdrukking gebracht. Deze is gebaseerd op de correlaties tussen de ernst-scores, zo-

wel van de gebeurtenissen als van de problemen. Voor beide bedroeg de α =.94. Zeer uiteenlopende oordelen kwamen bij de eerste scoring niet voor. Al met al mag deze uitkomst als tamelijk bevredigend worden beschouwd.

Naast de beoordeling van de ernst werd door het panel rekening gehouden met de bewuste rol van de betrokkene en de ongewilde invloed van zijn persoonlijkheid bij het ontstaan van potentieel bedreigende situaties. Een tweeledig onderscheid werd als volgt aangebracht:

a. de mate waarin de gebeurtenis of het probleem welbewust door de respondent te weeg is gebracht; dit noemden we de afhankelijkheid van de wil van de persoon; en
b. de mate waarin de gebeurtenis of het probleem het ongewilde gevolg was van in psychisch opzicht minder adekwaat funktioneren van de respondent; dit noemden we de afhankelijkheid van het psychisch inadekwaat funktioneren van de persoon.

Deze beide aspekten hoeven elkaar niet uit te sluiten. Ze kunnen zo nauw met elkaar zijn verweven dat tot afhankelijkheid in beide opzichten moet worden besloten. Met deze afhankelijkheids-oordelen is niet bedoeld iemands vermogen tot aanpassing of de adekwaatheid van zijn coping-gedrag. Deze komen pas later aan de orde.

In het oordeel werd onderscheid gemaakt tussen "volstrekt onafhankelijk", "mogelijk onafhankelijk" en "(mogelijk) afhankelijk". Aanvankelijk is door het panel alleen de rol van de betrokkene in algemene zin beoordeeld. Dit leverde in de praktijk geen grote meningsverschillen op. Vooral daar waar de respondent geen focus van de gebeurtenis of het probleem was, was een beslissing gemakkelijk. Pas naderhand is door twee leden van het panel, onder wie de auteur, de nuance aangebracht in de afhankelijkheid enerzijds van de wil en anderzijds van het psychisch inadekwaat funktioneren van de persoon. Op basis van de argumenten voor de oorspronkelijke afhankelijkheids-score kon die uitsplitsing vrij gemakkelijk achteraf worden gemaakt. Van het totaal van bijna 1500 gebeurtenissen en problemen is 60% en 71% als volstrekt onafhankelijk van de wil respektievelijk het psychisch inadekwaat funktioneren beoordeeld.

De vaststelling van hun afhankelijkheid van de lichamelijke stoornis bij de gebeurtenissen geschiedde in de regel zonder veel diskussie. Het verband tussen de reden van ziekmelding en zulke gebeurtenissen als ziekenhuisopname en operaties lag voor de hand. Bij de problemen is dit onder-

scheid naar de afhankelijkheid van de lichamelijke stoornis niet gemaakt.

4.4. De maten voor de psychosociale "stress".

De geklassificeerde gebeurtenissen en problemen vormden dus de elementen voor de konstruktie van de indices voor de psychosociale belasting. Men kan daarbij globaal twee wegen volgen. De ene werkwijze komt hierop neer dat de gebeurtenissen of problemen per ernst-kategorie worden opgeteld en in verband worden gebracht met het te verklaren verschijnsel.
Brown (1974) volgde deze procedure in zijn onderzoek naar het ontstaan van depressie, waarbij bleek dat alleen de (zeer) ernstige verliesgebeurtenissen (ernst-score 3 of 4) van betekenis waren, ongeacht het aantal gebeurtenissen van minder ernstige aard: Wij hebben deze werkwijze aanvankelijk ten dele ook gevolgd, doch vanwege de vereenvoudiging van de analyse en de presentatie van de bevindingen kozen wij voor de andere weg, waarbij alle ernstscores die aan de individuele gebeurtenissen en problemen waren toegekend, werden gesommeerd. Bij de gebeurtenissen is uitgegaan van de dreiging op langere termijn, dat wil zeggen van de dreiging die nog aanwezig was na ongeveer een week. Bij de optelling van de scores is een korrektie aangebracht, waarbij het gewicht van de ernstige en zeer ernstige gebeurtenissen en problemen werd verzwaard; dit gebeurde om te voorkomen dat bijvoorbeeld twee matig ernstige gebeurtenissen (ernst-score 2) zwaarder in het totaal zouden wegen, dan één ernstige (ernst-score 3). De beoordelingsschaal met vier klassen, die wij van Brown hadden overgenomen, is vanwege de geringe differentiatie-mogelijkheid minder geschikt voor de procedure van een gewogen sommering. De optelling verliep nu als volgt: gebeurtenissen of problemen met een geringe ernst behielden hun score 1, de tamelijk ernstige kregen een 3 (was 2) en de (zeer) ernstige gebeurtenissen of problemen ontvingen de score 6 (was oorspronkelijk 3 of 4).

We konstrueerden nu de volgende maten voor de psychosociale "stress":

1. Wat betreft de problemen. Deze hadden per definitie betrekking op het begin van de onderzochte periode (9 maanden vóór de datum van ziekmelding). Wat toen als een belastende omstandigheid werd aangeduid, speelde in de meerderheid van de gevallen al meer dan vijf jaar, en zou ook gedurende de volgende jaren blijven bestaan.
   - Eén maat betrof de integrale belasting, zonder het onderscheid van de afhankelijkheid van de persoon. Aangezien de problemen los stonden van de lichamelijke stoornis waarmee men zich naderhand ziek meldde, duidden we deze maat aan met de afkorting OLS (onafhankelijk lichamelijke

stoornis).

- Twee maten betroffen de onafhankelijkheid en afhankelijkheid van de wil en twee die van het psychisch inadekwaat funktioneren, afgekort als OW en AW ((on)afhankelijk van de wil) en als OPF en APF ((on)afhankelijk van het psychisch funktioneren).

2. Wat betreft de gebeurtenissen maakten we een onderscheid naar het tijdstip van ontstaan, namelijk:
   a. gebeurtenissen uit de periode van één jaar rond de ziekmelding, die bovendien is opgesplitst in de periode van negen maanden voor de ziekmelding en in die van drie maanden erna; en
   b. gebeurtenissen uit de periode van zes maanden vóór de datum van werkhervatting of de overgang in de WAO, waarvan nog weer afzonderlijk is onderzocht de periode van drie maanden voor het herstel of de afkeuring.

   Voor elk van deze vijf perioden zijn berekend:
   - een maat betreffende de gebeurtenissen die afhankelijk waren van de lichamelijke stoornis (afgekort ALS),
   - één maat betreffende de gebeurtenissen die los daarvan stonden, zonder onderscheid naar de afhankelijkheid van de persoon (afgekort OLS),
   - twee maten betreffende de onafhankelijkheid en de afhankelijkheid van de wil (afgekort OW en AW) en twee betreffende die van het psychisch inadekwaat funktioneren (afgekort OPF en APF).

In totaal werden aldus 35 maten voor psychosociale belasting gekonstrueerd, die we overigens niet in detail zullen presenteren en bespreken. Bovendien bleek uit de samenhang tussen deze indices dat de maten betreffende OW en OPF en AW en APF dermate hoog met elkaar correleerden ($r > .75$) dat we in de verdere analyse alleen de maten betreffende OPF en APF zullen gebruiken. In tabel 1 geven we van enkele maten de belangrijkste kenmerken weer. In de volgende paragraaf gaan wij er dieper op in. (Zie voor tabel 1 volgende pagina).

4.5. De aard en omvang van de psychosociale problematiek.

In het volgende gaan we in op enkele achtergronden van deze indikatoren zoals het type gebeurtenis of probleem, de direkt betrokken persoon, het aantal gebeurtenissen en problemen per respondent en de ernst ervan.

Tabel 1: Centrale tendentie en spreiding van de maten voor psychosociale belasting.

	perc.respondenten met score 0 op de index (n=205)	reikwijdte van de index	gemiddelde	standaardafwijking
A.problemen bij aanvang van de onderzoeksperiode.				
1. Onafhankelijk lichamelijke stoornis	17	0 - 25	6,5	5,7
2. Onafhankelijk psychisch funktioneren	36	0 - 18	3,4	3,9
3. Afhankelijk psychisch funktioneren.	44	0 - 18	3,1	4,0
B.Gebeurtenissen uit de periode van 1 jaar (tot 3 maand na de ziekmelding).				
4. Afhankelijk lichamelijk stoornis	44	0 - 18	2,8	3,6
5. Onafhankelijk lichamelijke stoornis	15	0 - 25	5,2	5,0
6. Onafhankelijk psychisch funktioneren	19	0 - 20	3,9	4,1
7. Afhankelijk psychisch funktioneren.	64	0 - 9	1,4	2,4
C.Gebeurtenissen uit de periode van 6 maanden vóór de herstelmelding (of overgang naar de WAO).				
8. Afhankelijk lichamelijke stoornis	65	0 - 12	1,3	2,2
9. Onafhankelijk lichamelijke stoornis	40	0 - 30	2,6	3,7
10. Onafhankelijk psychisch funktioneren	44	0 - 30	1,9	3,0
11. Afhankelijk psychisch funktioneren	84	0 - 12	0,7	1,9

De absolute aantallen gebeurtenissen en problemen worden geanalyseerd en de samenhangen tussen de indexen worden besproken.
Achtereenvolgens komen de problemen bij de aanvang van de onderzoeksituatie aan de orde, de gebeurtenissen uit de periode van één jaar rond de ziekmelding en tenslotte die uit de periode van zes maanden vóór de herstelmelding.

a. De problemen bij aanvang van de onderzoeksperiode.

Gemiddeld werden twee problemen per respondent gekonstateerd. In totaal betrof het 419 problemen, waaronder gezondheidsproblemen, die los stonden van de reden van ziekmelding, het talrijkst (19%) waren. In volgorde van frekwentie kwamen daarna de relationele en interpersoonlijke problemen (23%), problemen op of met het werk (20%), huisvestingsproblemen (8%),strikt persoonlijke problemen (7%),financiële problemen (3%) en justitiële problemen (2%). In 70% van de gevallen was de respondent zelf de focus van het probleem en in de overige gevallen ging het meestal om leden van de huishouding of om naast verwanten. Andere bevindingen waren:

- bij 17% van de respondenten werden géén problemen gerapporteerd of gesignaleerd;
- bij 60% kwamen twee of meer problemen voor;
- bij 34% werden één of meer problemen van (zeer) ernstige aard aangetroffen;
- problemen afhankelijk van de wil en/of het psychisch inadekwaat funktioneren kwamen minder frekwent voor dan de in dit opzicht onafhankelijke problemen; niettemin had ruim de helft van het aantal respondenten wel een of meer van dergelijke afhankelijke problemen;
- problemen afhankelijk en onafhankelijk van de persoon bleken niet met elkaar samen te hangen. Dit wijst er op dat persoonsgebonden en omgevingsgebonden "stress" ten gevolge van chronische problematiek niet bij bepaalde personen gekoncentreerd is.

b. De gebeurtenissen uit de periode van één jaar rond de datum van de ziekmelding.

In deze periode speelden zich 459 gebeurtenissen af die onafhankelijk van de lichamelijke stoornis waren en 161 gebeurtenissen die verband hielden met de reden van ziekmelding (gemiddeld per respondent 2,2 respektievelijk 0,8).

Van de laatste kategorie van de *stoornis-afhankelijke* gebeurtenissen had 58% betrekking op het begin en/of het einde van een verzuim wegens soortgelijke klachten of ongevallen, als waarmee men in het onderzoek terecht was gekomen. Voor het overige ging het vooral om ziekenhuisopnamen (13%) of om chirurgische ingrepen (19%). De wachttijden die als gebeurtenis werden aangemerkt indien ze langer dan twee maanden duurden, werden als een aparte kategorie genoteerd: 9% van de gebeurtenissen had hierop betrekking. De respondent was uitaard de focus van al deze gebeurtenissen. Enkele bevindingen

betreffende deze kategorie zijn als volgt:

- 44% van de respondenten had niet zoiets meegemaakt;
- 16% had twee of meer van deze gebeurtenissen ondervonden;
- bij 23% van de respondenten was de gebeurtenis van (zeer) ernstige aard;
- de samenhang met gebeurtenissen, die als onafhankelijk van de lichamelijke stoornis zijn geklassificeerd, is negatief en niet erg sterk (r=-.11). Een soortgelijk verband bestond met de problemen (r=-.12).

Dit betekent in ieder geval dat de "stress" tengevolge van de lichamelijke aandoening niet dubbel opgaat met de "stress" op andere terreinen van het leven.

Rolveranderingen waren de belangrijkste gebeurtenissen, die *onafhankelijk* van de lichamelijke stoornis optraden (35%); het ging 24 maal om een verandering van werkgever, 22 maal om een verandering binnen de werksituatie, 24 maal om verlies van werk (ontslag), 23 maal om een huwelijk, 18 maal om het beginnen of beëindigen van een opleiding.
Gezondheidsveranderingen vormden een tweede belangrijke kategorie (31%);ziekten kwamen 58 maal voor, ziekenhuisopnamen 24 maal en sterfgevallen 35 maal.
Interaktieveranderingen (waaronder verhuizingen) en persoonlijke crises (zoals kontakt met politie of een ongeval) traden in 15% en 12% van de gevallen op.
Bij ruim de helft van deze gebeurtenissen (53%) was de respondent zelf direkt betrokken. Dit percentage ligt dus wat lager dan bij de problemen. De overige bevindingen waren:

- 15% van de respondenten had in deze periode géén gebeurtenissen van deze aard meegemaakt, doch;
- 24% maar liefst vier of meer gebeurtenissen;
- 21% had één of meer ernstige gebeurtenissen meegemaakt.
- Evenals bij de problemen het geval was vonden we weinig samenhang tussen de indices OPF en APF (r=.11). Terzijde merken we op dat er wel een tamelijk sterk verband bestond tussen de "stress" tengevolge van gebeurtenissen afhankelijk van de wil en die tengevolge van gebeurtenissen onafhankelijk van het psychisch inadekwaat funktioneren. De correlatie tussen de maten AW en OPF was .41, hetgeen illustreert dat door de betrokkene zelf veroorzaakte "stress" geenszins het gevolg hoeft te zijn van psychisch inadekwaat funktioneren.
- Overigens namen de persoonsgebonden gebeurtenissen verhoudingsgewijs een minder belangrijke plaats in. Vooral de gebeurtenissen die afhankelijk

van het psychisch inadekwaat funktioneren waren, kwamen slechts bij 36% van de respondenten voor. Van de wil afhankelijke gebeurtenissen kwamen bij 52% voor.

- Er bestond enige samenhang tussen problemen uit het begin van de onderzoeksperiode en die uit de daarop volgende periode (r=.21). Dit verband berustte vooral op de persoonsgebonden "stress". De chronische problematiek die afhankelijk was van de persoon leidde nogal eens tot nieuwe problemen (zie tabel 2).

Tabel 2: Samenhang tussen de maten voor de psychosociale belasting door problemen en door gebeurtenissen onafhankelijk en afhankelijk van de persoon, uitgedrukt in Pearson's correlatie-coëfficiënten (n=205).

		de gebeurtenissen(weinig-veel stress) uit de periode van:			
		één jaar rond de ziekmelding		zes maanden vóór de herstelmelding	
		OPF	APF	OPF	APF
de problemen bij aanvang	OPF	.08	-.06	-.07	-.08
van de onderzoeksperiode	APF	*.21*	*.20*	.08	*.15*
(weinig-veel stress)		cursief wil zeggen p < .05			

c. Gebeurtenissen uit de periode van 6 maanden voor de hersteldatum (of van de overgang naar de WAO).

In deze periode ging het om 87 gebeurtenissen die betrekking hadden op de reden van ziekmelding, gemiddeld 0,4 gebeurtenissen per respondent. Vooral bij de kortere ziekteduren vond overlapping plaats met soortgelijke gebeurtenissen uit de periode rond de ziekmelding. Het waren voornamelijk ziekenhuisopnamen, chirurgische ingrepen en wachttijden. Uiteraard golden deze de respondent zelf.

De bevindingen zijn als volgt samen te vatten:

- 65% van de respondenten had géén gebeurtenissen van deze aard ondervonden;
- 7% zelfs twee of meer gebeurtenissen;
- bij 8% van de respondenten was de gebeurtenis ernstig te noemen;
- er is geen verband tussen de totale belasting door de van de stoornis

afhankelijke gebeurtenissen en die door de onafhankelijke uit deze periode (r=-.10). Dit gold ook voor de problemen (r=-.11).

Er werden 222 gebeurtenissen genoteerd, die *onafhankelijk* van de lichamelijke stoornis waren; gemiddeld 1,1 per persoon. Bij 41% van die gebeurtenissen was de respondent direkt betrokken.
Verdere uitkomsten waren als volgt:
- 40% van de respondenten maakte niets mee;
- 30% ondervond twee of meer gebeurtenissen;
- bij 13% was de gebeurtenis van ernstige aard;
- 26% respektievelijk 16% van de respondenten ondervond gebeurtenissen die afhankelijk waren van de wil en van het psychisch inadekwaat funktioneren;
- evenmin is er sprake van een duidelijke samenhang tussen de persoonsgebonden en omgevingsgebonden belasting (r= .09).

Vatten we de bevindingen over de diverse aspekten van de onafhankelijkheid kort samen, dan valt in de eerste plaats op dat er géén samenhang gevonden werd tussen de belasting die al of niet losstaat van de lichamelijke stoornis. In de tweede plaats gaat omgevingsgebonden "stress" vrijwel niet samen met persoonsgebonden "stress". Het gaat dus om tamelijk zelfstandige vormen van "stress".

We veronderstellen dat de psychosociale belasting een positief verband zal houden met de (relatieve) ziekteduur, vooral wanneer die belasting dicht bij de hersteldatum optreedt.

5. De indikatoren voor het omgaan met "stress"

Bij allerlei vormen van ziektegedrag is de wijze waarop men op belastende omstandigheden reageert van groot belang. In de volgende paragrafen bespreken we de volgende indikatoren van het omgaan met "stress".

a. de neiging tot angstig reageren op een viertal fiktieve, in het algemeen als vervelend en onplezierig beschouwde situaties: en
b. de neiging tot een bepaalde wijze van handelen. Hierbij speelt een rol wat iemand verwacht van het effekt van zijn gedrag, dus in hoeverre hij een situatie kan beheersen (de schaal van interne en externe beheersing).
c. de over- en onderschatting van de ernst van de problemen en gebeurtenis-

sen.

d. de adekwaatheid van het gedrag bij de gerapporteerde gebeurtenissen en problemen.

5.1. De angstigheidsschaal.

De neiging tot angstig reageren is gemeten aan de hand van iemands reakties op een viertal imaginaire situaties, die voor de meeste mensen onplezierig zijn. Per situatie werden zes vragen gesteld over iemands reageren met gevoelens van angst en met funktionele klachten. De vragenlijst is ontleend aan een artikel van Endler, Hunt en Rosenstein (1962) en werd door Van Es (1975) uitgetest. Deze methode kan als zeer betrouwbaar worden beschouwd (α =.91). De voor onbetrouwbaarheid gekorrigeerde correlatie van deze angstigheidslijst met de neuroticismeschaal (uit de A.B.V. van Wilde, 1963) bleek .53, hetgeen inhoudt dat beide voor ongeveer een kwart hetzelfde meten. In het onderzoek van Van Es, bleek deze lijst vooral te diskrimineren tussen de kliënten van een crisiscentrum en anderen onder wie zich een aantal WAO-ers en studenten bevonden. De WAO-ers onderscheidden zich overigens niet van de anderen.

In de lijst, die door de respondenten schriftelijk moest worden beantwoord werden de volgende situaties beschreven:

A. *U staat op het punt voor de eerste keer in Uw leven rij-examen te doen.*
B. *De deurbel gaat, U looptnaar de deur toe en als U de deur opendoet ziet U twee agenten op de stoep staan.*
C. *U staat op het punt voor een pijnlijke behandeling naar de tandarts te gaan.*
D. *U bent net betrokken geweest bij een ernstig auto-ongeluk. Terwijl U naar het wrak van Uw wagen staat te kijken, begint U zich langzaam te realiseren, dat U aan de dood bent ontsnapt.*

Bij elke situatie wordt gevraagd of men zich op zo'n moment 1. onprettig, 2. angstig zou voelen, of 3. het hart krachtiger zou gaan kloppen, of er 4. een flauw gevoel in de maagstreek zou optreden, 5. de handen zouden beginnen te trillen en of 6. bewegingen van het lichaam bemoeilijkt zouden worden. Het antwoord kon per vraag variëren van helemaal niet (0) tot erg veel (5). Deze lijst bestaat uit 24 items, waaruit na faktoranalyse vijf fakto-

ren met een eigenwaarde groter dan 1 naar voren kwamen. De eerste ongeroteerde faktor met een eigenwaarde van 7 verklaart 30% van de variantie. Vier van de vijf geroteerde faktoren kunnen benoemd worden naar de afzonderlijke situaties. De vijfde heeft betrekking op de items van de bewegingsmoeilijkheden. De items laden op de eerste ongeroteerde faktor van .32 tot .69. De betrouwbaarheids-coëfficiënt bedroeg α =.89.

Een hoge score op deze lijst betekent veel angstgevoelens en funktionele klachten, hetgeen wijst op een lage tolerantie voor"stress"-situaties. Verondersteld mag worden dat een dergelijk angstig reageren samen gaat met een minder adekwate omgang met problemen. Dit geldt zowel voor de situatie van het ongeval of de aandoening van de bewegingsorganen, als voor andere "stress"-situaties. Al met al verwachten we dat naarmate de score op deze lijst hoger uitvalt, de ziekteduur (relatief) langer zal zijn.

5.2. De beheersingslijst.

De schaal die door Rotter (1966) is ontworpen voor het meten van interne en externe beheersing werd door Andriessen (1972) vertaald en aangepast. De door hem ontwikkelde lijst bevatte aanvankelijk 33 items die bij verschillende groepen van respondenten (studenten, metaalarbeiders, werkplaatstechnici) werden uitgetest. De bevindingen bevestigden het verband tussen eksperimenteel gedrag, informatie verwerking en de verwachtingen in een situatie uit het dagelijks leven. Ze ondersteunden de gedachte, dat in onze kultuur een dergelijke algemene instelling aanwezig is, gemeten kan worden en variantie in gedrag kan verklaren. Grofweg kan met twee typen mensen onderscheiden, namelijk die mensen die ervan overtuigd zijn dat hun eigen handelen in de praktijk weinig uithaalt en dat het toeval of andere ongrijpbare machten de loop van de dingen bepalen; en anderen die juist de tegenovergestelde opvatting huldigen, dat veel in het leven afhangt van persoonlijk initiatief en daadwerkelijk handelen. Personen met de laatstgenoemde opvatting, dus met interne beheersing, blijken met meer sukses op "stress" te reageren. Ze zijn meer gericht op het vinden van een oplossing en beschikken over meer informatie over het probleem.
Op externe beheersing georiënteerde personen blijken in overeenkomstige situaties veel minder stabiel te funktioneren. Zij hebben meer last van gevoelens van angst en machteloosheid en van lichamelijk en geestelijk onwelbevinden. In het algemeen blijkt de kwaliteit van de reakties op "stress"

bij deze mensen slechter te zijn.

Voor een onderzoek naar de rol van motivatie bij veilig werken en bij de kans op ongevallen selekteerde Andriessen (1974) 14 items uit de vertaalde lijst. Deze vormden de basis voor de vragenlijst die wij hebben toegepast. Op de drie laatste vragen na waren de zes antwoordmogelijkheden steeds aldus geformuleerd: "dat is beslist (niet) zo, dat is (niet) zo en dat is eigenlijk wel (niet) zo". Hieronder geven we de 14 beweringen weer met vermelding van het percentage personen dat het met de betreffende uitspraak eens was.

	mee eens	oneens
1. *Het heeft geen zin om te proberen je recht te krijgen bij hogere ambtenaren, want die trekken zich van de gewone burger toch niets aan.*	48%	52%
2. *De meeste narigheden in je leven overkomen je zonder dat je er veel aan kunt doen.*	63%	37%
3. *Hoe sterk iemand zich ook inspant, vaak wordt zijn waarde niet erkend.*	66%	34%
4. *Uiteindelijk krijg je in onze maatschappij je recht wel, als je maar volhoudt*	66%	34%
5. *De werkelijke beslissingen worden genomen door een paar mensen die de macht hebben en de gewone burger kan daar niet zoveel aan doen.*	75%	25%
6. *Je kunt nog zo je best doen, maar als het geluk je tegenzit mislukken veel dingen.*	72%	28%
7. *Als je werkelijk goed je best doet, dan bereik je ook altijd veel.*	64%	36%
8. *Of je een goede baan krijgt of niet hangt er maar helemaal vanaf of je toevallig op het juiste moment op de juiste plaats bent.*	70%	30%
9. *Het systeem van de algemene verkiezingen zorgt ervoor dat ook de gewone burger veel invloed heeft op de regering.*	59%	41%
10. *Zonder de juiste kruiwagens kom je niet hogerop.*	80%	20%
11. *Veel beslissingen zouden we net zo goed kunnen nemen door een munt op te gooien.*	32%	68%
12. *Krijgen wat je bereiken wilt, is vrijwel helemaal, voornamelijk of voor een groot deel afhankelijk van de omstandigheden (versus door je zelf bepaald).*	36%	64%
13. *Een slachtoffer van de omstandigheden voel ik mij nooit of zelden (versus soms, nogal eens of vaak).*	54%	46%
14. *Hogerop komen in je leven heb je vrijwel of voor een groot deel zelf in handen (versus ligt minstens evensterk aan geluk als aan eigen inspanning of voor een groot deel toch wel een kwestie van geluk hebben).*	46%	54%

Deze variabelen zijn door middel van faktoranalyse met varimax-rotatie op hun interne struktuur onderzocht. Er traden vier faktoren met een eigenwaarde groter dan één naar voren. De eerste ongeroteerde faktor bezat een eigenwaarde van 3,3 en bond 24% van de te verklaren variantie. De faktorladingen voor de items op deze faktoren varieerden van .20 tot .63 (gemiddelde .42). Twee items laadden onder de grens van .30; deze betroffen de vragen 4 en 9 (de faktorladingen bedroegen respektievelijk .20 en .22). De betrouwbaarheids-coëfficiënt bedroeg α =.73.
Een hoge score betekent dat iemand voor het bereiken van zijn doel weinig waarde toekent aan zijn eigen inzet.
We verwachten dat dit gepaard gaat met minder adekwaat omgaan met "stress" en met de ziektesituatie, met als gevolg een (relatief) langere ziekteduur.

5.3. De schatting van de ernst van de psychosociale "stress" door de respondent.

Adekwaat omgaan met "stress" veronderstelt een reële perceptie van de bedreiging of de ernst van de situatie. De wijze van perceptie en van "appraisal" vormt een indikatie van verwerking van "stress".

In het kader van ons onderzoek gaan we ervan uit dat veelvuldig over- of onderschatten van de ernst van een situatie duidt op minder optimaal funktioneren en op een minder adekwaat coping-vermogen. Over- of onderschatting werd als volgt vastgesteld. De interviewer vroeg de respondent hoe ernstig hij de situatie toendertijd had gevonden variërend van geen, weinig tot zeer ernstig of onplezierig. Soms was deze vraag overbodig, omdat de respondent dit spontaan al aangaf. Het antwoord werd door het panel vastgelegd op een 4-puntsschaal. Deze score werd vergeleken met het intersubjektieve oordeel van het panel over de ernst van de gebeurtenis of het probleem. Bij de gebeurtenissen gold de score voor de ernst op kortere termijn.
Op basis van de vergelijking van de "subjektieve" en de "objektieve" ernstscores werd één variabele gekonstrueerd, waarop aan de ene kant de overschatters werden geplaatst en aan de andere kant de onderschatters. In het midden kwamen de respondenten terecht die de "stress" over het algemeen reëel, dat wil zeggen overeenkomstig het panel, onder ogen zagen. De procedure, die wij volgden, bestond uit het berekenen van een score per respondent voor zowel de mate van onderschatting als van overschatting en van juiste schat-

ting. Dit geschiedde door per respondent de som van het aantal gebeurtenissen en problemen waarvan de subjektieve ernst-score hoger of lager was dan de objektieve ernst-score danwel daaraan gelijk was, te delen door het totaal aantal gebeurtenissen en problemen en vervolgens te vermenigvuldigen met 100. Voor de berekening van deze proportionele maten zijn alle gebeurtenissen en problemen uit de onderzoeksperiode van 21 maanden gebruikt, om de over- of onderschatting op een zo breed mogelijk skala van situaties te baseren. Verder zijn respondenten met minder dan drie gebeurtenissen en/of problemen voor deze maten buiten beschouwing gelaten.

Aan de hand van de scores op deze drie maten werden de respondenten ingedeeld naar veel of tamelijk veel overschatting, veel juiste schatting en tamelijk veel of veel onderschatting. De verdeling van de respondenten over deze schattingsvariabele is als volgt:

1. veel overschatting	34	(18%)
2. tamelijk veel overschatting	31	(16%)
3. veel juiste schatting	71	(37%)
4. tamelijk veel onderschatting	31	(16%)
5. veel onderschatting	27	(14%)
Totaal	194	(101%)

We veronderstellen dat bij relatief veel onjuiste schatting van "stress" de kans op een (relatief) lange ziekteduur groter is.

5.4. De adekwaatheid van het coping-gedrag.

De beoordeling van de wijze waarop de respondent zich tegen de "stress" te weer had gesteld geschiedde analoog aan die van de gebeurtenissen en problemen. Alle reakties op "stress"-situaties vielen onder het coping-gedrag, zowel de emotionele reaktie en de gemotiveerdheid om iets te doen als het feitelijke gedrag.
We hechtten veel waarde aan daadwerkelijke pogingen om de onprettige situatie op te lossen, of zodanig te veranderen dat de dreiging ervan verminderde. Aktief coping-gedrag was natuurlijk niet altijd mogelijk. Afschaffing van ploegendienst bijvoorbeeld, is niet een zaak van een enkeling. Soms rest iemand weinig anders dan berusting en gelatenheid. In dergelijke gevallen is alleen coping in het emotionele vlak mogelijk. Ook de instellingen of de sociale struktuur waarop iemand een beroep kan doen, bepalen de

mate waarin hij adekwaat met "stress" omgaat. Deze zijn echter niet voor iedereen even toegankelijk. Zo zijn de mogelijkheden tot om-, her- of bijscholing voor een jongere werknemer anders dan voor een oudere.

De vraag waarvoor het panel stond, was welk gedrag in welke "stress" situatie als adekwaat en doeltreffend beschouwd moest worden. Onder adekwaat coping-gedrag werd gedrag verstaan dat erop gericht was om de door de "stress" te weeg gebrachte belemmering in iemands psychisch en sociaal funktioneren te verminderen of weg te nemen. Het ging primair om gedrag dat in het belang van de betrokkene zelf was. We realiseerden ons dat bepaalde gedragingen weliswaar iemands persoonlijk funktioneren kunnen verbeteren, maar tegelijkertijd een nadelige uitwerking kunnen hebben op zijn omgeving, bijvoorbeeld omdat de parnter erdoor geprikkeld wordt. Uiteindelijk is de adekwaatheid van het gedrag per gebeurtenis of problematische situatie, het batig of nadelig saldo van alle pro's en contra's.

Bij de afweging van de verschillende soorten van gedrag, de mogelijkheden tot aktieve coping en de beschikbare coping-bronnen is gebruik gemaakt van een checklist met een aantal veel voorkomende situaties en reakties erop, die van te voren reeds van een adekwaatheidsscore waren voorzien. Deze checklist was als volgt ontworpen, om enigszins betrouwbaar en konsistent iemands coping-vermogen te schatten (Bloemers en Hammenga, 1976). Na de eerste interview-fase werden ruim 20 situaties geselekteerd, die een goede weerspiegeling vormden van alle gerapporteerde gebeurtenissen en problemen. Aan elke situatie werd een reeks van mogelijke reakties toegevoegd, die grotendeels was samengesteld uit tijdens het interview verkregen materiaal. De 205 op deze wijze verkregen gedragsitems werden door zeven personen (allen op de een of andere wijze verbonden met het onderzoek) beoordeeld op een vier-puntsschaal op de mate van adekwaatheid. Eerst bepaalden de beoordelaars individueel en onafhankelijk van elkaar hun score. Bij het optreden van duidelijke verschillen werd in een gesprek getracht of, door beter opvolgen van de instrukties, toch nog overeenstemming kon worden bereikt. Eventueel werd het oordeel van de meerderheid als eindscore voor de adekwaatheid aanvaard.

Ondanks de kompleksiteit van de materie bleek er een grote mate van overeenstemming te bestaan. Slechts bij 7% van de gedragsitems bleven duidelijke verschillen tussen de beoordelaars bestaan. Deze betroffen items waarop tenminste één beoordelaar minimaal twee punten van het meerderheidsoordeel afweek of waarop minstens 2 beoordelaars één punt ervan verschilden

(Bloemers en Hammenga, p.84 e.v.). De resultaten van deze checklist fungeerden voor het panel als standaard bij de beoordeling van iemands coping-gedrag.

Intussen bleef het moeilijk om bij alle gerapporteerde situaties iemands coping te beoordelen. De informatie over iemands gemoedstoestand,zijn emotionele verwerking, het bespreken van het probleem, het ontplooien van aktiviteiten die de spanning konden verminderen enzovoorts, bleek vaak minder kompleet dan voor een goede beoordeling was vereist. Ook rezen er nogal eens twijfels over de validiteit van de informatie. De veelheid en de kompleksiteit van de aangeboden problematiek maakten een systematische screening in de interview-situatie van het getoonde coping-gedrag per gebeurtenis en per probleemsituatie moeilijk. Daarom werd alleen tot het oordeel van minder of inadekwaat gedrag besloten, als daar werkelijk duidelijke aanwijzingen voor waren. In geval van twijfel werd de respondent steeds een voordelig oordeel gegeven, of is een uitspraak van het panel achterwege gebleven.

Per respondent is het aantal keren dat iemand adekwaat heeft gehandeld, gedeeld door het aantal waarvoor het mogelijk of zinvol was. Deze maat werd vervolgens vermenigvuldigd met 100. Alleen gebeurtenissen en problemen die volgens het oordeel van het panel tenminste enige bedreiging of onplezierigheid inhielden kwamen in aanmerking.

Voor nauwelijks bedreigende situaties is een adekwaatheids-beoordeling niet zinvol. Dus alle gebeurtenissen en problemen met een ernstscore van één zijn buiten beschouwing gelaten. Deze maat is verder alleen van toepassing op respondenten met drie of meer gebeurtenissen en problemen, waarvoor een adekwaatheidsscore was gegeven. De verdeling van de respondenten op deze maat in drie kategorieën met gelijke intervallen, is als volgt:

1. weinig adekwaat	58 (38%)
2. tamelijk adekwaat	48 (31%)
3. adekwaat	48 (31%)
Totaal	154 (100%)

De veronderstelling over de adekwaatheid van het coping-gedrag luidt dat, naarmate de score op deze maat hoger uitvalt de kans op een (relatief) korte ziekteduur groter is.

5.5. De samenhang tussen de gebruikte coping-maten.

We verwachtten uiteraard dat deze maten onderling zullen samenhangen. Op grond van de bevindingen van andere onderzoekingen wordt een verband veronderstelt tussen eksterne beheersing en veel angstgevoelens. Ook is een samenhang te verwachten tussen relatie veel onjuiste schattingen van de ernst van de "stress" en inadekwaat coping-gedrag. Verder zullen angstgevoelens en een externe oriëntatie er verband mee houden. In tabel 3 geven we de samenhangen weer tussen de gebruikte maten voor iemands coping-vermogen.

Tabel 3: Samenhangen tussen de gebruikte maten van het coping-vermogen uitgedrukt in Pearson's correlatie-coëfficiënten.

	N				
1. weinig - veel angst.	203	-			
2. interne - externe beheersing.	197	*.22*	-		
3. overschatting - onderschatting	194	.00	-.11	-	
4. weinig - veel adekwaatheid	154	-.03	*-.26*	*.17*	-
		1	2	3	4

Cursief wil zeggen: $p < .05$

Overeenkomstig de verwachtingen reageerden intern georiënteerde mensen minder angstig op fiktieve "stress"-situaties en handelden zij doeltreffender bij feitelijke "stress". De gevoeligheid voor "stress"-situaties in de vorm van angst en funktionele klachten hield geen verband met over- of onderschatting. Wanneer de kategorieën van over- en onderschatting bij elkaar worden genomen, blijkt er een signifikante samenhangt te bestaan tussen angst en juiste schatting van de ernst van de "stress" (tau = .11, $p < .05$). Tussen angst en adekwaatheid van het coping-gedrag kon géén samenhang worden aangetoond. Intern georiënteerde mensen neigden ertoe de ernst van de gebeurtenissen en problemen te onderschatten. Het verband is slechts signifikant op het 10%-niveau. Juiste schatting en onderschatting van de ernst van de "stress" gingen vaker gepaard met adekwaat coping-gedrag en overschatting met niet of minder adekwaat handelen.

Al met al stelt de sterkte van de onderzochte verbanden enigszins teleur. De geringe samenhang van de maten voor de schatting en de adekwaatheid van het coping-gedrag met de angstigheidslijst en de beheersingslijst

doet twijfel ontstaan aan hun geldigheid en betrouwbaarheid. Uit oogpunt van eksploratie willen we die maten voor de schatting en de adekwaatheid voorlopig handhaven.

6. De ekonomische positie van het bedrijf.

We hebben ook aandacht geschonken aan de ekonomische positie van het bedrijf waar de respondent werkzaam was. De toename van het aantal WAO-gerechtigden wordt immers in belangrijke mate geweten aan de ekonomische malaise waarin het bedrijfsleven de afgelopen jaren verzeild is geraakt. Het bestaan van sociale voorzieningen zoals de WAO biedt de mogelijkheid om minder geschikte en minder valide werknemers op sociaal akseptabele wijze te laten afvloeien. Een dergelijke sanering van het personeelsbestand, in de vorm van vervroegde pensioneringen via het medische kanaal, zal vooral die werknemers treffen, die gezien hun opleiding, leeftijd en beroep het meest kwetsbaar zijn op de arbeidsmarkt: de wat oudere, ongeschoolde arbeider, die is aangewezen op handarbeid. Deze relatie tussen iemands leeftijd, beroep en eventuele arbeidsongeschiktheid wilden we nagaan voor de arbeidsplaatsen waarop de respondenten waren aangewezen.

De respondenten zijn uitvoerig ondervraagd, zowel over de werkgelegenheid binnen hun bedrijf, als over de veranderingen daarin gedurende het jaar voorafgaande aan de ziekmelding en over hetgeen in de naaste toekomst was te verwachten. De informatie werd tentijde van het eerste interview verkregen. Zo is gevraagd naar kollektief ontslag, werktijdverkortingen, het niet aanvullen van het natuurlijk verloop onder het personeel, fusies, overplaatsingen van delen van het bedrijf, uitbreidingen enzovoorts. Ook werd de respondent gevraagd naar een oordeel over de ekonomische positie van zijn bedrijf. Wat dit laatste punt betreft, zag ruim driekwart (77%) van de respondenten weinig problemen in hun bedrijf. Slechts 7% (15 personen) gaf een negatief oordeel.
Een betrekkelijk groot aantal van de respondenten was werkzaam bij kleinere bedrijven: 22% was in dienst bij bedrijven met minder dan 25 werknemers; ruim 40% werkte bij bedrijven met meer dan 100 man personeel, of bij nevenvestigingen daarvan, zoals AKZO, ALDEL, ESTEL, KSH en Philips.

Ongeveer tweederde van de respondenten was min of meer direkt betrokken bij het produktieproces; eenderde was werkzaam in de handel en/of dienstverlenende sektor.

Behalve via de respondent wilden we onze veronderstellingen ook nog op een andere wijze toetsen. Hiertoe zochten wij kontakt met het Districtsbureau voor de Arbeidsvoorziening en het Economisch Technologisch Instituut te Groningen met het verzoek om een oordeel over de kwetsbaarheid van het bedrijf als geheel en van de arbeidsplaats waarop de respondent was aangewezen. Dit onderscheid leek ons noodzakelijk om een versluiering van het veronderstelde verband ten gevolge van de geringe omvang van de onderzoekspopulatie, te voorkomen. De sluiting of opheffing van een bepaalde afdeling hoefde onze respondent immers in het geheel niet te raken, indien het werk van zijn afdeling gewaarborgd bleef.
Bij de beoordeling van het bedrijf als geheel dienden afzetproblemen, de liquiditeitspositie, reorganisatie of fusie, kollektieve ontslagen, ontwikkelingen van het marktaandeel en dergelijke in aanmerking te worden genomen. Wat betreft de positie van de respondent moest naast het soort werk tevens rekening worden gehouden met de leeftijd, de opleiding en de duur van het dienstverband. De beoordeling had uitsluitend betrekking op de periode 1974 tot en met 1976, dit is globaal genomen de onderzoeksperiode. Deze procedure leverde voor elke respondent twee kwetsbaarheidsscores op, voor het bedrijf en één voor zijn arbeidsplaats die varieerden van geen of geringe kwetsbaarheid, tot duidelijke kwetsbaarheid.
In onderling overleg is een taakverdeling gemaakt tussen de acht Gewestelijke Arbeidsbureaus - via bemiddeling van het Districtsbureau voor de Arbeidsvoorziening - en het Economisch Technologisch Instituut voor de invulling van de vragenlijsten. Gegevens betreffende de bedrijven en de respondenten werden strikt vertrouwelijk behandeld. Het meerendeel van de vragenlijsten is beantwoord door ambtenaren van het distrikt waar het bedrijf is gevestigd. Het betrof in ieder geval bedrijven waarover voldoende informatie bij de arbeidsbureaus aanwezig was. Ook het Economisch Technologisch Instituut vulde een aantal vragenlijsten in over bedrijven, waarover voldoende informatie bestond. Er resteerden tenslotte 20 tot 30 gevallen die wat moeilijker waren te beoordelen. Meestal ging het om kleine bedrijven, met minder dan 10 man personeel, die noch bij de arbeidsbureaus noch elders voldoende bekend waren. Hierover werd overleg gevoerd tussen de beide instanties om alsnog tot een oordeel te komen. Bijvoorbeeld door vergelijking met soortgelijke ondernemingen uit dezelfde bedrijfstak. In enkele gevallen evenwel bleek een oordeel onmogelijk of was dit niet van toepassing omdat de respondenten al enige tijd werkloos waren. De verdeling van de respondenten over de beide

variabelen is als volgt

	geen,gering	*enige*	*duidelijke*
1. *kwetsbaarheid van de ekonomische positie van het bedrijf*	103 (51%)	76(37%)	23 (12%)
	geen,gering	*enige*	*duidelijke*
2. *kwetsbaarheid van de arbeidsplaats waarop de respondent is aangewezen*	118 (58%)	50(25%)	36 (17%)

Vergeleken met het oordeel van de respondent was dat van de externe beoordelaars aanmerkelijk ongunstiger. Ongeveer de helft van de respondenten viel volgens hen onder bedrijven, die in meer of mindere mate ekonomische kwetsbaar zijn. In een aantal gevallen vloeide daaruit niet voort dat de arbeidsplaats van de respondent gevaar liep. De samenhang tussen de kwetsbaarheidsoordelen bedraagt r=.62.
Het oordeel van de deskundigen kwam in het geheel niet met dat van de respondenten overeen (de correlaties bedroegen respektievelijk .06 en .07).
Wel bestond er samenhang tussen de kwetsbaarheidsoordelen en andere kenmerken van het bedrijf. Waar de respondent op de vraag naar (te verwachten) veranderingen in het bedrijf antwoordde dat er ontslagen, werktijdverkortingen, personeelsstops waren geweest of (opnieuw) in de naaste toekomst zouden plaatsvinden, werd de positie van het bedrijf en de arbeidsplaats ook vaker door de deskundigen bedreigd geoordeeld (de r varieerde van .09 tot .30).
De kwetsbaarheid van het bedrijf/de arbeidsplaats hield geen verband met de grootte ervan, of met de aard van het produktieproces.

In het algemeen verwachtten we een (relatief) lange ziekteduur bij respondenten die werkzaam waren in minder rendabele bedrijven.

7. Het sociaal-ekonomische en sociaal-kulturele woongebied.

We gaan ervan uit dat iemands gedrag bij ziekte mede wordt bepaald door de aanvaarding door zijn omgeving van afwijkingen van het normale gedragspatroon. Het betreft de aanvaarding van een langdurige afwezigheid wegens ziekte of een medische afkeuring. We veronderstelden dat naarmate de tolerantie hiervoor groter is, de kans op een langere afwezigheid toeneemt. De graad van tolerantie werd benaderd op het niveau van de woongemeente. Van de 51 gemeenten, die de provincie Groningen telt, vielen 10 buiten het

onderzoek omdat hier geen enkele respondent woonachtig was. Aan de overgebleven 41 gemeenten worden nog de drie noorddrentse randgemeenten toegevoegd (Eelde, Peize en Roden), waardoor het totaal op 44 kwam. We onderzochten een viertal macro-strukturele kenmerken van deze geografische gebieden: de stedelijkheid, de sociaal-ekonomische struktuur, de afhankelijkheid van sociale voorzieningen en tot slot de sociaal-politieke voorkeur . Deze zijn elk afzonderlijk nog in verschillende variabelen opgesplitst.

7.1. De stedelijkheid.

De volgende indikatoren voor de mate van verstedelijking werden in aanmerking genomen:

1. de urbanisatiegraad van de gemeente in 1971, overeenkomstig de kriteria van het CBS voor de typologie van de Nederlandse gemeenten.
   Van de in het onderzoek betrokken gemeenten, behoren er 26 tot het platteland, 13 tot het verstedelijkt platteland en 5 tot de verstedelijkte gemeenten. Onder deze laatste vallen Appingedam, Delfzijl, Groningen, Veendam en Winschoten. In de drie genoemde kategorieën waren achtereenvolgens 50 (24%), 78 (37%) en 67 (39%) respondenten woonachtig.

2. De omvang van de bevolking per gemeente op de peildatum van 1 januari 1976: Deze variabele, die de bevolkingsgrootte in duizendtallen weergeeft, hangt vanzelfsprekend nauw met de urbanisatiegraad samen (r=.72). Eenderde van de onderzochte groep was woonachtig in gemeenten met minder dan 5000 inwoners.

3. Het aantal mannelijke arbeidskrachten van 15 jaar en ouder dat regelmatig werkzaam was in de land- en tuinbouw, uitgedrukt als percentage van de totale mannelijke beroepsbevolking eind 1975. Dit percentage varieerde van de ene gemeente tot de andere van 0.6% tot 33,5%. Eenderde van de respondenten woonde in een gemeente met meer dan 10%. De samenhang met urbanisatiegraad respektievelijk omvang van de bevolking per gemeente is uiteraard sterk. De correlatie-coëfficiënten bedragen achtereenvolgens r=-.87 en r=-.67.

4. De omvang van het woon- werkverkeer: hierbij is uitgegaan van het aantal woonforensen per gemeente, uitgedrukt als percentage van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar. Deze gegevens zijn ontleend aan de volks-

telling van 1971. Het percentage varieerde van 2,5% tot 24,7%. Bijna de helft van de respondenten was woonachtig in gemeenten met een percentage van meer dan 10%. Ook bij deze variabelen is een duidelijke samenhang aanwezig. De correlatie met de urbanisatiegraad bedraagt r=-.73, met de omvang van de bevolking r=-.84 en met het percentage arbeidskrachten werkzaam in land- en tuinbrouw, r=.69.

7.2. De sociaal-ekonomische struktuur.

Twee indikatoren, namelijk de werkloosheid en de verhouding tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt in het betrokken gebied, geven iemands kansen op voldoende werk weer:

1. Het werkloosheidspercentage per gemeente in 1971 en 1975, alleen voor mannen. Dit percentage is op de volgende wijze berekend. Eerst werd de mannelijke afhankelijke beroepsbevolking voor die jaren vastgesteld. Omdat de omvang daarvan niet precies bekend was, zijn we uitgegaan van het aandeel van de loonafhankelijke beroepsbevolking in de totale mannelijke beroepsbevolking per gemeente (het zogenaamde deelnemingspercentage), dat voor het jaar 1971 af te leiden is uit de volkstellingsgegevens. Dit percentage is toegepast op de mannelijke bevolking, per gemeente in 1975. Doordat het aandeel van de loonafhankelijken in de totale beroepsbevolking in de loop van die 5 jaar iets is toegenomen, moest dit percentage worden gekorrigeerd. Deze korrektiefaktor (1,006) is alleen bekend per provincie en de toepassing ervan veronderstelt dus een in alle gemeenten gelijke toename. Vervolgens is het aantal werklozen per gemeente, waarvoor de cijfers via de arbeidsbureaus zijn verkregen, gerelateerd aan de aldus vastgestelde mannelijke afhankelijke beroepsbevolking. De werkloosheidscijfers hebben betrekking op de gehele arbeidsreserve, dus inklusief de personen die in aanvullende werken en sociale werkvoorzienings-objekten te werk zijn gesteld. Hoewel bij dergelijke cijfers op het niveau van de gemeente onnauwkeurigheden zwaarder wegen, telt dit bezwaar minder omdat het ons niet gaat om de precieze werkloosheidspercentages, maar om het vaststellen van een rangorde van de gemeenten. Naarmate de spreiding van de percentages groter is, wordt de invloed van dergelijke onnauwkeurigheden kleiner.
   De werkloosheidspercentages van de betrokken gemeenten bleken tamelijk sterk uiteen te lopen: in 1971 varieerden ze van 0,8% tot 10,3% en in

1975 van 2,3% tot 13,4%. In 1975 was meer dan de helft van de respondenten woonachtig in gemeenten met een werkloosheidspercentage van 7% of meer.

2. Vraag en aanbod op de arbeidsmarkt: Bij de arbeidsbureaus wordt een registratie gevoerd van het aantal openstaande vakatures bij de overheid en het bedrijfsleven: de zogenaamde Geregistreerde Openstaande Vraag (GOV). Hiertegenover staat de Geregistreerde ArbeidsReserve (GAR), waaronder de kort- en langdurig werklozen (WW-ers, RWW-ers, WWV-ers) vallen alsmede personen in tijdelijke aanvullende werkgelegenheidsprogramma's en in de sociale werkvoorziening, waarvan tevens bekend is dat zij eventueel in het vrije bedrijfsleven zouden kunnen terugkeren. Deze registratie van zowel GOV als GAR wordt per kwartaal bijgehouden. De gemiddelde verhouding tussen GOV en GAR in een jaar vatten we op als een maat voor de kwetsbaarheid van de sociaal-ekonomische struktuur van de gemeente. Deze maat werd voor 1971 en 1975 berekend. Was in het eerstgenoemde jaar de verhouding tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt in de meeste gemeenten al ongunstig, in 1975 bleken in alle gemeenten het aantal werkzoekenden het aantal vakatures verre te overtreffen. De verhouding GOV/GAR varieerde in dat jaar per gemeente van 1 tot 78 banen op 100 werkzoekenden (alleen mannen).
De samenhang tussen de werkloosheidspercentages en de verhouding GOV/GAR is uiteraard negatief en varieert, uitgedrukt in correlatie-coëfficiënten van -.41 tot -.45 (zie verder paragraaf 7.5.).

7.3. De afhankelijkheid van sociale voorzieningen.

Per gemeente gingen we na welk deel van de bevolking voor het levensonderhoud aangewezen was op uitkeringen via de sociale voorzieningen. Daartoe telden we alle personen die een uitkering ontvingen krachtens de Algemene Bijstandswet (ABW), de Tijdelijke Regeling Minder-Validen (TRM), de Wet Werkloosheidsvoorzieningen (WWV), de Rijksgroepsregeling Werkloze Werknemers (RWW) en de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO). Personen met een WW- en een ZW-uitkering bleven buiten beschouwing, omdat de aantallen daarvan niet per gemeente bekend zijn. De cijfers betreffende de ABW,TRM, WWV en RWW konden via het Centraal Bureau voor de Statistiek worden verkregen, in de vorm van jaargemiddelden gebaseerd op driemaandelijkse tellingen.

Via de Gemeenschappelijk Medische Dienst kregen we de beschikking over de aantallen WAO-gerechtigden per gemeente volgens de telling van eind oktober 1977. Aangezien de precieze aantallen toen nog niet bekend waren moesten ze worden geraamd. Op basis daarvan is een schatting gemaakt van de aantallen WAO-uitkeringgenietenden voor het jaar 1975, met een korrektiefaktor van .851. We laten het jaar 1971 hier buiten beschouwing omdat de schatting vanuit 1977, in ieder geval op het niveau van de gemeente, dan al te onbetrouwbaar wordt.
Al deze aantallen van zowel de mannen als de vrouwen die afhankelijk waren van de bovengenoemde sociale voorzieningen, werden gerelateerd aan de bevolking van 15 tot 65 jaar. De percentages varieerden in 1975 van ruim 2% tot boven de 12%. Doordat de hoogte van deze percentages in belangrijke mate wordt bepaald door het aantal WAO-uitkeringgenietenden, zijn per gemeente afzonderlijk percentages voor deze groep berekend. Deze zullen we apart in de analyse gebruiken.

7.4. De sociaal-politieke voorkeur.

De sociaal-politieke voorkeur voor handhaving en uitbreiding van sociale voorzieningen en voor de bescherming van de sociaal-ekonomisch zwakkeren in onze samenleving, komt vooral tot uitdrukking in partijprogramma's van de politieke partijen die links van het midden staan, zoals de P.v.d.A., P.P.R., D'66, P.S.P. en C.P.N.
Deze partijen zijn gekozen op basis van hun verwante visie op de kontrole op de sociale voorzieningen, de uitbreiding of inperking van het stelsel van sociale voorzieningen, de waarde- of welvaartsvastheid van uitkeringen en uitbreiding van het begrip "passende arbeid" (zie de verkiezingsprogramma's voor de Tweede Kamer 1977; Lipschits, 1977).
Het percentage stemmen dat werd uitgebracht op deze partijen hanteren we als indikator voor de tolerantie van de gemeenschap jegens de sociaal zwakkeren.
We veronderstellen dat deze tolerantie groter zal zijn naarmate de politieke voorkeur onder de bevolking voor deze partijen groter is. De verkiezingen voor de Tweede Kamer in 1977 vormden ons uitgangspunt.
Het percentage stemmen blijkt van gemeente tot gemeente te varieren van 25% tot 84%. Van onze respondenten woonde 60% in gemeenten, waar meer dan de helft van de stemmen op de genoemde partijen was uitgebracht.

7.5. De samenhang tussen de indikatoren van het sociaal-ekonomische en sociaal-kulturele woongebied.

De bevindingen in tabel 4 kunnen we alsvolgt samenvatten. De indikatoren van de stedelijkheid tonen in 1971 het min of meer verwachte verband met het werkloosheidspercentage, dat echter in 1975 aanzienlijk verzwakt of zelfs geheel verdwenen blijkt te zijn.

Tabel 4: Samenhang tussen indiaktoren voor de stedelijkheid, de sociaal-ekonomische struktuur, de afhankelijkheid van de sociale voorzieningen en de politiek linkse voorkeur, gemeten op het niveau van de gemeente en uitgedrukt in Pearon's correlatie-coëfficiënten (n=205) cursief wil zeggen p <.05.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Urbanisatiegraad,1971	-										
2.Omvang bevolking,1975	*.72*	-									
3.Agrar.beroepsbevolking, 1975	*-.87*	*-.67*	-								
4.Woonforensisme,1971	*-.73*	*-.84*	*.69*	-							
5.Werkloosheid,1971	*-.60*	*-.34*	*.57*	*.27*	-						
6.Werkloosheid,1975	*-.26*	.04	*.26*	.04	*.81*	-					
7.GOV/GAR, 1971	*.20*	.05	*-.31*	*-.23*	*-.43*	*-.44*	-				
8.GOV/GAR, 1975	*.30*	.11	*-.40*	*-.33*	*-.45*	*-.41*	*.87*	-			
9.Afhankelijkheid Soc. Voorz., 1975	*.48*	*.59*	*-.54*	*-.59*	.08	*.40*	*.20*	*.26*	-		
10.Afhankelijkheid WAO, 1975	*.22*	.08	*-.34*	*-.21*	*.16*	*.29*	*.26*	*.29*	*.80*	-	
11.Links-politieke voorkeur, 1977	*.57*	*.44*	*-.67*	*-.45*	*-.21*	.08	*.40*	*.42*	*.65*	*.55*	-

Was in 1971 de werkloosheid nog voornamelijk aande kleinere niet geurbaniseerde gemeenten met veel arbeidskrachten in de land- en tuinbouw gebonden, in het jaar 1975 blijkt die relatie sterk gewijzigd, de werkloosheid manifesteert zich dan duidelijker in de meer stedelijke gebieden. Toch blijven de kansen op werk daar, ondanks de ekonomische malaise, relatief gunstig. Ze werden zelfs iets gunstiger. In de loop van deze jaren is in de meer geurbaniseerde gemeenten de afhankelijkheid van sociale voorzieningen sterker toegenomen.

De samenhang tussen de indikatoren voor de sociaal-ekonomische struktuur en die voor de afhankelijkheid van sociale voorzieningen is ten dele anders dan we verwachtten. Er is sprake van een wisselwerking tussen de zekerheid van het ekonomische bestaan en de mate waarin een beroep wordt gedaan op de sociale voorzieningen. De korrelaties tussen het werkloosheidspercentage en het percentage "afhankelijken", respektievelijk WAO-uitkeringgenietenden, namen behoorlijk toe (vervijfvoudiging respektievelijk verdubbeling).
Het is verrassend dat een relatief gunstige verhouding op de arbeidsmarkt in positieve zin samenhangt met een relatief hoog percentage "afhankelijken" of WAO-ers.

Een nadere analyse van deze beviningen, waarin niet de hier onderzochte respondenten maar de gemeenten zelf de eenheden van onderzoek vormden, wees uit dat er feitelijk geen sprake was van een samenhang tussen de verhouding GOV/GAR en het percentage WAO, indien rekening werd gehouden met de urbanisatiegraad van de gemeenten (zie Wiersma, et.al.,1979).Splitsing enerzijds in plattelandsgemeenten en anderzijds in geurbaniseerde en meer of minder geindustrialiseerde gemeenten, leverde als resultaat op dat in de laatstgenoemde gemeenten het percentage WAO veel hoger was, en de verhouding tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt veel gunstiger, dan in de eerstgenoemde. Een signifikante samenhang tussen beide variabelen bestond in het ene noch in het andere type gemeente.
Het ontbreken van een samenhang is verrassend, indien men veronderstelt dat een slechte situatie op de arbeidsmarkt leidt tot een groter beroep op de WAO. Een verklaring voor deze uitkomst voert ons in het kader van dit onderzoek te ver. Elders zijn we er dieper op ingegaan.

Tenslotte, de politieke voorkeur voor links onder de bevolking komt overeenkomstig de verwachtingen vooral tot uitdrukking in de verstedelijkte gemeenten en in gemeenten waarin de afhankelijkheid van de sociale voorzieningen relatief groot is.

8. De jeugdsituatie van de respondent.

Hierbij ging het om de huiselijke omstandigheden in de jeugd van de respondent (tot het 16e levensjaar), om ervaringen zoals overlijden, echtscheiding of hertrouwen van ouders, overlijden van broers of zusters, veelvuldige ziekte bij de gezinsleden of de respondent zelf, langdurige afwezig-

heid van een ouder of van de respondent en zijn opvoeding bij anderen dan zijn eigen ouders. Hiermee trachtten we te peilen in hoeverre iemands uitgangspositie voor zijn latere leven destijds in ongunstige zin was beïnvloed.

Zo had 19% het overlijden van een ouder, broer of zuster meegemaakt. Bij 32% van de respondenten was er sprake van veelvuldige ziekten thuis. In een kwart van die gevallen betrof dit de respondent zelf en 6% was bij anderen grootgebracht.
De meeste van deze kenmerken (negen in totaal) hielden geen signifikant verband met elkaar. Het overlijden van een ouder of een echtscheiding leidde echter uiteraard nogal eens tot een nieuw huwelijk bij iemands vader of moeder.

We veronderstellen dat dergelijke jeugdervaringen tot een grotere kwetsbaarheid van de respondent kunnen leiden met als gevolg een sterkere binding aan de ziekerol. Dit kan een (relatief) lange ziekteduur met zich mee brengen.

9. De beroepskarriere gedurende de laatste 10 jaren.

Iemands huidige positie op de arbeidsmarkt volgt ten dele uit zijn beroepskarriere, zijn kansen voor de toekomst worden behalve door zijn opleiding en leeftijd mede bepaald door ervaringen uit het (recente) verleden. De in het onderzoek gestelde vragen betroffen de volgende onderwerpen:

- de duur van het huidige dienstverband: korter dan 2 jaar, 2 tot 10 jaar, langer dan 10 jaar; aantal veranderingen van werk(gedurende de afgelopen 10 jaar) : geen, een of tweemaal, drie keer of meer;
- was dit een verandering op eigen initiatief (geen, een- of tweemaal, drie keer of meer) of was die verandering gedwongen (geen, eenmaal, tweemaal of meer);
- is er sprake geweest van een verandering in de aard van de werkzaamheden (neen, ja);
- ooit als zelfstandige werkzaam geweest (neen, ja);
- totale duur van werkloosheid gedurende de afgelopen 10 jaren (geen, minder dan een half jaar, langer dan een half jaar);
- aantal keren dat iemand werkloos is geweest (geen, eenmaal, meermalen);
- vroeger ooit officieel of officieus om medische redenen afgekeurd voor het werk (neen, ja).

In 34% van de gevallen was iemand al langer dan 10 jaar bij de huidige werkgever en in 28% korter dan twee jaar. Ook had 28% in die periode drie of meer keer van baan gewisseld; 22% moest een of meermalen gedwongen van werk veranderen; 9% was vroeger ooit zelfstandig werkzaam geweest.
Een kwart van de ondervraagde respondenten was in die 10 jaar wel eens kortere of langere tijd werkloos geweest, de helft zelfs vaker dan één keer.
In 15% van de gevallen was er vroeger al eens sprake geweest van een medische afkeuring.

Deze negen variabelen betreffende de beroepskarriere correleren uiteraard sterk met elkaar. Een uitzondering hierop vormt de variabele betreffende de vroegere zelfstandigheid, die met de andere nauwelijks verband houdt.

10. De geldigheid en betrouwbaarheid van de onafhankelijke variabelen.

De wijze van informatieverzameling roept onvermijdelijk twijfels op omtrent de geldigheid en betrouwbaarheid van de gebruikte variabelen. Theoretisch kan men bij elke variabele twisten over de vraag in hoeverre het beoogde kenmerk of verschijnsel werkelijk is gemeten en adekwaat is weergegeven. Op verschillende plaatsen in het voorgaande zijn we op die vraag reeds ingegaan. Vormen de indikatoren van de "stress" een goede benadering van de ernst van de feitelijk aanwezige "stress"? Is iemands coping-vermogen op adekwate wijze weergegeven door de vier gebruikte coping-maten? Wat de laatste vraag betreft, is uit de gebrekkige onderlinge samenhangen tussen de coping-maten wel duidelijk geworden dat het probleem van de validiteit niet geheel bevredigend is opgelost. We gaan er in het algemeen vanuit dat de gebruikte variabelen wel redelijk valide zijn.
In ieder geval pleit voor de validiteit van de meeste onafhankelijke variabelen dat ze gemeten zijn onafhankelijk van de meting van de afhankelijke variabelen. Alle variabelen betreffende de binding aan de ziekerol en aan de arbeidsrol, werden gemeten tijdens de vierde ziektewetmaand. Dit gold ook voor het oordeel van de respondent over de ekonomische positie van het bedrijf en de (te verwachten) veranderingen daarin alsmede voor de kenmerken van zijn jeugdsituatie en zijn beroepskarriere. Ook de basiskenmerken van de respondent waaronder de prognose van de verzekeringsgeneeskundige,

werden toentertijd vastgelegd. De beoordeling van de kwetsbaarheid van het bedrijf door de deskundigen van het GAB en het ETI werd pas naderhand verricht, toen de fase van onderzoek bij de respondenten was afgesloten. Bij deze beoordeling bleef overigens buiten beschouwing iemands ziekteduur en iemands eventuele overgang in de WAO. De maten voor de psychosociale "stress" hebben uiteraard alleen betrekking op informatie uit het tweede interview voorzover het gaat om "stress" uit de periode vóór herstel of vóór de overgang in de WAO. De coping-maten betreffende de schatting van de "stress" en de adekwaatheid van het gedrag zijn gebaseerd op gegevens die op beide onderzoeksmomenten werden verkregen. De angstigheidslijst werd na het eerste gesprek aan de respondent voorgelegd en de beheersingslijst na het tweede gesprek.

Een ander probleem vormt de mate van betrouwbaarheid van de variabelen. Het gaat voornamelijk om subjektieve gegevens, waarbij misverstand kan bestaan tussen de onderzoeker en de ondervraagde (de werknemer, de verzekeringsgeneeskundige, de ambtenaar van het arbeidsbureau) over de betekenis van de vragen. In hoeverre in de beantwoording allerlei toevallige fouten hebben meegespeeld, is niet precies bekend. We kunnen uit de -coëfficiënt van de verschillende indices afleiden dat deze redelijk betrouwbaar zijn gemeten. Voor een aantal andere variabelen hebben we dergelijke informatie niet, zoals voor de schatting van de kwetsbaarheid van het bedrijf of van de arbeidsplaats van de respondent, of voor de prognose van de aandoening. Wat betreft de beoordeling van de ernst van de "stress" en de adekwaatheid van het coping-gedrag kunnen we stellen dat zoveel mogelijk waarborgen en kontroles in het proces van intersubjektieve beoordeling zijn ingebouwd. Er is gewaakt tegen onduidelijkheid in de te volgen procedure, het gebruik van irrelevante informatie, eenzijdigheid in de keuze van het beperkte aantal scores, kontaminatie door bepaalde maatschappelijk opvattingen etc. (zie hiervoor o.a. De Groot, 1972). Gegeven het feit dat alle leden van het panel akademici waren - zij het afkomstig uit verschillende sociale milieus - is enige subkulturele vertekening waarschijnlijk, doch beperkt. We hebben tenslotte nagegaan in hoeverre de houding van de ondervraagde tijdens het interview en de interviewsituatie zelf van invloed zijn geweest op de rapportage van "stress"-volle gebeurtenissen en problemen.
De houding van de respondenten werd weergegeven in twee dimensies: klagen - loochenen en openhartig - gesloten. De klagers onderscheidden zich van de loochenaars door:

1. meer akute "stress" - onafhankelijk van de persoon - ; en
2. minder akute "stress" - afhankelijk van de persoon.

Beide vormen van "stress" hadden betrekking op de periode van één jaar rond de ziekmelding. Dit is eigenlijk een opmerkelijke uitkomst, omdat men het tegendeel zou verwachten.

Bij de als openhartig beschouwde mensen werd méér "stress" gekonstateerd dan bij de gesloten mensen namelijk:

1. meer chronische "stress" - onafhankelijk van de persoon - ;
2. meer akute "stress" - eveneens onafhankelijk van de persoon -; en
3. meer stoornis-afhankelijke "stress".

Kortom, de houding van de respondent maakte wel enig verschil, ook al zijn de correlaties met de "stress"-maten niet hoog; ze liggen net boven het signifikantie niveau.

De interviewsituatie tijdens de eerste fase van het onderzoek werd gekategoriseerd naar de aan- of afwezigheid van een ander bij het gesprek en zijn positieve of negatieve invloed er op (of geen invloed). Uit de variantie-analyse kwam naar voren dat een situatie waarin iemand anders een positieve invloed had op het gesprek tot een hogere score leidde wat betreft de akute (vooral persoons afhankelijke) "stress" gedurende het jaar rondom de ziekmelding. Het is aannemelijk dat in een dergelijke situatie vaker gebeurtenissen worden gerapporteerd en meer informatie over het gebeuren wordt gegeven ("twee weten meer dan een"). Deze uitkomst was wel verwacht. Al met al zijn de verschillen niet indrukwekkend en komen ze niet bij alle "stress"-maten voor, zodat de betekenis ervan voor de resultaten van het onderzoek beperkt zullen zijn.

Hoofdstuk VIII. Bevindingen I. De feitelijke ziekteduur en de overgang naar de WAO.

1. De opzet van de analyse.

De operationalisering van de in het theoretisch model gehanteerde begrippen heeft een tamelijk grote hoeveelheid variabelen opgeleverd. Dit heeft tot op zekere hoogte ook gevolgen voor de analyse. Het grote aantal verklarende variabelen in kombinatie met een zevental maten voor de feitelijke en de relatieve duur van het verzuim, als de te verklaren variabelen, maakt het ondoenlijk alle denkbare samenhangen diepgaand te bestuderen en te rapporteren. De keuze voor een aanzienlijke reduktie van dat aantal stuitte op bezwaren niet alleen vanwege het verlies aan relevante informatie maar ook vanwege de noodzaak tot een afzonderlijke selektie voor elk van de afhankelijke variabelen. We hebben derhalve gekozen voor een tweeledige opzet van de analyse.

De eerste is tamelijk extensief van aard, omdat een breed gebied van invloeden op het langdurig ziekteverzuim zal worden onderzocht. Hierbij komt achtereenvolgens aan de orde: de betekenis van de verschillende onderdelen van het theoretisch model, zoals:

- de binding aan de ziekerol en de arbeidsrol;
- de psychosociale belasting
- de belastbaarheid en de weerbaarheid;
- de kwetsbaarheid van het bedrijf;
- het sociaal-kulturele en sociaal-politieke klimaat van de woongemeente, en tenslotte;
- de overige kenmerken van de persoon (iemands jeugdervaringen en beroepskarriere).

Via elk van deze ingangen presenteren we de bevindingen over de invloed van de variabelen op het ziekteverzuim. De bespreking betreft dan niet alleen de direkte samenhangen tussen de afhankelijke en de onafhankelijke variabelen, maar tevens de indirekte verbanden. Dat wil zeggen gekorrigeerd voor zulke kenmerken van de persoon en van zijn ziekte als leeftijd, opleiding, beroep, burgelijke staat, diagnose en ernst van de aandoening. Daarnaast gaan we na welke van de onderzochte variabelen binnen elk onderdeel van het theoretisch model relatief de grootste bijdrageleveren aan de verklaring van de verschillen in het verzuim. De resultaten betreffende de feite-

lijke ziekteduur worden in dit hoofdstuk besproken en die betreffende de relatieve ziekteduur, te weten de diskrepantie tussen de verwachte en de werkelijke ziekteduur en de terugblik op de ziekteduur, in het volgende. Op grond hiervan kunnen we een eerste antwoord geven op de vraag welke faktoren van enige betekenis lijken voor het langdurig ziekteverzuim.

Het tweede deel van de analyse is gericht op de evaluatie van het gehele model. De onderlinge relaties tussen de verklarende variabelen komen dan aan de orde. Op basis van een beperkt aantal variabelen zal het model globaal worden besproken. Bijzondere aandacht wordt geschonken aan de verhouding tussen psychosociale belasting en het verweer daartegen, in relatie tot de andere kenmerken van de persoon, zijn ziekte en zijn arbeidssituatie. Tevens wordt nagegaan in hoeverre de bevindingen over het verzuim eveneens van toepassing zijn op ongevalspatiënten en op patiënten met een ziekte van de bewegingsorganen.

Deze analyse heeft alleen betrekking op de feitelijke ziekteduur en op de overgang naar de WAO. De andere verzuimmaten zullen daarin verder niet meer worden betrokken.

2. De gebruikte technieken.

Het doel van de analyse is gericht op de verklaring van verschillen in de feitelijke en de relatieve duur van het verzuim. We gebruiken hiervoor de enkelvoudige en partiële correlatie-rekening. De toepassing van deze techniek is echter gebonden aan voorwaarden voor het meetniveau, de verdeling van de respondenten over de variabelen en de aard van de samenhang tussen die variabelen. Aan deze voorwaarden is in de meeste gevallen slechts ten dele voldaan.

Het meetniveau van onze variabelen heeft meestal een ordinaal karakter. Bovendien vinden we vaak een scheve verdeling van de respondenten. Hierdoor kan de maximale correlatie nooit 1.0 worden, hetgeen betekent dat het feitelijk aanwezige verband enigszins wordt onderschat.

Een ander punt betreft de verwachte samenhang tussen de variabelen. In de regel is het aannemelijk een lineair verband te veronderstellen. Op theoretische gronden is dat niet altijd het geval zoals bij de psychosociale belasting: een sterke belasting kan namelijk tot verschillend ziekte- of afwezigheidsgedrag leiden; de een "vlucht" in zijn werk, terwijl de ander juist

thuis zijn heil tracht te zoeken. Opsporing van dergelijke verbanden kan dan geschieden aan de hand van kruistabellen. Waar dit om theoretische redenen geëigend leek is die werkwijze gevolgd. Reeds nu melden we dat dit niet tot verrassende resultaten heeft geleid. Ook indien de respondenten scheef waren verdeeld over de kategorieën van een variabele werd ter kontrole een kruistabel gemaakt. Met name bij de schatting van en de terugblik op de verzuimduur, waarbij door de reduktie in omvang van de onderzoeksgroep soms veel respondenten in bepaalde kategorieën uitvielen, is deze procedure gevolgd.

Ondanks deze bezwaren die aan het gebruik van de correlatie-rekening kleven voor onze variabelen, zijn de voordelen groot. De bestudering van dergelijke aantallen van direkte en indirekte samenhangen was anders nauwelijks mogelijk geweest.

Tenslotte voeren we voor elk onderdeel van het model en naderhand ook voor het totaal een (forward) stapsgewijze multipele regressie uit. Deze geeft het totale percentage verklaarde variantie weer van de feitelijke en de relatieve duur van het verzuim. Bovendien verkrijgen we aan de hand van de beta-coëfficiënten inzicht in de mate waarin elk van die variabelen bijdraagt aan de verklaring. De beta-coëfficiënt is een gestandaardiseerde regressie-coëfficiënt die aangeeft hoeveel verandering door die variabele in de afhankelijke te weeg wordt gebracht, waarbij de invloed van de overige onafhankelijke variabelen is uitgeschakeld.

3. De wijze van presentatie van de bevindingen.

De bevindingen worden besproken aan de hand van:

- de enkelvoudige correlaties (de Pearson correlatie-coëfficiënt) tussen de verklarende en de te verklaren variabelen. In de tabellen in de tekst wordt alleen melding gemaakt van correlaties die signifikant zijn bij een signifikantie-drempel van 5% (éénzijdig). Voor de gehele onderzoekspopulatie van 205 personen betekent dit dat alle correlaties van +.12 en hoger of -.12 en lager signifikant zijn. In bijlage 2 vindt men de volledige weergave van de resultaten van de enkelvoudige correlatie-rekening.
- de partiële correlaties waarbij de invloed van zulke kenmerken als de leeftijd, het beroep, de opleiding, de burgelijke staat, de diagnose en de medische prognose van herstel is uitgeschakeld. In het algemeen zal worden volstaan met een uiteenzetting zonder weergave van de precieze getallen, aangezien het effekt veelal beperkt is gebleven tot een daling of

stijging met enkele punten ten opzichte van de oorspronkelijke correlaties. Waar een aanzienlijke verschuiving is opgetreden, zal ook de partiële correlatie worden vermeld.

- De beta-coëfficiënten en de multipele correlatie. We beperken ons opnieuw tot die variabelen, welke relatief nog een betekenisvolle bijdrage leveren aan de verklaring van de afhankelijke variabelen. We hanteren hierbij een ruimer selektie-kriterium door het signifikantie-niveau te stellen op 10% (éénzijdig). Voor elk onderdeel van het model worden alléén die variabelen gepresenteerd en besproken welke aan die voorwaarde voldoen. De multipele correlatie alsmede het percentage verklaarde variantie is daarop gebaseerd.

De toetsing van de hypothesen vindt dus in eerste instantie op verschillende wijzen plaats. Naast de rechtstreekse samenhangen wordt gekeken naar het relatieve belang van een bepaalde faktor, zowel ten opzichte van de basiskenmerken van de persoon en zijn ziekte als ten opzichte van de andere faktoren die onder één conceptuele noemer zijn gebracht.
Op basis van deze analyse kunnen we uiteindelijk nog niet meer dan voorwaardelijke uitspraken doen over de betekenis van een variabele voor het langdurig ziekteverzuim. Bijvoorbeeld indien alléén na konstanthouding van de zes basiskenmerken de correlatie tussen de afhankelijke en een onafhankelijke variabele signifikant zou blijken dan staat de definitieve uitslag nog niet vast, omdat de invloed van variabelen uit de andere onderdelen van het model buiten beschouwing is gebleven. Pas in het tweede deel van de analyse kan daarover meer worden gezegd.
Niettemin beschouwen we een veronderstelling betreffende een bepaalde variabele in belangrijke mate ondersteund indien zowel in de enkelvoudige als in de partiële en multipele regressie-rekening het verband duidelijk aantoonbaar is, dat wil zeggen dat de correlatie-coëfficiënt signifikant is.

4. Bevindingen.

De resultaten betreffende de drie maten voor de duur van het verzuim.

- het aantal volledige ziektedagen
- het aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen, en
- de overgang naar de WAO.

In een vorig hoofdstuk zagen we dat een slechte prognose in de ogen van de verzekeringsgeneeskundige en de geringe geschooldheid van het beroep van de respondent samenhingen met de duur van het ziekteverzuim. Voor de overgang naar de WAO kwam daar de faktor van de leeftijd bij. We zullen nu nagaan welke andere, ten dele met de bovengenoemde kenmerken verbonden faktoren een rol spelen bij de ziekteduur.

4.1. De ziekerol.

We onderzochten onder deze noemer vijf aspekten van de situatie waarin de respondenten gedurende de eerste drie maanden van hun arbeidsongeschiktheid verkeerden:
- de perceptie van de ziekte;
- de perceptie van het behandelingsplan;
- de aktieve coping in het kader van dat plan;
- de beleving van de ziektesituatie, en;
- de perceptie van de reaktie van de omgeving op iemands lichamelijke beperking.

De laatste twee aspekten waren door meerdere variabelen geindiceerd. In totaal ging het bij de binding aan de ziekerol om 9 variabelen. In wezen zijn dit aspekten van het ziektegedrag waarvan de gevolgen voor het verdere verzuim uiteen kunnen lopen. Dit bleek overigens slechts bij drie aspekten het geval te zijn. Tabel 1 (zie hiervoor de volgende pagina) brengt deze resultaten in beeld. Een streepje in de tabel geeft aan dat de desbetreffende correlatie of beta-coëfficiënt niet signifikant was. Tussen haakjes wordt de enkelvoudige correlatie geplaatst indien deze niet maar de beta-coëfficiënt wel het gestelde signifikantie-niveau heeft bereikt.

Eén faktor valt zeer duidelijk op: sombere verwachtingen van de respondent omtrent de kans op herstel brachten een langere ziekteduur met zich mee en bepaalden in sterke mate de overgang naar de WAO. Deze ziekteperceptie vormde de pendant van de prognose van de verzekeringsgeneeskundige. De beide variabelen van de ziekteperceptie en van de prognose correleerden dan ook sterk met elkaar: r=.46. Hoewel er sprake is van overlap tussen beide bleef het verband tussen de ziekteperceptie en de ziekteduur redelijk intakt, wanneer de invloed van de basiskenmerken werd uitgeschakeld. De partiële correlaties van de zesde orde met alle drie de verzuimmaten liggen

ongeveer 13 punten lager ten opzichte van het oorspronkelijke verband ($r_{part} = \pm .40$). Deze pessimistische kijk op de nabije toekomst troffen we vooral aan bij de oudere mensen met een ziekte van de bewegingsorganen, die tevens wat vaker in de lagere beroepen werkzaam waren. Door hen werd de noodzaak tot afwezigheid kennelijk het sterkst gevoeld.

Tabel 1: De samenhang tussen aspekten van de ziekerol en de ziekteduur (n=205).

	aantal volledige ziektedagen (weinig-veel)		aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen (weinig-veel)		overgang naar de WAO (neen - ja)	
	r	beta	r	beta	r	beta
Ziekteperceptie (gunstig-ongunstig)	.53	.48	.53	.48	.56	.56
Perceptie behandelingsplan (onduidelijk-duidelijk)	-.33	-.14	-.29	-.13	-.27	-
Perceptie reaktie omgeving (gunstiger-ongunstiger)						
- herstelkansen	(-.10)	-.16	-	-	-	-
- ziek zijn	.15	.17	-	-	-	-
- gehandicapt zijn	.13	-	-	-	-	-
Multipele correlatie		.59		.55		.56
Perc.verklaarde variantie		35%		30%		32%

De correlatie tussen deze ziekteperceptie en de ziekteduur is de hoogste uit het gehele onderzoek. De vraag dringt zich dan ook op, gezien de zelfstandige betekenis van deze variabele, waarop de voorspellende waarde ervan berust. In het tweede deel van de analyse bij de evaluatie van het model komen we hierop terug.

Naast de ziekteperceptie speelden nog twee andere faktoren een rol bij de duur van het verzuim. Deze hadden een meer direkte relatie met de achtergrond waartegen de ziekte of de handicap zich voordeed. Enerzijds ging het om de bejegening door de artsen, fysiotherapeuten en anderzijds om die door de levenspartner of familieleden.

In de eerste plaats veroorzaakten onduidelijkheid over de aandoening en gebrek aan informatie over de gevolgen ervan een onmiskenbare verlenging van

de ziekteduur. Uit de relatief lage beta-coëfficiënt van deze variabele is af te leiden dat de ziekte- en de behandelingsperceptie elkaar voor een deel overlapten (de enkelvoudige correlatie tussen beide is -.38).
Een onverwachte bevinding, die bovendien strijdig is met onze eigen ervaringen opgedaan tijdens het onderzoek, is dat aktieve coping naar aanleiding van onzekerheid over de behandeling geen noemenswaardig effekt had op de ziekteduur. Een dergelijke houding bracht overigens wel meer duidelijkheid in het behandelingsplan, maar veranderde uiteindelijk weinig aan de ziekteperceptie en derhalve ook aan de verdere ziekteduur.
In de tweede plaats had ook de perceptie van de reaktie van de omgeving (beperkte) gevolgen voor de ziekteduur. Dit betrof eigenlijk alleen de duur van het volledige verzuim. De perceptie dat iemands omgeving hem zieker of meer gehandicapt beschouwde ging samen met een langere ziekteduur. Dit effekt trad sterker naar voren indien de basiskenmerken konstant werden gehouden. Onverwacht was dat naarmate de omgeving gunstiger dacht over iemands herstelkansen dan hij zelf de kans op een langer ziekteverzuim groter bleek. Vermoedelijk is het kleine aantal respondenten (namelijk vier personen) in de desbetreffende kategorie hieraan mede debet. Twee van de vier personen kwamen uiteindelijk in de WAO terecht. Het verschil in opvatting tussen de respondent en zijn huisgenoten was dus nogal groot uitgevallen.

De besproken variabelen bonden ruim 30% van de variantie in het verzuim. Een overheersende rol speelde daarbij de wijze waarop iemand zijn aandoening en de eventuele gevolgen daarvan voor zijn werk beoordeelde. Deze faktor was eigenlijk de enige belangrijke voorspeller van de overgang naar de WAO.
Van de vijf onderscheiden aspekten betreffende de binding aan de ziekerol waren twee van geen enkele betekenis.

. de aktieve coping naar aanleiding van het behandelingsplan, en
. de negatieve beleving van de arbeidsongeschiktheid, dat wil zeggen moeite met een bestaan zonder werk en gevoelens van verveling.

Het aspekt van de reaktie van de omgeving was wel van enige betekenis. Min of meer hetzelfde gold voor de perceptie van het behandelingsplan.

4.2. De arbeidsrol.

De kansen op langdurig afwezigheidsgedrag achtten we groter naarmate:
- iemand minder gemotiveerd was voor zijn werk;

- de sociale verhoudingen in de werksituatie en
- de belangstelling vanuit het bedrijf tijdens iemands ziekte te wensen overlieten;
- de aanwezigheid van aspekten van het werk zoals veel staan en lopen, lichamelijk zware arbeid etc. die door het speciale karakter van de aandoening problemen zouden kunnen geven (fysieke werkbezwaren); en tenslotte
- de vervulling van de arbeidsrol op gespannen voet stond met die van de rollen in het gezinsleven en de vrije tijd, zoals kon voortvloeien uit veel overwerk, ploegendienst, langdurige uithuizigheid, de ervaren werkbelasting, etc.

In totaal ging het om 15 variabelen die in de analyse werden betrokken, waarvan de belangrijkste resultaten in tabel 2 zijn vermeld.

Tabel 2: De samenhang tussen aspekten van de arbeidsrol en de ziekteduur (n=205).

	aantal volledige ziektedagen (weinig-veel)		aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen (weinig-veel)		overgang naar de WAO (neen - ja)	
	r	beta	r	beta	r	beta
Sociale verhoudingen (slecht - goed)	.13	-	.12	-	-	-
Fysieke werkbezwaren (weinig - veel)	.17	.16	.13	.12	.14	-
Overige werkaspekten (neen - ja)						
- lopende band	.15	.15	.12	.12	-	-
- vrijheid werk	-.13	-	-	-	-	-
- overwerk	-.14	-	-.12	-	-.14	-.16
- werkbelasting(aard werk)	-	-	-	-	(.11)	.24
- werkbelasting(aard persoon)	.19	.19	.19	.19	.17	.24
- werkbelasting(beide redenen tegelijk)	-	-	-	-	(-.04)	.24
Multipele correlatie		.29		.26		.29
Perc. verklaarde variantie		8%		7%		8%

Het meerendeel van de voorspellingen over het ziekteverzuim werd niet of slechts ten dele bevestigd. Met de drie verzuimmaten hadden respektieve-

lijk zes, vijf en drie variabelen een signifikant verband. Na uitschakeling van de basiskenmerken waren deze aantallen achtereenvolgens, twee, één en één. Ook in de multipele regressie bleken maar enkele variabelen het gestelde signifikantie-niveau te bereiken.
Onze eerste konklusie is dat in het algemeen de aard van het werk en de verdere werkomstandigheden in ruime zin van betrekkelijk geringe betekenis waren voor de duur van het verzuim en de overgang naar de WAO.

De invloed van het beroep deed zich sterk gelden bij vrijwel alle aspekten van de arbeidsrol. Het minder geschoolde beroep correleerde uiteraard met vele werkaspekten zoals veel fysieke werkbezwaren, lopende band werk, ploegendienst, overwerk, etc. De partiële correlaties na uitschakeling van de basiskenmerken waren op twee na niet meer signifikant. Die twee uitzonderingen betroffen

- de sociale verhoudingen. De onverwachte bevinding hierbij was de plezierige verhoudingen met collega's en de baas samenhing met de duur van het verzuim (niet met de overgang naar de WAO).
  Het is mogelijk dat een goede werksfeer een wat grotere tolerantie en vrijheid ten opzichte van het verzuim meebracht.
- de subjektief beleefde werkbelasting vanwege de aard van het werk.
  Deze relatie met het verzuim hield ook in de verdere analyse stand.

Na uitschakeling van de invloed van de basiskenmerken werd bovendien de correlatie tussen de volledige ziekteduur respektievelijk de overgang naar de WAO en de werkbelasting vanwege de aard van de betrokkene signifikant (de $r_{part.}$ is .12 en .17). In deze analyse is de werkbelasting zoals die door iemand werd beleefd onderscheiden naar de "oorzaak" daarvan (zie tabel 2). Wanneer we deze bij elkaar nemen tot één variabele -varierend van geen, weinig naar enige tot duidelijke, veel werkbelasting - konstateren we eveneens een signifikant verband met de duur van het verzuim. Partialisering deed ook nu de correlatie-coëfficiënt stijgen (de r_{part} zijn respektievelijk .17, .20 en .13). Dus hoe meer iemand zich door of in zijn werkzaamheden belast en beladen voelde hoe langer de ziekteduur en hoe vaker de overgang naar de WAO.

In de multipele regressie-analyse bleven nog slechts enkele variabelen over die een signifikante bijdrage leverden aan de verklaring van de ziekteduur. Dat betrof.

- het aantal fysieke werkbezwaren;
- het werk aan de lopende band;

- de werkbelasting vanwege de aard van de betrokkene.

Voor de overgang naar de WAO lag dit wat anders. Voorspellende waarde had nu vooral de subjektieve werkbelasting om welke reden dan ook. De betekenis van de belastbaarheid werd nog eens benadrukt door de negatieve samenhang tussen de afkeuring en het verrichten van veel overwerk. Juist die afwezigheid van dergelijke belastende werkomstandigheden hing samen met een langere ziekteduur en de overgang in de WAO. Het is mogelijk dat bij mensen die extra inkomen hadden vanwege overwerk de achteruitgang in inkomen mee een rol speelde bij de beslissing om zich al of niet te laten afkeuren. Dit beperkte aantal van drie respektievelijk vier variabelen verklaarde ongeveer 8% van de variantie in de afhankelijke variabelen. Hoewel de overige daaraan niet signifikant meer bijdroegen, werd door alle 15 variabelen ongeveer 13% verklaarde variantie bereikt ($p < .05$); al met al aanmerkelijk minder dan bij de ziekerol.

Zowel bij de ziekerol als bij de arbeidsrol bleek dat faktoren met een duidelijk persoonsgebonden karakter op de voorgrond traden. In het ene geval iemands sombere verwachtingen omtrent zijn herstel en in het andere geval iemands gevoelens van overbelasting. De in de omgeving gelegen faktoren verloren dan, vooral wanneer het ging om de breuk in iemands arbeidsbestaan, verhoudingsgewijs hun invloed.

4.3. De psychosociale "stress".

We zijn nu beland bij de centrale vraagstelling van dit onderzoek. Onze globale verwachtingen betroffen een verlenging van de ziekteduur bij een toenemende belasting. Vooral de medische afkeuring zou verband houden met de ernst van de "stress", met name met die welke als afhankelijk van de persoon was te karakteriseren.

We maakten onderscheid tussen chronische en meer akute problematiek, welke laatste werd verdeeld over verschillende perioden in relatie tot de datum van de ziekmelding, of van de herstelmelding dan wel van de overgang naar de WAO. Naast deze "stress"-faktoren legden we apart de "stress" vast die rechtstreeks te maken had met de reden van de ziekmelding. Met deze laatste zullen we beginnen.

De stoornis-afhankelijke "stress".

De "stress" tengevolge van gebeurtenissen als vroegere verzuimen,

ziekenhuisopnamen, operaties en wachttijden oefende een duidelijk verlengende invloed uit op de ziekteduur. Dit verband kan gespecificeerd worden naar de periode waarin die "stress" is ontstaan en naar de relatie met de kenmerken van de persoon en zijn ziekte. Tabel 3 geeft de enkelvoudige en de partiële correlaties waarbij de zes basiskenmerken konstant zijn gehouden. Daaruit blijkt dat de zwaarte van dergelijke "stress"volle lotgevallen een voorspellende waarde had voor de verdere duur van het verzuim en de overgang naar de WAO, die slechts in geringe mate door de leeftijd, het beroep en de prognose werd beinvloed.

Tabel 3: De samenhang tussen stoornis-afhankelijke"stress" en de ziekteduur, uitgedrukt in enkelvoudige en partiële correlaties van de 6-de orde (n=205).

	aantal volledige ziektedagen (weinig-veel)		aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen (weinig-veel)		overgang naar de WAO (neen - ja)	
	r	r_{part}	r	r_{part}	r	r_{part}
Stoornis-afhankelijke stress(weinig - veel)						
- 1 jaar rond de ZM*	.22	.19	.20	.17	.14	-
- ofwel gespecificeerd -						
9 maanden vóór de ZM*	.24	-	.24	-	.26	-
3 maanden na de ZM*	(.05)	.15	(.03)	.13	-	-

ZM = ziekmelding

De basiskenmerken correleerden niet signifikant met de totale "stress" voor het gehele jaar rond de ziekmelding. Opsplitsing in twee perioden vóór en na de ziekmelding veranderde deze samenhang.
De enkelvoudige correlaties tonen vooral de betekenis van de gebeurtenissen van vóór de door ons onderzochte ziekteperiode. Vooral de medische afkeuring bleek door de "stress" uit deze periode te worden bepaald. Partialisering van de verbanden liet daarentegen zien dat de "stress" uit de laatste periode van (iets) groter belang was. Voor de overgang naar de WAO telden de "medische" gebeurtenissen vóór en na de ziekmelding nauwelijks mee. Het bleek dat de jongere respondenten met ongevallen en met een gunstiger prog-

nose gedurende de eerste drie maanden van de ziektewet vaker met stoornisafhankelijke "stress" gekonfronteerd werden. De "stress" van vóór de ziekmelding trof juist mensen met een chronische ziekte van de bewegingsorganen. De verzekeringsgeneeskundigen hadden daarmee uiteraard ten dele rekening gehouden in hun oordeel over de aandoening. Vandaar ook de daling van de partiële correlaties.

Indien we de periode van zes of drie maanden voor het herstel of de overgang naar de WAO in beschouwing nemen, zien we dat géén van de direkte of indirekte verbanden tussen de "stress" en de ziekteduur het gestelde signifikantie-niveau bereikten. De richting van de correlaties is bovendien steeds negatief; dat wil zeggen dat juist geringe "stress" van deze aard samenhing met een lang verzuim.
Dit is te verklaren door het feit dat "stress"volle medische bemoeienissen in de laatste fase van de langere ziekteduren weinig meer voorkwamen, vooral niet bij de oudere mensen met een enigszins sombere prognose.

De stoornis-onafhankelijke "stress".

Het bleek dat de chronische problematiek noch de meer akute problematiek van veel betekenis was voor de ziekteduur of de overgang naar de WAO. Géén van de totale of de partiële correlaties was signifikant op het 5%-niveau. Dit gold ook voor de gebeurtenissen in de verschillende perioden.

Verdere bestudering van de aard van de "stress" betreffende de afhankelijkheid versus de onafhankelijkheid van de persoon bracht evenmin veel tekening in de samenhangen. Een van onze verwachtingen over de aard van de "stress" was dat persoonsgebonden psychosomatische klachten of relatie-problemen iemands ziekte- of afwezigheidsdrempel zou verlagen, en derhalve aanleiding zou geven tot een langduriger verzuim danwel tot een medische afkeuring. De enige uitzondering vormde "stress" gedurende de drie maanden direkt na de ziekmelding die als onafhankelijk van het psychisch inadekwaat funktioneren van de persoon was gekarakteriseerd. De totale (en partiële) correlaties met de drie maten voor het verzuim zijn -.12 (-.12), -.12 (-.11) en -.16 (-.17), hetgeen opnieuw de aandacht vestigt op de onverwachte bevinding, dat psychosociale "stress" eerder het effekt had van een beperking van ziekte- en afwezigheidsgedrag. Door middel van kruistabellering werd evenmin een non-lineair verband vastgesteld tussen de hoeveelheid "stress" en de ziekteduur.

Tot slot hebben we een multipele regressie-analyse uitgevoerd op deze 11 indices van psychosociale "stress" teneinde enig inzicht te krijgen op het relatieve belang van elk van de gebruikte maten en de signifikantie van het totale percentage verklaarde variantie.
Drie maten betroffen de stoornis-afhankelijke "stress" uit a. de periode van negen maanden vóór, b. van drie maanden na de ziekmelding en c. van zes maanden vóór de herstelmelding of de overgang naar de WAO.
Zes maten betroffen de stoornis-onafhankelijke "stress" tengevolge van gebeurtenissen uit elk van de hierboven genoemde perioden, die op zich weer is onderscheiden naar het al of niet afhankelijk zijn van het psychisch funktioneren van de persoon.
De overige twee indices hadden betrekking op de chronische problematiek, welke reeds bestond aan het begin van de onderzoeksperiode, deze beide waren eveneens opgesplitst naar de al of niet afhankelijkheid van de persoon.

Deze analyse leverde twee konklusies op:
Ten eerste dat slechts twee van de 11 indices een signifikante bijdrage leverden. Dat waren enerzijds de stoornis-afhankelijke "stress" vóór de ziekmelding en de stoornis-onafhankelijke "stress" in de drie maanden daarna anderzijds (zie tabel 4).

Tabel 4: De samenhang tussen "stress" en de ziekteduur (n=205).

	aantal volleledige ziektedagen (weinig-veel)		aantal volledige plus gedeeltelijdagen (weinig-veel)		overgang naar de WAO (neen-ja)	
	r	beta	r	beta	r	beta
Stoornis-afhankelijke"stress" (weinig - veel) - 9 maanden vóór ZM*	.24	.25	.24	.25	.26	.26
Stoornis-onafhankelijke"stress" (weinig - veel) - 3 maanden na ZM*(onafhankelijk persoon)	-.12	-.12	-.12	-.12	-.16	-.16
Multipele correlatie		.27		.29		.30
perc.verklaarde variantie		7%		9%		9%

ZM = ziekmelding

De laatste betrof de psychosociale "stress" die ook onafhankelijk van de

persoon was. Het merkwaardige is dat de aanwezigheid van het ene type "stress" in kombinatie met de afwezigheid van het andere type de ziekteduur tamelijk goed voorspelden en dan nog het beste de overgang naar de WAO.

Ten tweede leverden alle 11 indices tezamen niettemin een signifikante bijdrage aan de verklaring van verschillen in de ziekteduur. Het percentage verklaarde variantie bedroeg voor de drie verzuimmaten achtereenvolgens 13%, 12% en 12% ($p < .01$). De ene helft van de indices correleerde positief met de ziekteduur, de andere helft negatief, zodat de interpretatie verre van eenvoudig is.

4.4. Het omgaan met de "stress":de belastbaarheid en de weerbaarheid.

Wij onderzochten de patronen van verweer tegen "stress" op vier manieren:
(a) gevoelens van angst voor (imaginaire) onprettige situaties;
(b) gevoelens van machteloosheid over het eigen handelen;
(c) de over- en onderschatting van de feitelijke meegemaakte "stress", en;
(d) de adekwaatheid van reakties op de ervaren "stress".
We veronderstelden dat een minder adekwate manier van omgaan met levensproblemen, zowel in houding als in gedrag, gevolgen zou kunnen hebben voor de ziekteduur. Langdurig ziekte- of afwezigheidsgedrag zou kunnen worden beschouwd als een middel voor het oplossen van levensproblematiek.
Deze veronderstelling is in dit onderzoek grotendeels bevestigd. In tabel 5 staan de (signifikante) resultaten vermeld. De partiële correlaties hebben betrekking op de uitschakeling van de invloed van de zes basiskenmerken van de persoon. De maat voor de hoeveelheid angstgevoelens is weggelaten omdat géén van de direkte en indirekte samenhangen met het ziekteverzuim van enige betekenis bleken te zijn. Bij de variabele van de schatting van de "stress" zijn de kategorieën van sterke respektievelijk matige over- en onderschatting samengenomen. Beide vormen van deze onjuiste perceptie bleken overeenkomstig de verwachtingen met de ziekteduur samen te hangen.(Zie voor tabel 5 de volgende pagina).

De interne en externe beheersing speelde een belangrijke rol in iemands coping-vermogen. Wat iemand van zichzelf verwachtte, zijn gevoelens van machteloosheid bij de beïnvloeding van zijn omgeving, het besef dat anderen je lot bepalen en dergelijke waren duidelijk van betekenis voor de

duur van het verzuim en voor de overgang naar de WAO.

Tabel 5: De samenhang tussen de patronen van verweer en de ziekteduur, uitgedrukt in enkelvoudige en partiële correlaties van de 6-de orde.

	aantal volledige ziektedagen (weinig-veel)		aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen (weinig-veel)		overgang naar de WAO (neen - ja)	
	r	r_{part}	r	r_{part}	r	r_{part}
Interne - externe beheersing van stress(n=197)	.27	.16	.25	.18	.28	.18
Onjuiste - juiste schatting (n=194)	-.13	-	-.15	-	-	-
Weinig - veel adekwaatheid (n=154)	-	-	-.15	-.14	-.18	-.15

Die invloed deed zich ook nog gelden na uitschakeling van zulke faktoren als het beroep, de leeftijd en de prognose. Vooral mensen met een geringe scholing, en dus werkzaam in overeenkomstige beroepen kenmerkten zich door een uitgesproken externe oriëntatie. De correlaties tussen respektievelijk de opleiding en het beroep en de maat voor interne en externe beheersing bedragen -.39 en -.43.

Daarnaast bleken mensen die minder adekwaat reageerden op de ervaren "stress", wat betreft hun schatting van de ernst ervan of hun daadwerkelijk gedrag, langer afwezig te zijn. Degenen die in psychosociaal opzicht zwakker in hun schoenen stonden gingen vaker over in de WAO. Dit gold wat sterker voor mensen uit de minder geschoolde beroepen en met een ziekte van de bewegingsorganen. Iemands opleiding, leeftijd of de ernst van zijn aandoening hadden met deze vormen van verweer tegen "stress" weinig te maken. Dit bleek uit de geringe daling van de partiële correlaties.

De multipele regressie-analyse van de vier coping-maten (inklusief de angstigheidslijst), die door de uitval van respondenten bij de maat voor de adekwaatheid van het gedrag betrekking had op slechts driekwart van de onderzoekspopulatie, verklaarde voor alle drie de verzuimmaten 9% van de variantie ($p < .01$). De enige signifikante bijdrage leverde de maat voor de interne en externe beheersing, die ook de faktor van de adekwaatheid van de reaktie op de "stress" volledig overschaduwde.

4.5. De kenmerken van het bedrijf.

Wat betreft de bedrijfskenmerken richtten we ons vooral op het oordeel van de respondent over de positie van zijn bedrijf en op het oordeel van deskundigen over de werkgelegenheid in het algemeen in dit bedrijf en de kwetsbaarheid van een arbeidsplaats als waarvoor de respondent in aanmerking kwam.
Ook de gegevens over de grootte van het bedrijf en de aard van het produktieproces kwamen van deze deskundigen. Daarnaast werd de respondent ondervraagd over veranderingen in het bedrijf, ontslagen, fusies, werktijdverkortingen en de invoering van een personeelsstop, die hadden plaatsgevonden in het jaar vóór het interview, of die door hem in de naaste toekomst werden verwacht.

In het algemeen bleek de betekenis van deze bedrijfskenmerken voor de duur van het verzuim en de overgang naar de WAO gering. Van de 16 variabelen die in de analyse werden betrokken, correleerden drie signifikant met de ziekteduur. We zullen kort bij de bevindingen stilstaan (zie tabel 6).

Tabel 6: De samenhang tussen de kenmerken van het bedrijf en de ziekteduur (n=205).

	aantal volledige ziektedagen (weinig-veel)		aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen (weinig-veel)		overgang naar de WAO (neen-ja)	
	r	beta	r	beta	r	beta
Aard produktieproces(zie tekst)	-.17	-.19	-.17	-.17	-	-
Werktijdverkorting (nee-ja)	.13	.14	-	-	.12	-
Verwachting van ontslagen (nee-ja)	.14	.14	-	-	.13	.13
Multipele correlatie		.28		(.17)		(.13)
perc.verklaarde variantie		8%		3%		2%

- de aard van het produktieproces: mensen die werkzaam waren in de stuk- of serie-produktie hadden gemiddeld een langere ziekteduur dan anderen uit de massa- en proces-industrie of uit de handel en dienstverlening. De tegenstelling lag duidelijk tussen de eerstgenoemden en de rest. De oorspronke-

lijke vijfdeling van deze variabele is derhalve tot een tweedeling teruggebracht. Partialisering van de basiskenmerken van de persoon deed geen afbreuk aan de signifikantie van de correlaties met de volledige respektievelijk de volledige plus gedeeltelijke ziekteduur. Op de overgang naar de WAO was deze faktor niet van invloed.

- Vroegere werktijdverkorting en iemands verwachting van ontslagen binnen het bedrijf hielden verband met de (volledige) ziekteduur en de overgang naar de WAO. Partialisering deed deze samenhangen evenwel verdwijnen. De betekenis daarvan voor de ziekteduur kwam vooral tot uiting in het lager geschoolde beroep van de respondent.

De multipele regressie-analyse bracht aan het licht, dat de drie genoemde variabelen alle een signifikante bijdrage leverden aan de verklaring van de volledige ziekteduur (ongeveer 8%). Bij de overgang naar de WAO speelde alleen iemands verwachting van toekomstige ontslagen nog een rol.
Al met al is de betekenis van de onderzochte bedrijfskenmerken voor het langdurig ziekteverzuim klein gebleken. Ook de algemene beoordeling van de positie van het bedrijf en de werkgelegenheid daarbinnen bleek weinig voorspellende waarde te hebben voor de ziekteduur, ofschoon de richting van het verband conform de verwachtingen was: hoe kwetsbaarder een bedrijf, des te langer is het gemiddelde verzuim.

4.6. De woongemeente.

We maakten een onderscheid tussen vier benaderingen van de betekenis van het samenlevingsverband voor het ziekte- en afwezigheidsgedrag van de betrokkene: de stedelijkheid, de sociaal-ekonomische struktuur, de afhankelijkheid van sociale voorzieningen en het politieke klimaat. Centraal stonden de veronderstellingen over de tolerantie voor ziekte- en afwezigheidsgedrag bij het heersende geestelijke klimaat en een bepaalde kwetsbaarheid van de sociaal-ekonomische struktuur.

De stedelijkheid.

In andere onderzoekingen blijkt de stedelijkheid positief te correleren met het ziekteverzuim: het aantal ziekmeldingen per man per jaar was hoger in de geurbaniseerde gebieden. In dit onderzoek was er alleen voorzover het het aantal volledige ziektedagen betreft sprake van een verband met de

ziekteduur, echter in strijd met de verwachtingen. Vooral in de kleinere en niet verstedelijkte gemeenten was de duur van het verzuim langer. Deze relatie manifesteerde zich het sterkst in gebieden waar relatief veel mensen werkzaam waren in de agrarische sektor (zie tabel 7).

Tabel 7: De samenhang tussen de stedelijkheid van de woongemeente en de ziekteduur, uitgedrukt in enkelvoudige en partiële correlaties van de 6-de orde (n=205).

	Aantal volledige ziektedagen (weinig - veel)	
	r	r_{part}
Urbanisatiegraad, 1971 (laag - hoog)	-.13	-
Inwoneraantal, 1975 (klein - groot)	-.15	-.13
Agrar.beroepsbevolking,1975 (klein-groot)	.18	.17
Woonforensisme, 1971 (klein - groot)	.13	.14

In de industriële kernen van de provincie, zoals de stad Groningen en de agglomoratie Delfzijl/Appingedam, was de ziekteduur gemiddeld het kortst en in de gemeenten in het Zuidelijk Westerkwartier en Oost-Groningen gemiddeld het langst. Uitschakeling van de invloed van basiskenmerken van de persoon veranderde aan deze uitkomst nauwelijks iets.
Een verklaring voor deze onverwachte bevinding kan zijn dat de bereikbaarheid en toegankelijkheid van medische voorzieningen, zoals specialistische klinische en poliklinische hulp hierbij een rol speelt. Wellicht is ook het verwijspatroon van de huisarts van belang. Mogelijk is eveneens de afstand tot het werk in het geding. Langdurig reizen van huis naar het werk kan een beletsel vormen voor een gedeeltelijke werkhervatting, indien volledig herstel nog niet is bereikt.

Bovenstaande resultaten vormen géén ondersteuning van de tolerantiehypothese. Alvorens daarover een definitief oordeel te vellen zullen we eerst de andere indikatoren van de gemeente bespreken. Gezien de hoge correlaties tussen stedelijkheid en de overige kenmerken van de sociaal-ekonomische struktuur, de afhankelijkheid van de sociale voorzieningen en de politieke kleur van de gmeenten is het denkbaar dat urbanisatie het effekt

van de andere variabelen op de ziekteduur versluiert. Werkloosheid en de kansen op werk bijvoorbeeld zijn sterk gebonden aan het stedelijke karakter van het gebied. Daarom berekenden we ook de partiële correlaties tussen de overige kenmerken van de woongemeente en het ziekteverzuim, waarbij de variabelen van de urbanisatiegraad en die van de agrarische beroepsbevolking na elkaar konstant werden gehouden.

De sociaal-ekonomische struktuur.

We onderzochten het percentage werkloosheid en de verhouding tussen de openstaande vraag naar en het aanbod van arbeid in de gemeenten in 1971 en 1975. Géén van deze maten correleerde signifikant met de ziekteduur of de overgang naar de WAO. Wel was de richting van het verband in overeenstemming met de verwachting: hoe hoger de werkloosheid of hoe slechter de verhoudingen op de arbeidsmarkt, des te langer de ziekteduur.
Bij het konstant houden van de stedelijkheid (bijvoorbeeld het percentage agrarische beroepsbevolking) steeg de correlatie tussen de overgang naar de WAO en de verhouding GOV/GAR van .08 tot .12 ($p < .05$), hetgeen de betekenis van deze faktor wat sterker deed uitkomen.

Afhankelijkheid van sociale voorzieningen.

De afhankelijkheid onder de bevolking van de sociale voorzieningen, zoals de ABW, de WWV, de RWW, de TRM en de WAO bleek géén rol te spelen bij de duur van het verzuim.
Indien alleen het percentage WAO-ers, dat in belangrijke mate het percentage afhankelijken bepaalde, in aanmerking werd genomen bestond er wel een positief verband met de ziekteduur overigens zonder nog de signifkantie-grens te bereiken. Dat gebeurde wel na uitschakeling van de faktor van de agrarische beroepsbevolking of de urbanisatiegraad van de gemeente.
De partiële correlaties van de eerste orde tussen de drie verzuimmaten en het percentage WAO-ers in de woongemeente werden toen .17 (de $r = .10$), .12 (de $r = .07$) en .11 (de $r = .08$). De invloed van deze faktor is dus het grootst bij de volledige ziekteduur en het kleinst bij de overgang naar de WAO.

Politiek klimaat.

De verwachting dat in de meer linkse gemeenten het verzuim gemiddeld

langer zou duren, werd niet bevestigd. Ook de overgang naar de WAO vond daar niet vaker plaats.
Het tegendeel was eerder het geval. De correlaties waren negatief maar verder niet signifikant. Ook het konstant houden van de stedelijkheidsfaktor bracht daarin geen verandering.

De invloed van de zes basiskenmerken op de hierboven besproken indikatoren van de sociaal-ekonomische struktuur, de afhankelijkheid van de sociale voorzieningen en de links-politieke voorkeur was nagenoeg nihil. Reden waarom we vermelding van partiële correlaties achterwege lieten.

De multipele correlatie-analyse leerde ons, voorzover het ging om het volledige aantal ziektedagen, dat het percentage verklaarde variantie op basis van 11 variabelen ongeveer 6% bedroeg ($p < .05$). Naast de variabele betreffende het percentage agrarische beroepsbevolking leverde ook die betreffende het percentage WAO-ers een signifikante bijdrage aan die verklaring. De beta-coëfficiënten zijn respektievelijk .24 en .18.
Wat betreft de overgang naar de WAO had géén van de onderzochte gemeentevariabelen een duidelijk aanwijsbaar effekt.

Op grond van deze resultaten kunnen we konkluderen dat de betekenis van het samenlevingsverband voor de duur van het verzuim en vooral ook voor de overgang naar de WAO betrekkelijk gering was. Wel zijn er enkele trends die nadere bestudering waard zijn.
In de eerste plaats betreft dat de gemiddeld langere ziekteduur op het platteland, waarvoor wij een verklaring zochten in de geringere bereikbaarheid van medische voorzieningen, het mogelijk tragere verwijspatroon van de huisarts en de afstand tot het werk. Deze uitkomst, waaraan de resultaten betreffende de politieke voorkeur toegevoegd kunnen worden, ondersteunt onze tolerantie-hypothese niet.
In de tweede plaats konstateerden we bij de faktoren van de werkloosheid, de verhouding tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt en de afhankelijkheid van de sociale voorzieningen weliswaar het ontbreken van direkte signifikante verbanden maar er was toch sprake van een konsistent patroon in de niet signifikante relaties tussen ziekteduur respektievelijk overgang naar de WAO en die genoemde struktuur-variabelen. Dit was in overeenstemming met onze verwachtingen. Indien de mate van stedelijkheid onder kontrole werd gehouden trad het verband nadrukkelijker op en vormde tot op zekere hoogte

de bevestiging van de veronderstelling dat bij gebrek aan arbeidsmogelijkheden de medische afkeuring in de individuele gevallen de enige uitweg bood.

4.7. De overige kenmerken van de persoon.

Het ging hierbij om iemands vroegere ervaringen en om zijn beroepskarriere gedurende de laatste 10 jaar.

Wat de jeugdervaringen van de respondent betrof bestonden op één uitzondering na géén direkte signifikante samenhangen tussen vroegere traumatische gebeurtenissen, omstandigheden in het gezin, zoals ziekte, dood, scheiding, langdurige afwezigheid enerzijds en anderzijds de duur van het verzuim of de overgang naar de WAO. De verbanden lagen evenmin in de verwachte richting. Eerder het tegenovergestelde was het geval: zes van de negen onderzochte variabelen correleerden negatief.
De enige signifikante uitzondering betrof de scheiding van de ouders. De (partiële) correlaties tussen deze variabele en de drie verzuimmaten zijn -.16 (-.13), -.16 (-.10) en -.13 (-.06).
Op grond hiervan konden we de veronderstelling niet bevestigen tussen dergelijke levenservaringen en de mate waarin iemand in zijn latere leven geneigd is zich vast te klampen aan de ziekerol. Alle voorspellingen over het "born to the sick role" werden verworpen.
De multipele regressie-analyse bracht geen andere uitslag.

Het onderzoek van de beroepskarriere van de respondent bestond uit het navragen van de duur van het huidige dienstverband, het aantal werkwisselingen - al of niet vrijwillig -, de frekwentie en de duur van perioden van werkloosheid, vroegere zelfstandige beroepsuitoefening en de verandering van soort werk. Ook kwam hierbij aan de orde of iemand ooit hetzij officieel hetzij officieus voor zijn werk medisch was afgekeurd.

Slechts twee van deze kenmerken hadden een relatie met het langdurig ziekteverzuim en dan nog het sterkst met de overgang naar de WAO (zie tabel 8 op de volgende pagina).
Het ging daarbij om

- de duur van het dienstverband. Dit kenmerk werd uiteraard sterk bepaald door de leeftijd (r=.51) en hing derhalve ook - zwak - samen met diagnose en prognose (chronische ziekten van de bewegingsorganen). De partiële correlatie, na uitschakeling van de zes basiskenmerken, liet ook zien dat

het oorspronkelijk verband vrijwel verdween (r_{part} = .04).

Tabel 8: De samenhang tussen kenmerken van iemands beroepskarriere en de overgang naar de WAO (n=205).

	overgang naar de WAO (nee - ja)	
	r	beta
Duur dienstverband(kort - lang)	.16	.20
Vroegere medische afkeuring (nee - ja)	.18	.21
Multipele correlatie		.26
Perc. verklaarde variantie		7%

- een vroegere medische afkeuring. Ook hier deed partialisering van het verband de correlatie sterk dalen (r_{part} = .03). De variabele had een tamelijk duidelijke relatie met en was mogelijk zelfs medebepalend voor de ongunstiger prognose van de ziekte van de bewegingsorganen. De correlatie daarmee bedraagt .26. Tevens was er sprake van een samenhang tussen een vroegere afkeuring en een laag geschoold beroep (r=-.17).
  Het ontbreken van een samenhang met de leeftijd wijst er op dat dit niet zozeer een kenmerk is van iemands vroegere ziektegedrag alswel van een omschreven ziekte.
  Beide variabelen verklaarden ongeveer 7% van de variantie in het al of niet overgaan in de WAO. De overige voegden daar niets meer aan toe.

5. Samenvatting.

In een eerder hoofdstuk bespraken we de betekenis van iemands leeftijd, zijn beroep en de ernst van de aandoening - in de vorm van de prognose - voor het ziekteverzuim. Deze hebben we toen beschouwd als de primaire determinanten van het verzuim, die door de andere variabelen heenspeelden. Door middel van partiële correlatie-rekening hebben we getracht de invloed van die basiskenmerken uit te schakelen. De multipele regressieanalyse leerde ons welke variabelen per onderdeel van het theoretisch model een signifikante bijdrage leverde aan de verklaring van de verschillen in ziekteduur en hoe groot het daarop gebaseerde percentage verklaarde variantie bedroeg.

Wat betreft de ziekerol waren de volgende variabelen van belang
- de perceptie van de ziekte en de handicap;
- de perceptie van het behandelingsplan;
- de perceptie van de reaktie van de omgeving op de ziekte van de betrokkene.

Gezamenlijk verklaarden deze variabelen ongeveer 30% van de verschillen in de ziekteduur.

In vergelijking tot de beleving van de ziekte waren de verschillende aspekten van het werk, de werkomstandigheden en allerlei werkinconvementen van minder belang. Vooral een laaggeschoold beroep vormde de achtergrond waartegen de meeste bevindingen konden worden geplaatst. Van enige betekenis waren
- bezwaren in het werk, zoals veel lopen en werken in een ongemakkelijke houding;
- werk aan de lopende band;
- arbeidsomstandigheden, waarin overwerk géén periodiek of geregeld verschijnsel was;
- gevoelens van overbelasting, zowel vanwege de aard van het werk als vanwege de aard van de persoon.

De psychosociale belasting, los van de lichamelijke stoornis vormde in géén enkel opzicht een faktor die het verzuim verlengde. Het tegendeel was eerder het geval. Dat vroegere verzuimen, opnamen en operaties inklusief wachttijden, een duidelijke relatie hadden met de ziekteduur was wel verwacht.

Wat de patronen van verweer tegen "stress" betreft, bleek de overheersende rol van een externe oriëntatie op gedrag: gevoelens van onmacht en geringe verwachtingen over het succes van het eigen handelen, vooral bij oudere personen met gering scholing, bepaalden mede de langere ziekteduur.

Gevolgen van de kwetsbaarheid van het bedrijf voor de ziekteduur en de WAO konden niet duidelijk worden aangetoond. Aanwijzingen daarvoor troffen we aan bij bedrijven waar sprake was van
- werktijdverkortingen, en van

- verwachtingen van ontslagen in de naaste toekomst

Een verlengende invloed op de ziekteduur ging verder nog uit van de wijze van produktie in het bedrijf. Stuk- en serieproduktie bracht een langere ziekteduur met zich mee dan massa- of proces-industrie of de handel en de dienstverlening.

De karakterisering van de woongemeente van de respondent leverde op dat het verzuim gemiddeld langer duurde in

- de minder geurbaniseerde gebieden - dus de plattelandsgemeenten - en
- de gebieden met een hoger percentage WAO-ers onder de bevolking.

Géén van de onderzochte macro-variabelen hield een signifikant verband met de overgang naar de WAO.

Voor deze overgang bleken, tenslotte, nog twee persoonskenmerken enige voorspellende waarde te hebben, ofschoon deze niet los waren te zien van iemands leeftijd en de ernst van de aandoening, namelijk

- de duur van het dienstverband, en
- een vroegere officiële of officieuse medische afkeuring.

Hoofdstuk IX. Bevindingen II. De relatieve ziekteduur.

De vier maten voor de relatieve duur van het verzuim zijn twee prospektieve schattingsmaten die de diskrepantie weergeven tussen de verwachte en de feitelijke ziekteduur; en twee retrospektieve maten die een terugblik op de ziekteduur weergeven. Relatief wil in dit verband zeggen dat de ernst van de aandoening en het soort werk reeds zoveel mogelijk zijn uitgeschakeld bij de karakterising van het verzuim als lang of kort. Het feitelijke aantal ziektedagen telt dan niet meer. In hoofdstuk 6 hebben we betoogd dat we in onze opzet tot op zekere hoogte geslaagd zijn. Onze bedoeling hiermee was iemands ziekte- of afwezigheidsgedrag sterker tot uitdrukking te brengen.
De nu volgende analyse is kwa procedure identiek aan die in het vorige hoofdstuk. We vragen ons af of hetzelfde patroon van samenhang terugkeert bij de diskrepantie tussen de geschatte en de werkelijke ziekteduur en bij de terugblik op de ziekteduur. Het zijn vooral de verschillen tussen deze en de vorige bevindingen, waarop zal worden ingegaan. Achtereenvolgens behandelen we de schatting door de respondenten en die door de verzekeringsgeneeskundigen en daarna de terugblik van beiden (zie ook bijlage 2).

1. De schatting van de respondenten.

De groep van personen van wie een schatting van de verdere ziekteduur in de vierde ziektewetmaand bekend was omvatte 90 personen. Zij onderscheidden zich van de niet-schatters* (69 respondenten) door hun hogere opleiding (r=-.19) en door een meer geschoold beroep (r=-.22). Leeftijd, burgelijke staat, diagnose en prognose verschilden niet.

De analyse van de samenhang met de basiskenmerken wees uit dat géén van de correlaties de drempel van signifikantie overschreed (zie par. 6.3.). De overige bevindingen hebben we samengevat in tabel 1. We vermelden daarin de enkelvoudige en de partiële correlaties van de 6-de orde waarbij de basiskenmerken onder kontrole zijn gehouden. De (partiële) correlatie is bij deze onderzoeksgroep signifikant r=± .17 (±.17). De weergave van de beta-coëfficiënten laten we hier achterwege. In de tekst vermelden we de

---

* Buiten beschouwing blijven hier degenen voor wie vanwege een "vroegtijdige" werkhervatting een dergelijke schatting niet meer van toepassing was (46 personen).

resultaten van de multipele regressie-analyse.

Tabel 1: De samenhangen tussen de over- en onderschatting van de ziekteduur door de respondenten en de verklarende variabelen (n=90).

	Over-resp.onderschatting van de verdere ziekteduur (relatief korte - relatief lange ziekteduur	
	r	r_{part} 6-de orde
Ziekerol:		
Coping n.a.v. behandeling(passief-aktief)	-.19	-.17
Reaktie huisgenoten(positief-negatief)	-.21	-.21
Perceptie reaktie omgeving: gehandicapt zijn (gunstiger - ongunstiger)	-.17	-
Arbeidsrol:		
Algemene arbeidsoriëntatie(negatief-positief)	.17	-
Belangstelling bedrijf (weinig-veel)	-.20	-.19
Overige aspekten:uithuizigheid(nee-ja)	.17	.20
"Stress"(weinig-veel):		
3 maand na de ziekmelding(onafhankelijk stoornis en onafhankelijk persoon)	-.17	-.17
Patronen van verweer:		
Onjuiste - juiste schatting "stress"	-.27	-.27
Kenmerken van het bedrijf:		
Kwetsbaarheid bedrijf (GAB/ETI) (weinig-veel)	.17	.18
Verwachte fusie bedrijf (nee - ja)	.22	.23

De ziekerol.

In tegenstelling tot de bevindingen bij de feitelijke ziekteduur bleken nu de reaktie van de respondent en van zijn omgeving op de voorgrond te staan.

Dit betrof:

- de aktiviteiten die de respondent ontplooide om beter op de hoogte te raken van zijn aandoening en van de gevolgen daarvan voor zijn werk, en om zijn herstel te bespoedigen. Mede door eigen toedoen maakte hij dus zijn voorspelling onjuist. Hoe aktiever iemand was des te korter viel de ziekteduur uit, en had hij deze dus overschat.
- De negatieve bejegening door zijn huisgenoten, die ertoe bijdroeg dat iemand eerder zijn werk hervatte dan hij had verwacht.

  Beide bevindingen zijn - ook na partialisering van de basiskenmerken -in overeenstemming met onze veronderstellingen. Het is nog de vraag of het laatste wel volgens de normen is. In ieder geval lijkt een langere uitloop van de ziekteduur dan verwacht niet tengevolge van of in wisselwerking met relationele problemen thuis te ontstaan. Eerder het omgekeerde was het geval, een zekere tolerantie jegens de patient gaf aanleiding tot een langere ziekteduur dan verwacht.
- De perceptie van ongunstiger oordeel over de ernst van de handicap van de betrokkene die, tegen de voorspelling in leidde tot een overschatting van de verdere ziekteduur.

  Bovengenoemde drie variabelen waren ook de enige die in de multipele regressie een signifikante bijdrage leverden aan de verklaring. De multipele correlatie bedraagt bij deze variabelen .35 ($p < .01$) hetgeen neerkomt op 13% verklaarde variantie.

Vermeldenswaard is dat géén van de faktoren die van belang bleken bij de feitelijke ziekteduur signifikant correleerde met over- en onderschatting door de respondenten. In dit verband valt op dat de ziekteperceptie nu totaal geen rol van betekenis speelde. De correlatie bedroeg .02. Voor een deel is dit te wijten aan het feit dat personen met een sombere verwachting omtrent hun aandoening juist géén uitspraak deden over de verdere verzuimduur. De correlatie tussen wel of geen schatting en de ziekteperceptie is .28 (n=159).
Het ontbreken van een samenhang is niettemin verrassend. Uit het feit dat iemand sombere verwachtingen heeft voor zijn toekomstig herstel kunnen we dus in geen geval afleiden dat dit ook vaker tot een relatief te lange ziekteduur zal leiden.

De arbeidsrol.

Ook wat betreft de binding aan de arbeidsrol vonden we een geheel an-

der patroon van signifikante samenhangen. Een verlenging van de ziekteduur trad vaker op bij:

- een positieve algemene instelling tegenover het bedrijf;
- een geringe belangstelling vanuit het bedrijf;
- een grote afstand tussen huis en werk.

De onverwachte bevinding betreffende de algemene werkoriëntatie kan aldus worden geinterpreteerd dat voor een werkhervatting niet zelden volgens de respondent een volledige inzet mogelijk moest zijn. Een werkhervatting voor halve dagen of op halve kracht werd dan afgewezen als een onvoldoende inzet. Hierbij moet overigens worden opgemerkt dat een gedeeltelijke werkhervatting door de werkgever niet vaak op prijs werd gesteld.

Hoe belangrijk de aandacht is die een bedrijf schenkt aan zijn zieke werknemers mag nog eens uit dit onderzoek blijken. Gebrek aan belangstelling bracht vaker een onderschatting van de ziekteduur met zich mee. Goede belangstelling in de vorm van bezoeken, telefoontjes, en dergelijke juist het tegendeel. Het ging daarbij meestal niet om de frekwentie van de kontakten.

Het vooruitzicht bij werkhervatting op een lange reistijd beïnvloedde mede de werkelijke datum van herstel. Een dergelijke situatie verlaatte uiteindelijk dat tijdstip, waardoor de ziekteduur langer werd dan de respondent aanvankelijk verwachtte.

In de multipele regressie-analyse hielden deze drie variabelen stand. Bovendien kwam de betekenis van nog een variabele, namelijk die betreffende overwerk, sterker naar voren. Overwerk correleerde met een relatief korte (overschatte) verzuimduur, hetgeen erop duidde dat een drukke werksituatie mogelijk een (financiële) prikkel vormde tot een "vervroegde" herstelmelding. Dit was aanvankelijk niet verwacht. Bij de feitelijke verzuimduur en bij de overgang naar de WAO was deze variabele ook al van belang gebleken.

Tezamen verklaarden deze vier variabelen 14% van de variantie in de mis-schatting van de verdere, werkelijke ziekteduur (de multipele correlatie is .37 bij $p < .01$).

De psychosociale "stress".

Op één enkele uitzondering na hing géén van de onderzochte maten voor psychosociale "stress" met deze afhankelijke variabele samen. Alleen "stress" tengevolge van gebeurtenissen - onafhankelijk van het psychisch funktioneren

van de persoon - in de periode van drie maanden na de ziekmelding toonde een signifikant verband (r=-.17). Het negatieve teken van de correlatie is in overeenstemming met eerdere bevindingen: een onverwacht lange ziekteduur kwam voor bij mensen met weinig "stress".
De multipele regressie-analyse leverde geen enkel signifikante beta-coëfficiënt op. De richting van de verbanden duidt er wel op dat veel "stress" - stoornis-afhankelijk of niet- gepaard ging met een overschatting en dus een relatieve verkorting van de ziekteduur en in geen geval met een uitstel van de herstelmelding.

De patronen van verweer.

De relatief lange ziekteduur bleek vooral op te treden bij mensen die de ernst van de ervaren "stress" minder korrekt percepieerden. Dit gold voor over- en onderschatting van de ernst van de "stress". Personen die hun levensproblemen realistisch onder ogen zagen, hadden hun verdere verzuim vaker goed voorspeld of hadden hun werk eerder hervat.
De overige coping-maten waren van weinig belang.

De kenmerken van het bedrijf.

Twee faktoren bleken van invloed op de verlening van de ziekteduur:

1. de bedreiging van de ekonomische positie van het bedrijf. Grote kwetsbaarheid van het bedrijf hing samen met een relatief lange ziekteduur. De kwetsbaarheid van de arbeidsplaats toonde geen signifikant verband met de over- of onderschatting van de verzuimduur.
2. De verwachting van een fusie van het bedrijf. Werd er geen fusie verwacht dan hervatte men het werk eerder dan verwacht. Bij het ontbreken van signifikantie van alle andere verbanden is de betekenis van deze variabele moeilijk te schatten. Wellicht komt hierin de angst voor ontslagen het sterkst tot uiting, die iemands ziekte- of afwezigheidsdrempel lijkt te verlagen. De correlaties bij de andere variabelen tenderen wel in de verwachte richting.

De multipele regressie bracht naast de genoemde geen nieuwe verbanden aan het licht.

De woongemeente.

Er werden geen signifikante relaties gekonstateerd tussen de indikatoren voor het woongebied en de schatting van de verdere ziekteduur.

De niet-schatters bleken overigens wat vaker in een kleinere gemeente met een relatief hoog percentage agrarische beroepsbevolking te wonen (r=.14).

De overige kenmerken van de persoon.

Iemands jeugdervaringen noch zijn beroepskarriere waren van betekenis voor de over-of de onderschatting van de ziekteduur.
De onderzochte kenmerken diskrimineerden evenmin tussen personen die wel en die niet schatten.

Resumerend kunnen we zeggen dat de voorgaande analyse de aandacht heeft gevestigd op andere faktoren dan bij de feitelijke ziekteduur. Enerzijds gedrags- en houdingskenmerken zoals iemands passiviteit ten aanzien van de ziekte, zijn motivatie voor het werk en zijn perceptie van de ernst van de "stress" en anderzijds de reakties van de huiselijke omgeving, de belangstelling vanuit het bedrijf alsmede de bedreiging van de werkgelegenheid.
Opvallend was het ontbreken van een verband tussen de schatting van de respondent betreffende de verdere ziekteduur en zijn ziekteperceptie, hetgeen ook beantwoordde aan onze opzet bij deze verzuimmaat.

2. De schatting door de verzekeringsgeneeskundigen.

De verzekeringsgeneeskundigen hadden bij 126 personen een uitspraak gedaan over de verdere ziekteduur. Vergeleken met de overigen (exclusief personen bij wie een dergelijke uitspraak niet meer van toepassing was) hadden zij een hogere opleiding en beroep. (De correlaties zijn achtereenvolgens -.21 en -.19). Deze uitkomst was overeenkomstig aan die bij de respondenten met hun eigen schatting. Een verschil was dat de verzekeringsgeneeskundigen zich vaker van een uitspraak onthielden bij personen bij wie ze een ongunstige prognose van herstel hadden gesteld (r=.24); dus als de aandoening of de handicap in hun ogen chronisch (recidiverend) was of zelfs zou

verslechteren spraken zij zich dikwijls niet uit over de verdere ziekteduur.

Het was al gebleken dat de schatting van de verzekeringsgeneeskundigen sterk correleerde met het feitelijk aantal ziektedagen. Op grond hiervan kunnen we een grotere overeenkomst verwachten met de bevindingen betreffende de duur van het verzuim. Dit blijkt ten dele ook het geval.

Wat betreft de kenmerken van de persoon en zijn ziekte konstateerden we in paragraaf 6.6.2. dat voor een relatief lange ziekteduur leeftijd (hoog), burgelijke staat (gehuwd), beroep (laag) en prognose (ongunstig) een voorspellende waarde hadden.
De overige kenmerken zijn in tabel 2 weergegeven.

De ziekerol.

De volgende faktoren bleken van enige betekenis voor de verlenging van de ziekteduur.

- Een ongunstige perceptie van de ziekte of de handicap. Er bestond dezelfde hoge correlatie als bij de feitelijke ziekteduur. Dit wijst er tevens op hoezeer de arts de beleving van de stoornis door de patient zelf buiten zijn beoordeling heeft gelaten.
- Een onduidelijk beeld van de behandeling.
- De afwezigheid van het werk welke niet als een probleem werd ervaren. Na konstanthouding van de basiskenmerken was de correlatie niet meer signifikant (r=-.11). Het is in overeenstemming met de verwachtingen dat een sterke aantrekkingskracht van de arbeidsrol de ziekteduur kan bekorten.
- De perceptie van een ongunstiger oordeel van de omgeving over iemands ziekte.
- De perceptie van het oordeel van de omgeving over iemands kansen op herstel. De slechte verdeling van de respondenten over deze variabele maakte de interpretatie van de (partiële) correlatie en de beta-coëfficiënt wat minder gemakkelijk. De door de kleinere onderzoeksgroep (n=126) veroorzaakte uitval bij deze variabele trof van de drie kategorieën vooral de eerste: de perceptie van een gunstiger oordeel van de omgeving over iemands herstelkansen. Eén respondent bleef in deze kategorie over. De negatieve richting van het verband moet derhalve zo worden opgevat dat overeenstemming tussen de respondent en zijn levenspartner op het punt

van de terugkeer naar het werk samenhing met onderschatting van de ziekteduur.
Pessimisme bij de levenspartner hing dus onverwacht samen met een relatief te korte ziekteduur.

Gezamenlijk verklaarden deze vijf faktoren 44% van de variantie (de multipele correlatie is .66, $p < .05$). Uitgezonderd de variabele van de als probleem ervaren afwezigheid van het werk ging het bij de volledige verzuimduur om dezelfde faktoren.

De arbeidsrol.

In vergelijking met de feitelijke ziekteduur waren nu veel minder aspekten van belang: vier van de 15 correlaties bereikten het signifikantieniveau, waarbij het om twee dezelfde variabelen ging.
De verlenging van de ziekteduur hing vooral samen met:
- Geringe belangstelling vanuit het bedrijf. Het is opvallend dat deze faktor bij uitstek een rol speelt bij de schattingsvariabelen;
- veel fysieke werkbezwaren. Deze variabele blijft zijn invloed behouden ook na partialisering van de basiskenmerken. Bij de feitelijke ziekteduur was het verband toen niet meer signifikant;
- periodiek en geregeld overwerk. Opnieuw was er het verschijnsel dat een drukke werksituatie een relatief spoedige hervatting niet hoeft te belemmeren;
- onmisbaarheid voor het werk. Hoe meer iemand zich betrokken voelde bij zijn werk des te vaker werd zijn ziekteduur overschat. Geringe onmisbaarheid leidde daarentegen tot uitstel van de herstelmelding.
  De partiële correlatie(van de 6-de orde) noch de beta-coëfficiënt van de beide laatste variabelen waren signifikant.

De multipele correlatie met ziektekontakten, werkbezwaren en overwerk bedroeg .36 ($p = .09$); dit is 13% verklaarde variantie. Al met al bleek de binding aan de arbeidsrol van geringe betekenis te zijn voor een relatieve verlenging van de ziekteduur. Vooral de feitelijke werkaspekten speelden nauwelijks een rol, evenals trouwens de ervaren belasting in en door het werk.

Tabel 2: De samenhang tussen over- en onderschatting van de ziekteduur door verzekeringsgeneeskundigen en de verklarende variabelen (n=126).

	Over- resp. onderschatting van de de verdere ziekteduur (relatief korte - relatief lange ziekteduur)	
	r	$r_{part.}$ 6-de orde
Ziekerol:		
Ziekteperceptie(gunstig-ongunstig)	.57	.48
Perceptie behandelingsplan (onduidelijk-duidelijk)	-.36	-.30
Afwezigheid als probleem (neen - ja)	-.15	-
Perceptie reaktie omgeving:		
- herstelkansen (gunstiger-ongunstiger)	(-.13)	-.18
- ziek zijn (gunstiger - ongunstiger)	.17	.20
Arbeidsrol:		
Belangstelling bedrijf (weinig-veel)	-.22	-.22
Fysieke werkbezwaren (weinig-veel)	.22	.19
Overwerk (neen - ja)	-.26	-
Onmisbaarheid voor werk (neen - ja)	-.19	-
"Stress" (weinig-veel):		
Stoornis-afhankelijk -9 mnd.vóór ZM*	.22	-
-6 mnd.vóór HM*/WAO	-.23	-.17
Stoornis-onafhankelijk-6 mnd.vóór HM*/WAO (onafhankelijk persoon)	.23	.22
Patronen van verweer:		
Interne - externe beheersing	.26	.16
Onjuiste-juiste schatting stress	-.16	-
Kenmerken van het bedrijf:		
Aard produktieproces (zie tekst)	-.19	-.18
Kwetsbaarheid bedrijf en arbeidsplaats (weinig-veel)	.18	.19
Verwachting uitbreiding bedrijf (nee-ja)	-.18	-
Woongemeente:		
Omvang bevolking (weinig-veel)	-.20	-.20
Beroepskarriere:		
Werkwisselingen eigen initiatief(weinig-veel)	-.16	-

HM* = herstelmelding, ZM* = ziekmelding.

De psychosociale "stress".

Drie indices hadden een signifikante relatie met de schattings-variabele:

- de stoornis-afhankelijke"stress"in de periode van 9 maanden vóór de ziekmelding.
- de stoornis-afhankelijke"stress"in de periode van 6 maanden vóór de herstelmelding of de WAO.

De eerstgenoemde maat correleerde evenals bij de feitelijke ziekteduur positief met de afhankelijke variabele: veel "stress" veroorzaakte een verlenging van de verzuimduur. De signifikantie van het verband verdween indien de invloed van de basiskenmerken onder kontrole werd gehouden. In de prognose van de arts was daarmee al rekening gehouden.
De laatstgenoemde maat, de "stress" in de periode voor het herstel toonde een negatieve samenhang met de afhankelijke. Dat was niet voorspeld, ofschoon we dit achteraf wel ten dele kunnen verklaren. Bij de lange ziekteduren vonden in de laatste fasen geen belangrijke medische ingrepen meer plaats. Het was dan een kwestie van "uitzieken" of van wachten op de keuring voor de WAO. De partiële correlatie veranderde ten opzichte van de enkelvoudige nauwelijks.

- de stoornis-onafhankelijke "stress"in dezelfde periode van 6 maanden vóór de herstelmelding of de WAO. Het betrof hier gebeurtenissen welke als onafhankelijk van het psychisch funktioneren van de persoon waren gekarakteriseerd. Deze "stress" verlengde de ziekteduur konform de verwachtingen.

Tezamen verklaren deze drie "stress"-maten 16% van de verschillen in over- en onderschatting van de ziekteduur. De multipele correlaties bedraagt .40 ($p < .01$).
Ook hier zien we dus een kombinatie van aanwezige en afwezige "stress"volle fakoren, die de beste voorspelling vormden.

De patronen van verweer.

Gevoelens van machteloosheid en anomie en een minder juiste schatging van de "stress" bleken diegenen te kenmerken die hun ziekteperiode volgens de verzekeringsgeneeskundigen relatief lang lieten uitlopen.

Na de multipele regressie had alleen de maat voor interne en externe beheersing nog een signifikante bijdrage aan de verklaring van de afhankelijke variabele.

De kenmerken van het bedrijf.

Een verlenging van de ziekteduur kwam vooral voor bij diegenen die werkzaam waren in de stuk- of serieproduktie. Deze bevinding troffen we ook aan bij de feitelijke ziekteduur.

Bovendien speelden de kwetsbaarheid van het bedrijf als geheel en die van de arbeidsplaats een rol. Afzonderlijk correleerden de beide kwetsbaarheidsvariabelen signifikant met een relatief lange ziekteduur: de r is in beide gevallen .16. Samenvoeging van de beide oordelen tot één variabele deed de correlatie stijgen: hoe meer de werkgelegenheid was bedreigd des te vaker liep de ziekteduur uit.

Daarentegen had de verwachting van de respondent dat het bedrijf zich in de naaste toekomst zou uitbreiden een gunstige uitwerking op de ziekteduur namelijk een vervroeging van het tijdstip van de herstelmelding. Partialisering deed het verband evenwel verdwijnen. Het bleek dat deze verwachting vooral bestond bij de jongere personen uit de meer geschoolde beroepen.

De regressie-vergelijking van alle de drie variabelen toonde een signifikant beta-coëfficiënt. De multipele correlatie bedraagt .32 dit is 10% verklaarde variantie ($p < .01$).

De woongemeente.

Alleen de omvang van de bevolking als indikator van de stedelijkheid had een signifikante relatie met de schatting: in de kleinere gemeenten op het platteland liep de ziekteduur langer uit.
Dit voegt eigenlijk niets nieuws toe aan de eerdere bevindingen bij de feitelijke ziekteduur.

De overige kenmerken van de persoon.

Wat betreft de traumatische jeugdervaringen was géén enkele uitkomst signifikant.

Twee kenmerken van iemands beroepskarriere waren nog van enige betekenis. Een relatief te korte ziekteduur kwam voor bij personen wier loopbaan in de afgelopen 10 jaren door werkwisselingen was gekenmerkt. Werkveranderingen overigens welke uitgingen van de betrokkene zelf.
Partialisering deed de signifikantie van het verband verdwijnen. Het bleek vooral jongere personen te betreffen.
In de multipele regressie was naast bovengenoemde variabele nog een andere met een signifikante beta-coëfficiënt: een vroegere medische afkeuring bracht een verlenging van de ziekteduur met zich mee. De enkelvoudige noch de partiële r, waren overigens signifikant.
Beide variabelen verklaarden gezamenlijk 5% van de variantie in de over- en onderschatting van de ziekteduur (de multipele correlatie is .22 $p < .05$).

De analyse van de schatting van de verdere ziekteduur door de verzekeringsgeneeskundigen bracht het grootst aantal signifikante verbanden tussen de onafhankelijke en de afhankelijke variabelen aan het licht. Voor een belangrijk deel kwam dit overeen met de bevindingen die bij de feitelijke duur van het verzuim al aan de orde zijn geweest. In twee opzichten was er sprake van nieuwe bevindingen die overeenkwamen met onze voorspellingen.
In de eerste plaats kwam de rol van psychosociale "stress" wat sterker naar voren. Wat iemand aan akute levensproblematiek ontmoette tijdens de ziektewetperiode had een verlengende invloed op de ziekteduur. Deze uitkomst is een bevestiging van onze veronderstelling dat ziektegedrag in de vorm van afwezigheid van het werk een manier is om aan die problematiek het hoofd te bieden. Vooral wanneer die "stress" geen direkt persoonsgebonden karakter heeft. In de tweede plaats bleek een bedreigde werkgelegenheid in het bedrijf waar men werkte een faktor van meer betekenis.
Al met al lijkt dreiging vanuit de omgeving gevoegd bij bestaande gevoelens van machteloosheid duidelijke gevolgen te hebben voor iemands ziekte- en afwezigheidsgedrag.
Deze bevindingen illustreren bovendien dat de verzekeringsgeneeskundigen nauwelijks greep hadden op het ziekteverzuim van hun verzekerden.

3. De terugblik van de respondenten.

Van in totaal 140 personen verkregen wij een beoordeling achteraf van de ziekteduur. Buiten beschouwing bleven degenen die rechtstreeks voor

een uitkering van de WAO in aanmerking kwamen. De hier onderzochte groep was jonger, had meer opleiding en een aandoening met een gunstiger prognose.
Respektievelijk 16% en 6% vonden hun ziekteperiode relatief te kort en te lang. Het oordeel van te kort werd vooral geweten aan het voortduren van de klachten na de werkhervatting en niet zelden bewezen door een hernieuwd verzuim. De te lange ziekteduur werd volgens de betrokkene vaak veroorzaakt door tekortkomingen in de behandeling en door onduidelijkheid van afspraken.

De analyse van de basiskenmerken had uitgewezen dat respondenten met een hoger geschoold beroep en met een chronische aandoening van de bewegingsorganen vaker van mening waren dat de ziekteduur te lang was geweest. Respondenten met een lager geschoold beroep en een relatief gunstige prognose oordeelden de ziekteduur vaker te kort.

Wat betreft het oordeel van een te kort verzuim is het nog de vraag wat we ons bij die groep mensen moeten voorstellen en wat de reden van hun antwoord precies is. Ging het om mensen die zich als het ware geforceerd hadden, bijvoorbeeld onder druk vanuit de werksituatie, om ondanks nog aanzienlijke restklachten en na een relatief korte ziekteperiode het werk weer te hervatten? Of betrof het juist mensen die meer tot klagen waren geneigd, ook al was hun ziekteduur verhoudingsgewijs lang uitgevallen. Het is niet goed uit te maken welke veronderstelling het meest plausibel is. Uit de samenhang tussen het feitelijke aantal ziektedagen en de terugblik van de ziekteduur kunnen we afleiden of het bij een oordeel van een te kort verzuim vooral ging om relatief lange of relatief korte verzuimduren. De correlatie-coëfficiënt is .13 (net niet signifikant). Dit betekent dat bij de hierboven besproken respondenten de ziekteduur gemiddeld wel iets korter was dan binnen de gehele onderzoekspopulatie. Het verschil is evenwel niet zo groot dat de uitslag ondubbelzinnig vaststaat.
Bij de bespreking van de bevindingen zullen we met beide verklaringsmodellen rekening moeten houden. De resultaten van de verdere analyse zijn vermeld in tabel 3.

De ziekerol.

Drie variabelen hielden een signifikant verband met het retrospektieve oordeel. Partialisering versterkte de samenhangen.
- de ziekteperceptie: degenen die in hun eigen ogen achteraf te vroeg naar

hun werk waren gegaan beschouwden zich zieker dan de overigen. Dit is in overeenstemming met wat was te verwachten.

Tabel 3: de samenhangen tussen de terugblik van de respondenten en de verklarende variabelen (n=140).

	De terugblik op de ziekteduur (relatief te kort - relatief te lang)	
	r	r_{part} 6-de orde
Ziekerol:		
Ziekteperceptie (gunstig-ongunstig)	-.17	-.29
Afwezigheid als probleem(nee - ja)	-.19	-.21
Perceptie reaktie omgeving:ziek zijn (gunstiger - ongunstiger).	.17	.19
Arbeidsrol:		
Overige werkaspekten:-ploegendienst(nee-ja)	.17	.24
-uithuizigheid(nee-ja)	.19	.18
Kenmerken van het bedrijf:		
Verwachting ontslagen (nee- ja)	.19	.18
Woongemeente:		
Urbanisatiegraad (laag - hoog)	.17	.18
Agrarische beroepsbevolking (weinig-veel)	-.17	-.16
Links-politieke voorkeur (weinig - veel)	.20	.21
Jeugdervaringen (neen - ja):		
Overlijden broer/zuster	.19	.24
Gezondheidsproblemen respondent	-.21	-.21
Afwezigheid thuis respondent	-.25	-.25

- De afwezigheid als probleem. Hoe meer het thuiszitten voor de betrokkene zelf problemen gaf, des te vaker gaf hij naderhand te kennen onvoldoende te hebben "uitgeziekt". De nutteloosheid en de doelloosheid van de ziekteperiode werd als te belastend ervaren. De enige uitweg uit een dergelijke situatie bestond uit een spoedige werkhervatting.
- De perceptie van de reaktie van de omgeving op iemands ziekte. Men zou verwachten dat de omgeving degenen die uit verveling weer gingen werken juist als zieker zou beoordelen dan zij zichzelf zagen. Het tegendeel

bleek het geval te zijn.
Hoewel de absolute verschillen in de kruistabel klein waren bleek géén van de respondenten die door hun naaste omgeving zieker werden beschouwd, achteraf de ziekteduur als relatief te kort te hebben ervaren. Deze laatste uitkomst is daarom niet konsistent met de vorige twee. Een goede verklaring hiervoor is niet gemakkelijk te vinden.

De genoemde drie variabelen verklaarden 10% van de variantie ($r = .31$ bij $p < .01$).

De arbeidsrol.

Twee aspekten van de binding aan de arbeidsrol waren van belang:
- ploegendienst; en
- uithuizigheid.

De aanwezigheid van beide faktoren speelden een rol bij het oordeel van een relatief te lange ziekteduur. Het is wel verrassend dat juist deze aspekten daarvoor van betekenis waren, omdat men bij een terugkeer in een dergelijke situatie eerder het omgekeerde zou verwachten.
In de multipele regressie kwam nog een derde faktor naar voren. Deze betrof de ervaren vrijheid in het werk: hoe meer vrijheid des te vaker het oordeel van een te lang verzuim (de $r = -.11$; de partiële $r = -.13$).
De multipele correlatie van deze drie variabelen bedraagt .28, dit is 8% verklaarde variantie ($p < .01$).

De psychosociale"stress" en de patronen van verweer.

Géén van beide hadden een duidelijke relatie met de terugblik op de ziekteduur.

De kenmerken van het bedrijf.

Respondenten die hun verzuim te lang vonden kenmerkten zich door de verwachting van ontslagen in hun bedrijf.
Bij een totaal ontbreken van een konsistent patroon van samenhang tussen de bedrijfskenmerken en het retrospektieve oordeel van de respondenten laten we deze uitkomst verder onbesproken.

De woongemeente.

Degenen die in minder geurbaniseerde en minder "links"-georiënteerde streken op het platteland woonachtig waren klaagden achteraf over een relatief te korte ziekteduur. Op grond van de eerdere bevindingen was eigenlijk te verwachten dat juist de te lange ziekteduren door medisch-organisatorische oorzaken vaker op het platteland zouden voorkomen.

In de multipele regressie had alleen de variabele betreffende de politieke kleur van de gemeente een signifikante bijdrage.

De overige kenmerken van de persoon.

De beroepskarriere hield geen signifikant verband met het retrospektieve oordeel van de respondenten.

Wat betreft de jeugdervaringen waren drie variabelen van enige betekenis welke ook na partialisering van de basiskenmerken stand hielden. Het patroon van samenhangen was niet konsistent:
Het meemaken van overlijden in het gezin correleerde met een relatief te lange ziekteduur, vroegere eigen gezondheidsproblemen, en een langdurige afwezigheid van de respondent uit de huiselijke omgeving met een relatief te korte ziekteduur. Uit dergelijke ervaringen kan een kwetsbaarheid van de persoon resulteren die eerder gevoelens van subjektieve belasting of een neiging tot klagen over de gezondheid doet ontstaan wanneer zich later een ongeval of een andere aandoening voordoet.

In de multipele regressie telden alleen de variabele betreffende overlijden in het gezin en die betreffende afwezigheid van de betrokkene. De multipele correlatie bedraagt .32, dit is 10% verklaarde variantie ($p < .01$).

Resumerend kunnen we zeggen dat bij de terugblik van respondenten op hun verzuimduur, het aantal signifikante samenhangen gering is. Het uitschakelen van de invloed van de basiskenmerken bleek de samenhangen in de regel te versterken. Een andere konklusie is dat de interpretatie van de verbanden nogal eens moeilijkheden oplevert. De oorzaak is vermoedelijk dat beide oordelen, van te lang en te kort, onvoldoende tot één dimensie behoren. Bovendien waren de respondenten erg scheef over deze afhankelijke variabele verdeeld.

De betekenis van de resultaten is nog het duidelijkst bij mensen die achteraf klaagden over een te korte ziekteduur. Deze hadden somberder verwachtingen over hun herstel, ervoeren hun afwezigheid van het werk vaker als een probleem en kenmerkten zich door gezondheidsproblemen en langdurige afwezigheid van huis in hun jeugd. Ze waren verder woonachtig in plattelands gemeenten. Kortom het waren mensen die zowel vroeger als nu meer te kampen hadden met hun gezondheid en grote moeite hadden met hun ziektesituatie, ofschoon hun naaste omgeving deze minder somber inzag. Het leek er niet op dat hun "vroege" hervatting werd veroorzaakt door eisen vanuit de werksituatie. Géén van de variabelen betreffende de binding aan de arbeidsrol ondersteunde die veronderstelling. Eerder was het tegendeel het geval. Een relatief te lange ziekteduur vond vaker plaats bij mensen in ploegendienst, of met werk waarbij langdurige afwezigheid van huis noodzakelijk was. Het blijft overigens de vraag in hoeverre het oordeel van een relatief te lange ziekteduur - die door de betrokkene voornamelijk geweten werd aan medisch-organisatorische faktoren - in zinvol verband gebracht kan worden met de door ons onderzochte kenmerken van de persoon en zijn omgeving.

4. De terugblik van de verzekeringsgeneeskundigen.

Om uiteenlopende redenen werd 28% van de verzuimduren achteraf door de verzekeringsgeneeskundige als te lang en 10% als te kort beoordeeld. Bij een "vroeg" herstel werden iemands doorzettingsvermogen, flinkheid en arbeidsmotivatie doorslaggevend genoemd. Voor het uitlopen van de ziekteduren werden naast de medisch organisatie en behandeling vooral de persoonlijkheidsfaktoren en het gebrek aan arbeidsmotivatie de belangrijkste bronnen van vertraging gevonden. Gezins- en arbeidsomstandigheden golden veel minder als oorzaken voor uitstel van de herstelmelding.
Iemands beroep (laag), iemands burgelijke staat (gehuwd), iemands ongunstige prognose van destijds hadden enige invloed op het retrospektieve oordeel van een relatief te lange ziekteduur.

De ziekerol.

De bevindingen betreffende de te lange ziekteduur hadden vooral betrekking op vier faktoren (zie tabel 4):
- een ongunstige perceptie van de ziekte of de handicap.

Deze uitkomst verwondert uiteraard niet. Dergelijke sombere verwachtingen omtrent hun herstel vormden in feite de legitimatie voor de betrokkenen van hun ziek zijn. Men kan zich zelfs afvragen of de relatie tussen ziekteperceptie en terugblik niet nog sterker uitgesproken had moeten zijn. Het feit dat dit niet het geval was wijst op de invloed van andere faktoren.

- Een onduidelijke perceptie van het behandelingsplan.
  Uitgezonderd bij de schatting van de verdere ziekteduur door de respondent keerden beide bovenstaande bevindingen steeds terug. Deze twee variabelen hadden de hoogste enkelvoudige en partiële correlaties met de terugblik van de verzekeringsgeneeskundigen. Hun betekenis ten opzichte van elkaar, in termen van verklaarde variantie in de afhankelijke variabele is pratisch gelijk, in tegenstelling tot die betreffende de feitelijke ziekteduur. De rol die de perceptie van het behandelingsplan speelde bij de overgang naar de WAO was bijna te verwaarlozen, door de overheersende invloed van de ziekteperceptie.
- De afwezigheid van het werk die als een probleem door de betrokkene werd ervaren. De betekenis daarvan kwam niet alleen na partialisering van de basiskenmerken naar voren, maar ook in de regressie-vergelijking.
  Deze uitkomst was niet verwacht en is in strijd met wat bij de schatting van de verzekeringsgeneeskundigen en bij de terugblik van de respondenten was gebleken. Toen was het gevolg een verkorting van de ziekteduur, respektievelijk een te kort beoordeelde ziekteduur.

  Met de huidige analyse-opzet is hiervoor moeilijk een verklaring te vinden. Mogelijk speelden bij deze gevallen vooral medisch-organisatorische faktoren een rol, die alleen door de verzekeringsgeneeskundigen waren opgemerkt.
- De negatieve reaktie van de huisgenoten.
  Dit vormt wellicht een vroegtijdige aanwijzing voor problemen bij de aanpassing van het huiselijk milieu aan een langdurige, of zelfs blijvende, arbeidsongeschiktheid. Een relatief te lange ziekteduur in de ogen van de arts betekende dus vaak een wat problematische situatie thuis bij de respondent.

De multipele regressie-analyse,waarin de laatste variabele géén significante bijdrage meer levert bedraagt .37 (14% verklaarde variantie, $p < .01$).

Tabel 4: De samenhangen tussen de terugblik van de verzekeringsgeneeskundigen en de verklarende variabelen (n=205).

	De terugblik op de verzuimduur (relatief te kort - relatief te lang)	
	r	$r_{part.}$ 6-de orde
Ziekerol:		
Ziekteperceptie (gunstig-ongunstig)	.29	.23
Perceptie behandelingsplan(onduidelijk - duidelijk)	-.29	-.24
Afwezigheid als probleem (neen-ja)	(.10)	.15
Reakties omgeving (positief-negatief).	.13	.14
Arbeidsrol:		
Belangstelling bedrijf (weinig-veel)	-.12	-
Overige werkaspekten:Werk lopende band(nee-ja)	.14	.13
Werkbelasting vanwege aard persoon (nee-ja)	.12	-
Stress (weinig-veel):		
Stoornis-afhankelijk: 9 mnd. vóór ZM*	.21	.15
6 mnd. vóór HM*/WAO	-.12	-
Stoornis-onafhankelijk:9 mnd vóór ZM* onafhankelijk persoon.	.13	.13
Patronen van verweer:		
Interne - externe beheersing	.21	.16
Adekwaatheid gedrag (weinig - veel)**	-.17	-
Woongemeente:		
Afhankelijkheid WAO (weinig - veel).	.13	.12

* ZM = ziekmelding, HM = herstelmelding.

** n is hier 154 personen.

De arbeidsrol.

De betekenis van de arbeidsmotivatie, de sociale verhoudingen en werkomstandigheden voor het retrospektieve oordeel was betrekkelijk gering, voor-

al na uitschakeling van de invloed van de basiskenmerken.
Met het relatief te lange verzuim hing het volgende samen:

- Weinig belangstelling van het bedrijf.
  Het belang van deze faktor geldt dus voornamelijk de relatieve duur van het verzuim, zowel bij de schatting door de respondenten als bij de schatting door de verzekeringsgeneeskundigen.
  Na partialisering is het verband evenwel niet meer signifikant.
- Werk aan de lopende band.
  Dit soort werk werd veelal verricht in ploegendienst en kenmerkte zich uiteraard door een geringe vrijheid van handelen, wat mogelijk een lagere afwezigheidsdrempel bewerkstelligde.
- Gevoelens van subjektieve werkbelasting, welke door de betrokkene werden toegeschreven aan zijn eigen instelling tegenover het werk. Na partialisering van de basiskenmerken en in de multipele regressie-analyse speelde deze variabele geen rol meer. Dit is eigenlijk verrassend wanneer men bedenkt dat bij de overgang naar de WAO dergelijke gevoelens van overbelasting wel belangrijk waren. De verzekeringsgeneeskundigen vonden bovendien persoonlijkheidsfaktoren doorslaggevend bij de te lange ziekteduur. Kennelijk werd door hen niet gedoeld op de wanverhouding tussen belasting en belastbaarheid in het werk zoals die door de respondent werd ervaren.
- Een positieve algemene werkoriëntatie.
  De enkelvoudige noch de partiële correlatie was signifikant ($r = .11$ en $r_{part.} = .09$). Deze variabele kwam wel in de multipele regressie-vergelijking naar voren (de beta-coëfficiënt is signifikant bij $p < .05$).
  Ook deze uitkomst laat zich moeilijk rijmen met het gebrek aan arbeidsmotivatie, dat in de ogen van de verzekeringsgeneeskundigen zo belangrijk was voor het uitlopen van de ziekteduur.

De multipele correlatie van belangstelling van het bedrijf, werk aan de lopende band en werkoriëntatie bedraagt .23; dit is 5% verklaarde variantie ($p < .01$).

De psychosociale "stress".

Zowel de stoornis-afhankelijke als de stoornis-onafhankelijke "stress" hadden invloed op de relatieve duur van het verzuim. Wat betreft de stoornis-afhankelijke "stress" gold dit voor de periode van:

- negen maanden vóór de ziekmelding en van

- zes maanden vóór de herstelmelding of de WAO.

De laatstgenoemde maat die negatief correleerde met het retrospektieve oordeel, dat wil zeggen hoe meer "stress" in die periode des te vaker was er een relatief te korte ziekteduur, was na partialisering en in de multipele regressie-analyse niet meer van belang. De eerstgenoemde bleef haar betekenis wel houden: hoe meer "stress" des te vaker was er een relatief te lange verzuimduur.

Dit staat in tegenstelling tot de bevindingen bij de feitelijke ziekteduur, waar met name de uitschakeling van de invloed van de prognose de signifikantie van het verband tussen deze "stress"-maat en de ziekteduur deed verdwijnen.

Wat betreft de stoornis-onafhankelijke "stress" ging het eveneens om de periode van:

- negen maanden vóór de ziekmelding (onafhankelijk van de persoon).

Dus veel "stress" in de periode vóór de datum waarop iemand zich ziek meldde vormde een goede voorspeller van een relatief te lange ziekteduur. Gezamenlijk verklaarden te twee genoemde "stress"-faktoren 7% van de verschillen in het retrospektieve oordeel over de ziekteduur (de multipele correlatie is .26, $p < .01$).

De patronen van verweer.

Overeenkomstig eerdere bevindingen toonden personen die volgens de verzekeringsgeneeskunidgen relatief te lang ziek waren geweest, vaker een houding van externe beheersing. Ook onderscheidden zij zich van de anderen in hun omgang (minder adekwaat) met "stress".

In de multipele regressie-analyse telde alleen de schaal voor interne en externe beheersing.

De woongemeente.

Waar verhoudingsgewijs een groot deel van de bevolking afhankelijk was van de WAO werd ook de ziekteduur van de respondenten relatief te lang gevonden. De variabele betreffende het percentage WAO-ers in de gemeente was de enige van de 11 indikatoren van het woongebied die signifikant verband hield met het retrospektieve oordeel. Alle overige correlaties bleven ver onder het gestelde signifikantie-niveau.

Partialisering van de basiskenmerken veranderde nauwelijks iets aan de oorspronkelijke correlatie. Het konstant houden van de urbanisatiegraad versterkte het verband (r_{part} was toen .15).

De kenmerken van het bedrijf noch de overige kenmerken van de persoon, wat betreft iemands jeugdervaringen en zijn beroepskarriere, hadden een directe of indirekte samenhang met de afhankelijke variabele.

De bevindingen betreffende de terugblik van de verzekeringsgeneeskundigen laten zien dat naast persoonsgebonden faktoren, zoals iemands ziektebeleving en gevoelens van machteloosheid, ook omgevingsgebonden faktoren een rol van enig belang speelden bij het uitlopen van de ziekteduur. We noemen:

. de wijze waarop de behandeling plaatsvond
. de wijze waarop het bedrijf kontakten onderhield met de patiënt
. de psychosociale "stress"
. kenmerken van de woonplaats

Vergeleken met de andere bevindingen kwamen de invloeden vanuit de omgeving sterker naar voren.
We vonden geen duidelijke aanwijzingen voor bepaalde persoonlijkheidsfaktoren die in de ogen van de arts zo belangrijk waren voor een relatief te lang verzuim. Eerder was het tegendeel het geval, namelijk een positieve werkinstelling hing samen met het oordeel van een relatief te lang verzuim. Wel werd via de variabele betreffende de perceptie van het behandelingsplan de invloed van de medisch-organisatorische faktoren aangetoond.

Al met al was het aantal signifikante samenhangen tussen de verklarende en de te verklaren variabelen niet groot. Niettemin bleek dat de betekenis van bepaalde faktoren betreffende de persoon en zijn omgeving dezelfde was als bij de voorgaande analyses van de feitelijke en de relatieve duur van het verzuim.

5. De verschillen tussen de bevindingen betreffende de feitelijke en de relatieve duur van het verzuim.

Uit het voorgaande is gebleken dat bepaalde kenmerken van de persoon en zijn omgeving zowel bij de feitelijke als bij de relatieve duur van het verzuim steeds eenzelfde rol speelden. Zo hield met een lange of een langer

dan verwachte ziekteduur samen:
- een laag beroep
- een sombere prognose van de arts
- sombere verwachtingen van de respondent over zijn herstel
- een onduidelijk beeld van de behandeling
- veel stoornis-afhankelijke "stress"
- een externe gedragsoriëntatie
- werkzaam in stuk- of serieproduktie.

Voor het overige gold een wisselender patroon van meer of minder betekenisvolle verbanden met de afhankelijke variabelen. We moeten daarbij letten op het aantal en soort van onafhankelijke variabelen alsmede op de hoeveelheid verklaarde variantie per groep variabelen, zoals de basiskenmerken, de aspekten betreffende de ziekerol etc.
Dit laatste hebben we in tabel 5 in beeld gebracht. De percentages verklaarde variantie hebben alleen betrekking op variabelen die in de regressievergelijking een signifikante bijdrage leverden, dat wil zeggen dat zij een beta-coëfficiënt hadden die signifikant was op het 10%-niveau. Aan de hand van deze tabel willen we nog enkele bevindingen bespreken betreffende de verschillende verzuimmaten.

De basiskenmerken van de persoon en zijn ziekte, met name iemands beroep en de prognose van zijn aandoening, waren uiteraard van groter belang bij de feitelijke dan bij de relatieve ziekteduur. Bij de laatste was immers rekening gehouden met de ernst van de aandoening en het soort beroep. Bij de schatting door de respondenten speelden deze kenmerken geen rol. Alleen bij de schatting door de verzekeringsgeneeskundigen was de betekenis daarvan nog verhoudingsgewijs groot. Vijf van de zes basiskenmerken correleerden signifikant met de over- en onderschatting van de ziekteduur: leeftijd, beroep, burgelijke staat, diagnose en prognose.

De faktoren betreffende de binding aan de ziekerol waren bij vrijwel alle maten voor het verzuim de belangrijkste; vooral bij de schatting door de verzekeringsgeneeskundigen. Hierboven noemden we al iemands ziekteperceptie en zijn perceptie van het behandelingsplan. Hieraan kunnen we toevoegen iemands perceptie van de reaktie van de naaste omgeving op zijn gezondheid: naarmate die ongunstiger uitviel wat betreft zijn handicap of ziekte, was de ziekteduur langer.

Tabel 5: De samenhangen tussen de verklarende variabelen en de feitelijke en relatieve duur van het verzuim, in percentages verklaarde variantie ($p < .10$).

	Aantal volledige ziektedagen	aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen	overgang naar de WAO	de schatting van de:		de terugblik van de:	
				respondent	verzekeringsgeneeskundige	respondent	verzekeringsgeneeskundige
1. Basiskenmerken	22	22	27	N.S	16	5	4
2. Ziekerol	35	30	32	13	44	10	14
3. Arbeidsrol	8	7	8	14	13	8	5
4. Psychosociale "stress"	7	9	9	N.S	16	N.S	7
5. Patronen van verweer	7	8	8	7	7	N.S	4
6. Kenmerken van het bedrijf	8	3	2	5	10	4	2
7. Woongemeente	6	4	N.S	N.S	4	4	1
8. Jeugdervaringen	3	2	2	N.S	N.S	10	N.S
9. Beroepskarriere	N.S.	3	7	N.S	5	N.S	N.S

N.S. wil zeggen dat géén enkele variabele van de onderzochte een significant beta-coëfficiënt had op het 10%-niveau

De binding aan de arbeidsrol was in verhouding tot die aan de ziekerol van minder belang. Arbeidsmotivatie en de sfeer op het werk telden nauwelijks. De betekenis van veel werkaspekten was vaak terug te voeren op de geschooldheid van het werk, zoals de hoeveelheid fysieke werkbezwaren.
Bij de feitelijke ziekteduur kwam de mate van overbelasting in of door het werk veel meer naar voren. Personen, die het druk hadden in hun werk vanwege hun eigen instelling of de aard van hun werkzaamheden, hadden een langere ziekteduur en gingen vaker over in de WAO.
Bij de relatieve ziekteduur bleek vooral de betekenis van de belangstelling vanuit het bedrijf voor de patiënt; hoe groter de belangstelling des te vaker was er een relatief te korte ziekteduur.

De stoornis-afhankelijke "stress" uit de periode vóór de ziekmelding woog tamelijk zwaar, zowel bij de feitelijke ziekteduur als bij de relatie-

ve ziekteduur. Deze "stress" bepaalde een groot deel van de percentages verklaarde variantie.
De stoornis-onafhankelijke "stress" was wat betreft de verlenging van de ziekteduur alleen van enige betekenis bij de schatting en de terugblik van de verzekeringsgeneeskundigen: hoe meer "stress" des te vaker was er een relatief te lang verzuim. De ernst van deze "stress" correleerde met de feitelijke ziekteduur in het algemeen negatief. We vonden evenmin duidelijke aanwijzingen voor het veronderstelde verschijnsel van uiteenlopend ziektegedrag in de vorm van (relatief) kortdurend en langdurend verzuim als reaktie op veel "stress".

Zowel bij de feitelijke als bij de relatieve ziekteduur waren, wat zijn patronen van verweer betreft, iemands gevoelens van externe beheersing doorslaggevend. Deze coping-maat bepaalde voornamelijk het percentage verklaarde variantie van de afhankelijke variabelen. Een uitzondering hierop betrof de schatting van de respondent. Daarbij speelde de (onjuiste) perceptie van ervaren "stress" de grootste rol bij een relatief te lange ziekteduur. Overigens verschilden de percentages verklaarde variantie onderling weinig.

De aard van het produktie-proces bleek met beide typen van verzuimmaten een konsistent verband te houden: stuk- of serieproduktie belemmerden een vroeg herstel van de betrokkenen. Voor het overige ontbrak een duidelijk beeld van de samenhangen. Vaak was een signifikante uitkomst maar incidenteel.
De betekenis van de kwetsbaarheid van het bedrijf bleek alleen bij de schatting door de verzekeringsgeneeskundigen.

De stedelijkheid van de woongemeente was zowel op de feitelijke als op de relatieve ziekteduur van (beperkte) invloed: de ziekteduur was (relatief) langer bij mensen woonachtig op het platteland. Ten dele gold hetzelfde voor gemeenten waar de afhankelijkheid van de bevolking van WAO-uitkeringen groter was.
Het percentage verklaarde variantie is over het algemeen laag en bij de variabele van de overgang naar de WAO niet signifikant.

De betekenis van kenmerken van iemands jeugdervaringen en van iemands beroepskarriere was voor het ziekteverzuim gering.
Van "born to the sickrole" op grond van vroegere traumatische levenservaringen was geen sprake.
Ook de beroepskarriere had nauwelijks voorspellende waarde voor de duur van het verzuim. Voorzover die aanwezig was bij kenmerken zoals de duur van het dienstverband en een vroegere medische afkeuring, kon de betekenis daarvan vrijwel volledig worden teruggebracht tot iemands leeftijd of tot de ernst van zijn stoornis.

Hoofdstuk X. Het langdurig ziekteverzuim. Het theoretisch model in grote lijnen.

1. Inleiding.

In dit hoofdstuk richten wij ons op het gehele onderzoeksmodel, waarin globaal en schematisch de onderlinge samenhangen tussen de onderzochte variabelen worden weergegeven. In een vorig hoofdstuk maakten we een onderscheid tussen negen clusters van variabelen, die alle in meerdere of mindere mate met elkaar verbonden waren. Deze samenhangen zullen nu nader worden gedetailleerd. Uit de indikatoren voor elk theoretisch onderdeel van het model kozen we één of meer variabelen die voor de eraan ten grondslag liggende veronderstelling omtrent het ziekteverzuim het belangrijkst waren. We zijn daarbij ten dele uitgegaan van variabelen die bleken samen te hangen met de ziekteduur. In sommige gevallen zoals bij de ziekerol en de arbeidsrol, werden meerdere variabelen tot één overkoepelende index samengevoegd, om daarmee het aantal variabelen te reduceren zonder een al te groot verlies aan betekenis van de gehanteerde begrippen. Deze werkwijze zullen we in de volgende paragraaf toelichten.

In het volgende komen drie vragen aan de orde. In de eerste plaats willen we enig inzicht verkrijgen in de samenhang tussen de verklarende variabelen. Dit verschaft ons informatie over hoe de verschillende kenmerken van de persoon en zijn omgeving aan elkaar zijn gerelateerd en op elkaar inwerken.
In de tweede plaats vragen we ons af wat de zelfstandige invloed van een bepaald kenmerk van de persoon of zijn omgeving is op het ziekteverzuim, wanneer de rol van alle andere faktoren is uitgeschakeld. Wat is bijvoorbeeld de "unieke" betekenis van iemands leeftijd voor de ziekteduur?
In de derde plaats gaat het om de vraag in hoeverre deze betekenis wordt gewijzigd als we een onderscheid maken tussen de verschillende redenen voor een ziekmelding. Welke variabelen spelen bij de ene ziekte wel een rol en bij de andere niet?
In de aanvang van het onderzoek veronderstelden we dat de werking van allerlei andere faktoren op de ziekteduur dan de ziekte zelf, bij de aandoening van de bewegingsorganen sterker zou zijn dan bij een ongeval. In het kader van het besliskundig model betoogden we dat iemands vrijheid bij de aanvaar-

ding van de ziekerol en bij het opgeven ervan, bij een beenbreuk kleiner zou zijn dan bij de eerder genoemde aandoeningen. De beheersbaarheid van het herstel, zowel in medisch als sociaal opzicht, achtten we in het laatste geval geringer met als gevolg dat uitstel van de herstelmelding op grond van persoons- en omgevingsgebonden faktoren gemakkelijker plaats zou kunnen vinden.

Achtereenvolgens behandelen we nu de selektie van de verklarende variabelen, hun onderlinge samenhang en hun zelfstandige en gezamenlijke invloed op de ziekteduur en de overgang naar de WAO, eerst voor de gehele onderzoekspopulatie en dan voor de beide subpopulaties.

2. Selektie van tien verklarende variabelen.

Van de zes basiskenmerken van de persoon en zijn ziekte kozen we voor de volgende:

1. *Leeftijd:* Zowel voor de ernstige als voor de minder ernstige aandoeningen is aangetoond dat de ziekteduur met de leeftijd toeneemt. Het is vooral een biologisch gegeven dat de objektieve noodzaak tot verzuim met het ouder worden toeneemt.
2. *Geschoolheid van het beroep:* Deze variabele heeft niet alleen te maken met de binding aan het werk maar ook met de kansen op aanpassing van het werk aan de persoon en met die op latere her- of omscholing. Iemands opleiding laten we op grond van de nauwe samenhang met het beroep buiten beschouwing, hij voegde aan de verklaring niets toe.
3. *Prognose van de verzekeringsgeneeskundigen:* Deze is een aanwijzing voor de ernst van de aandoening en derhalve ook voor de objektieve afwezigheidsnoodzaak.

Behalve de opleiding laten we iemands burgelijke staat, die tamelijk sterk met de leeftijd correleerde en de diagnose die uiteraard op een andere wijze in de analyse wordt betrokken, buiten beschouwing.

Voor de binding aan de ziekerol volgden we de werkwijze van het konstrueren van één nieuwe index in plaats van die van een selektie uit de bestaande variabelen. Zowel door hun betekenis voor de subjektieve afwezigheidsnoodzaak als door hun onderlinge samenhang kozen we voor een samenvoeging van de variabelen van de ziekteperceptie, de behandelingsperceptie en

de coping naar aanleiding van het behandelingsplan. De ziekte- en de behandelingsperceptie correleerden duidelijk met elkaar (r = -.38), hoe somberder iemand was over zijn herstel, des te onduidelijker stond hem tevens het behandelingsplan voor ogen. Hetzelfde was het geval bij de behandelingsperceptie en de coping (r = .38), hoe onduidelijker het behandelingsplan, des te minder aktief was tegelijkertijd de coping. De samenhang tussen de ziekteperceptie en de coping - hoe somberder des te minder aktief - was zwakker (r = -.12). De index werd verkregen door voor elke respondent een standaardscore (dat wil zeggen het verschil tussen de individuele score en het gemiddelde gedeeld door de standaardafwijking) te berekenen op elk van de drie genoemde variabelen en deze vervolgens op te tellen.
Deze variabele noemen we in het vervolg:

4. *binding aan de ziekerol:* De betekenis van deze index is dat hoe hoger de score was des te meer iemand zich als ziek beschouwde, het behandelingsplan onduidelijk vond en/of passief stond tegenover het veranderen daarvan.

De overige variabelen betreffende de ziekerol toonden zowel onderling als met de ziekteduur slechts een zwak verband. We betrekken ze daarom niet verder in de analyse.

Ook bij de arbeidsrol volgden we dezelfde procedure. Vier variabelen achtten we bij uitstek geschikt voor de weergave van het begrip binding aan de arbeidsrol. Namelijk de algemene en specifieke oriëntatie op het werk, de sociale verhoudingen en de belangstelling vanuit het bedrijf. Ze hingen alle onderling signifikant in de verwachte richting samen. De correlaties varieerden van .13 tot .30. Uitgezonderd de variabele van de sociale verhoudingen hielden zij géén signifikant verband met de feitelijke ziekteduur. De konstruktie van de nieuwe index op basis van de vier variabelen verliep op dezelfde wijze als hierboven is beschreven. Deze index noemen we in het vervolg:

5. *Binding aan de arbeidsrol:* De betekenis van een hoge score is dat iemand een positieve instelling tegenover het werk had, veel plezier beleefde aan zijn huidige werk, dat de verhouding met kollega's en chef plezierig was en/of de belangstelling vanuit het bedrijf tijdens iemands ziekte groot was.

Verder willen we in de analyse betrekken:

6. *Gevoelens van overbelasting in of door het werk:* Deze telden tamelijk

zwaar bij de uiteindelijke ziekteduur. In plaats van de oorspronkelijke drie variabelen hanteren we één variabele over de mate van overbelasting (driedeling), ongeacht de reden hiervoor.

De vele andere werkaspekten laten we verder buiten beschouwing. Voorzover er sprake was van een verband met de ziekteduur kon dit vaak worden teruggebracht tot de geschooldheid van het beroep. Deze laatste was al in onze selektie opgenomen.

De betekenis van psychosociale "stress" voor de ziekteduur en de overgang naar de WAO bleek klein. Onderscheid naar akute of chronische problematiek maakte niet zoveel verschil. Ook het karakter ervan - de afhankelijkheid van de persoon - en de periode van de "stress" betekenden weinig voor het ziekte- of afwezigheidsgedrag. Op grond van deze overwegingen kozen we voor één maat voor de "stress":

7. *Psychosociale "stress":* Hiermee bedoelen we de som van zowel de chronische als de akute "stress" die losstonden van de aandoening. Voor de akute "stress" geldt hier alleen de periode van één jaar rond de ziekmelding. We zien af van het al of niet persoonsgebondene van de "stress".

We schenken verder geen aandacht aan de "stress" in de periode vóór de herstelmelding of de WAO en aan de stoornis-afhankelijke "stress". Deze laatste kwam voldoende tot uiting in de prognose van de verzekeringsgeneeskundigen.

8. *Interne en externe beheersing:* Deze maat voor iemands coping-vermogen speelde een overheersende rol bij de ziekteduur en vormde een goede benadering van de adekwaatheid van iemands verweer tegen "stress".
9. *Kwetsbaarheid van het bedrijf:* De beoordeling van de bedreiging van de werkgelegenheid van het bedrijf als geheel en van de arbeidsplaats in het bijzonder zijn in één maat samengenomen. Deze kwetsbaarheid correleerde niet met de grootte van het bedrijf of de aard van het produktieproces, wel met (te verwachten) ontslagen, werktijdverkortingen, de instelling van een personeelsstop en fusie.

Voor de karakterisering van de woongemeente kozen we voor de:

10. *Stedelijkheid:* Alle vier gebruikte indikatoren hadden een signifikante correlatie met de ziekteduur. Van deze vier gebruiken we de variabele betreffende het percentage agrarische beroepsbevolking. Deze variabele

had de hoogste correlatie met de ziekteduur. Een hoog percentage agrarische beroepsbevolking weerspiegelde tevens een ongunstige verhouding tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt, een grote afhankelijkheid onder de bevolking van sociale voorzieningen en een gering percentage "linkse" stemmen.

De overige kenmerken van de persoon, zoals iemands jeugdervaringen en beroepskarriere, laten we verder buiten de analyse. De betekenis voor de ziekteduur was klein en voorzover het iemands beroepskarriere betrof verklaarbaar uit zulke faktoren als leeftijd en beroep.

De wijze van selektie van variabelen die mede op grond van binnen de gehele onderzoeksgroep gevonden samenhangen plaatsvindt, brengt het gevaar van een willekeurige keuze met zich mee (kanskapitalisatie). De keuze zou geheel anders kunnen uitvallen indien we uitgingen van de uitkomsten in de afzonderlijke subpopulaties. Dit risiko is niet geheel denkbeeldig zoals in paragraaf 5 zal blijken. In zekere zin is het onvermijdelijk en bovendien niet ten onrechte, gelet op onze vraagstelling betreffende de aard van de ziekte. Het risiko geldt wellicht sterker voor de niet-geselekteerde variabelen die door hun geringe samenhang met het ziekteverzuim onder alle respondenten van weinig belang lijken. Hun betekenis zou pas kunnen blijken bij opsplitsing van de onderzoeksgroep. Daarom hebben we zowel voor de ongevalspatiënten als voor de patiënten met een ziekte van de bewegingsorganen de correlaties tussen alle overige onderzochte onafhankelijke en de afhankelijke variabelen bekeken. De uitkomst hiervan is zo dat onze keuze niet anders uitgevallen zou zijn.

3. De samenhang tussen de verklarende variabelen.

In deze paragraaf bespreken we de samenhang tussen de verklarende variabelen aan de hand van enkelvoudige en - indien geëigend - partiële correlatie-coëfficiënten. In figuur 1 (zie volgende pagina) worden de onderlinge samenhangen in beeld gebracht.
Hieruit blijkt wel dat vooral de variabele van de binding aan de ziekerol nauw verbonden is met enkele andere. In enkele schema's zullen we dit nader uitwerken, waarbij we tevens met behulp van pijlen de veronderstelde richting van het verband specificeren. Tussen haakjes vermelden we de totale correlaties (alléén indien $p < .10$). De gehele correlatie-matrix is weer-

gegeven in bijlage 3 .

Figuur 1: De onderlinge samenhangen tussen de verklarende variabelen (op grond van Pearson's correlatie-coëfficiënten; N=205).

—— p <.001
—— p <.05
---- p <.10

Leeftijd, prognose en binding aan de ziekerol.

De ouderen onder de onderzochte respondenten hadden zoals te verwachten was een sombere prognose van de aandoening. Op oudere leeftijd werd de aandoening vaker als chronisch beschouwd, soms weliswaar met een goede kans op perioden van redelijk herstel. Hun eigen verwachtingen waren navenant. De ouderen hadden een sterkere binding aan de ziekerol. Deze binding is voornamelijk terug te voeren op één van de drie variabelen die deze index vormden, namelijk de ziekteperceptie.
Leeftijd hield geen verband met de behandelingsperceptie of de coping naar aanleiding van het plan.

Figuur 2:

De relatie tussen de prognose en de binding aan de ziekerol staat ten dele onder invloed van de leeftijd. Partialisering verandert weinig aan deze samenhang (r_{part} =.32).

Leeftijd, beroep, binding aan de arbeidsrol en ervaren werkbelasting.

Leeftijd bleek alléén met de binding aan de arbeidsrol verband te houden: ouderen waren gemotiveerder voor het werk en hadden ook betere kontakten met hun kollega's of baas. Verder troffen we geen duidelijke samenhang aan met de geschoolheid van het beroep of de ervaren werkbelasting.

Figuur 3:

Respondenten in de hoger geschoolde beroepen ervoeren wat meer werkbelasting. Er was geen sprake van een signifikante samenhang tussen beroep en binding aan de arbeidsrol en tussen werkbelasting en binding aan de arbeidsrol. Het is eigenlijk opvallend dat de werkbelasting zo'n geïsoleerde positie in het onderzoeksmodel inneemt.

Leeftijd, psychosociale "stress" en verweer daartegen.

Leeftijd had in het algemeen géén relatie met de zwaarte van de totale "stress". Wel bleken ouderen vaker gekonfronteerd te zijn met langdurige chronische problemen. Dit betrof "stress" die als onafhankelijk van de

persoon was gekenmerkt.

Figuur 4:

Het ging hier veelal om de gevolgen van dood en ziekte in het gezin of de naaste familie. Bij de samenvoeging van de akute en de chronische "stress", tot één maat verdween deze samenhang.
Met de coping-maten bestond een duidelijker verband. Ouderen waren meer op externe beheersing in hun gedrag georiënteerd; dat wil zeggen dat zij meer gevoelens van machteloosheid hadden.

De op externe beheersing georiënteerde personen bleken ook onder zwaardere druk te staan. Dit betrof vooral chronische problematiek, die afhankelijk van de persoon was gekarakteriseerd: zoals psychosomatische klachten en problemen in de relationele sfeer, die ten dele bewust en ten dele als gevolg van minder adekwaat funktioneren in stand werden gehouden. Deze persoons-afhankelijke "stress" bracht bovendien vaker nieuwe gebeurtenissen met zich mee, zoals bleek uit de samenhang met de maat voor de akute "stress" uit de periode rond de ziekmelding. Het is op grond hiervan aannemelijk om in dit model te spreken van een beinvloeding van "stress" door coping.

Terzijde zij hier opgemerkt dat dergelijke persoons-afhankelijke chronische problematiek tamelijk sterk samenhing met feitelijk inadekwaat coping-gedrag (r=-.33). Daar stond tegenover dat juist de bestaande problemen die als onafhankelijk van de persoon golden gepaard gingen met adekwate handelingen (r = .23).

Binding aan de ziekerol en de arbeidsrol.

Van de relaties tussen aspekten van de ziekerol en de arbeidsrol bleken er twee van enig belang te zijn. Het beroep correleerde signifikant zowel met de prognose als met de binding aan de ziekerol: personen werkzaam in minder geschoolde beroepen hadden niet alleen een ongunstiger prognose

volgens de arts, maar zij hadden ook zelf somberder verwachtingen over hun herstel en waren veel minder aktief geweest om meer greep te krijgen op hun ziekte.

Figuur 5:

Het beroep bleek dus in sterke mate bepalend te zijn voor iemands ziekteperceptie en voor iemands daadwerkelijk reageren daarop. Onduidelijkheid over de ziekte leidde niet tot aktiviteit van de kant van de betrokkenen, maar tot afwachten en berusten. Het bleken vooral de personen met meer scholing te zijn die zich in dit opzicht anders opstelden. De relatie tussen prognose en binding aan de ziekerol veranderde weinig na uitschakeling van de invloed van het beroep (r_{part}=.33).

Een sterke binding aan de arbeidsrol hing enigszins samen met een zwakke binding aan de ziekerol. Aangezien leeftijd beide bindingen beinvloedde onderzochten we het verband tussen beide met konstant houden van de variabele leeftijd. De partiële correlatie bedraagt -.13, hetgeen signifikant is op het 5%-niveau.
De ervaren werkbelasting toonde geen verband met de binding aan de ziekerol of de prognose, ook na uitschakeling van de invloed van leeftijd of beroep.

"Stress", het verweer ertegen en de binding aan de ziekerol.

Een sterke binding aan de ziekerol bleek mede bepaald te zijn door veel "stress" en een zwak verweer hiertegen. Alléén de chronische, persoonsgebonden "stress" werkte door in de perceptie van de ziekte, van de behandeling en in de coping naar aanleiding hiervan. De andere problemen van chronische of akute aard hadden met de ziekerol verder geen duidelijke re-

latie. We hadden verwacht dat allerlei levensproblematiek veel direkter op het ziektegedrag zou inwerken, vooral op de ziekteperceptie. Dit bleek niet het geval te zijn.

Figuur 6:

Een veel sterkere samenhang bestond er tussen het patroon van verweer en de binding aan de ziekerol: extern georiënteerde personen bleken tamelijk somber te zijn over hun herstel en passief in hun gedrag. Mensen die zich in het algemeen toch al machteloos voelden ten opzichte van de wereld om zich heen hadden hetzelfde gevoel wanneer zij in een vervelende situatie verzeild raakten, zoals die van een (tamelijk) ernstige ziekte of ongeval.

Een dergelijke houding ging, zoals we hierboven zagen, vaker gepaard met "stress". Dit gold, overeenkomstig onze verwachtingen, vooral voor de persoonsgebonden chronische "stress". Ook uit de andere coping-maten bleek dat minder adekwaat handelen gepaard ging met dit soort "stress". De andere soorten "stress", namelijk omgevingsgebonden chronische problematiek en de akute "stress", stonden los van de adekwaatheid van iemands copingvermogen. Het verband tussen "stress" en de binding aan de ziekerol was, wanneer de invloed van de houding van interne versus externe beheersing uitgeschakeld werd, nog maar net signifikant. De correlatie daalde van .16 tot .12.

Wat betreft de prognose bleken extern georiënteerde personen vaker een aandoening te hebben met een slechtere kans op herstel. Dit verband kon worden teruggevoerd op de leeftijd van de betrokkene. Partialisering met deze variabele deed de signifikantie van het verband verdwijnen (de r_{part} is .09).

Tussen "stress" en prognose was geen samenhang van betekenis verwacht. De bevindingen bevestigden dit.

"Stress", het verweer daartegen en de binding aan de arbeidsrol.

Mensen uit de lagere beroepsgroepen stonden vaker bloot aan "stress". Daarbij ging het wederom om chronische problemen. Deze "stress" bestond uit een kombinatie van langdurige persoons- en omgevingsgebonden problematiek.

Figuur 7:

Voorbeelden hiervan zijn financiële problemen, problemen met de huisvesting, bijzondere werkomstandigheden zoals ploegendienst en werkloosheid.
Ook had "stress" invloed op de binding aan de arbeidsrol: veel "stress" hing samen met weinig motivatie voor het werk, slechte sociale verhoudingen en een geringe belangstelling vanuit het bedrijf. In deze samenhang komen voor een deel tot uitdrukking de gevolgen van werkomstandigheden, die we hierboven noemden.
Omdat de leeftijd niet met "stress" noch met het beroep en de binding aan de arbeidsrol duidelijk samenhing veranderde er weinig aan de besproken relaties indien we die variabele onder kontrole houden.
De invloed van de "stress" op de binding aan de arbeidsrol was groter dan op die aan de ziekerol. Bovendien speelde het verweer tegen de "stress" géén rol van betekenis.

De oriëntatie in het gedrag werd heel sterk beinvloed door het soort beroep. Vooral mensen in de lagere beroepen, en dus met geringe opleiding, kenmerkten zich door een externe oriëntatie in hun gedrag. Het valt op dat deze mensen zich tamelijk sterk identificeerden met de ziekerol, maar zich niet in positieve of negatieve zin onderscheidden door hun binding aan de arbeidsrol. We hadden verwacht dat algemene gevoelens van machteloosheid gepaard gaan met bijvoorbeeld een geringere motivatie voor het werk.

De relatie tussen coping en "stress" blijkt vooral beinvloed te.wor-

den door het beroep. Partialisering door uitschakeling van de invloed van de variabele van het beroep doet de signifikantie van het verband verdwijnen (r_{part} =.10).

Werkbelasting toonde met "stress" noch met coping een signifikant verband. Wat betreft de coping konstateerden we dat de richting van het verband zo was dat de meer op interne oriëntatie gerichte personen vaker te kennen gaven zich in of door het werk (over-)belast te voelen, met andere woorden degenen die meenden dat sukses van eigen handelen te verwachten was, hadden het vermoedelijk mede daardoor ook drukker in hun werk.

Kwetsbaarheid van het bedrijf, stedelijkheid van de woongemeente en "stress".

De variabele betreffende het bedrijf had overeenkomstig de verwachtingen géén relatie met de onderzochte kenmerken van de persoon en zijn ziekte. Wel was er een verband met de woongemeente van de respondenten: mensen uit de meer verstedelijkte plaatsen waren vaker werkzaam in bedrijven die het ekonomisch minder goed ging. De kansen op een sluiting van het bedrijf, op ontslagen en dergelijke werden voor hen groter geacht. Bovendien werden de respondenten uit de stedelijke gemeenten met meer "stress" in hun direkte leefmilieu gekonfronteerd. Dit betrof vooral "stress" tengevolge van persoonsgebonden chronische problematiek en deels daaruit voortvloeiende akute problemen. Dit laatste is wellicht mede te verklaren uit de meer dynamische en ondernemende stijl van leven, die bijvoorbeeld tot uiting komt in meer frekwente werkwisselingen, verhuizingen, samenlevingsproblematiek, etc.
Leeftijd noch beroep hadden invloed op deze relatie tussen "stress" en de stedelijkheid van de woonplaats.

Figuur 8:

Samenvattend kunnen we zeggen dat een sterke binding aan de ziekerol voorkwam bij mensen die:

- ouder waren;
- een slechtere prognose hadden;
- een ongeschoold beroep uitoefenden;
- aan (persoonsgebonden)"stress" blootstonden; en die vooral
- gekenmerkt werden door een externe oriëntatie in hun gedrag (gevoelens van machteloosheid).

Over een sterke binding aan de arbeidsrol beschikten mensen die:

- ouder waren; en die
- met weinig "stress" waren gekonfronteerd.

"Stress" oefende dus invloed uit zowel op de binding aan de ziekenrol als op die aan de arbeidsrol. Een veel grotere rol dan de "stress" speelde iemands coping-vermogen. Het verweer tegen "stress", zoals dit tot uiting kwam in de houding tegenover het eigen handelen, werkte met name veel sterker in op de binding aan de ziekerol.

We zullen nu nagaan welke gevolgen dit had voor de ziekteduur.

4. Duur van het ziekteverzuim en de overgang naar de WAO.

De bevindingen betreffende de hierboven besproken 10 verklarende variabelen en het te verklaren ziekteverzuim zijn weergegeven in tabel 1. We vermelden de totale correlaties en de beta-coëfficiënten waarbij de invloed van de overige negen onafhankelijke variabelen op de ziekteduur is uitgeschakeld.

In totaal verklaarden deze onafhankelijke variabelen ongeveer 36% tot 38% van de variantie in het langdurig ziekteverzuim. De resultaten komen in grote lijnen overeen met de eerdere bevindingen. Niettemin zijn er wel enkele wijzigingen opgetreden. (Voor tabel 1, zie volgende pagina).

Het aantal variabelen dat nog een signifikante bijdrage leverde bleek bij de volledige ziekteduur het grootst en bij de overgang naar de WAO het kleinst. Achtereenvolgens waren die aantallen 7, 6 en 5. Bovendien ging het enerzijds om aanzienlijke bijdragen in termen van percentage verklaarde variantie (± 9%) en anderzijds om geringe bijdragen (1 à 2%). Kortom, er was dus prake van enkele zeer duidelijke doorslaggevende faktoren. Deze zullen we eerst aan de orde stellen:

- De prognose van de verzekeringsgeneeskundige had een duidelijk voorspellende waarde voor de ziekteduur en vooral voor de overgang naar de WAO.
- De binding aan de ziekerol bleek van bijna even grote betekenis. Terzijde

merken we hierbij op dat de konstruktie van deze index uit drie andere variabelen, die op zichzelf al uit andere variabelen waren samengesteld, wel gevolgen had voor de hoogte van de correlatie met de ziekteduur. Dit gold bij uitstek voor de variabele van de ziekteperceptie, die wij opvatten als de pendant van de prognose van de arts. De ziekteperceptie heeft de hoogste correlatie met de overgang naar de WAO namelijk .56. De correlatie van de nieuwe index van de binding aan de ziekerol met de overgang naar de WAO bedraagt .41, hetgeen een daling van 15 punten betekende . Door onze werkwijze bij de selektie van variabelen verloren we dus enkele percenten aan verklaarde variantie.

Tabel 1: De samenhang tussen de ziekteduur en 10 verklarende variabelen uitgedrukt in totale correlaties, beta-coëfficiënten en de multipele correlatie (n=205).

	Aantal volledige ziektedagen (weinig-veel)		Aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen (weinig-veel)		overgang naar de WAO (neen-ja)	
	r	beta	r	beta	r	beta
Leeftijd (jong-oud)	.18	.01	.22	.03	.29	.12**
Prognose(gunstig-ongunstig)	.43	.29***	.45	.32***	.48	.33***
Binding ziekerol(zwak-sterk)	.44	.30***	.41	.27***	.41	.23***
Beroep (laag-hoog)	-.24	-.06	-.18	-.01	-.21	-.04
Binding arbeidsrol (zwak-sterk)	.02	.02	.06	.06	.02	.02
Werkbelasting (weinig-veel)	.14	.16***	.19	.20***	.13	.13**
"Stress" (weinig-veel)	-.05	-.11*	-.05	-.10*	-.01	-.08
Interne - externe beheersing	.26	.11*	.25	.12*	.27	.13**
Kwetsbaarheid bedrijf(weinig-veel)	.10	.11*	.11	.10*	.09	.08
Stedelijkheid woonplaats (sterk-zwak)	.18	.15***	.11	.08	.08	.06
Multipele correlatie		.61		.60		.60
Perc.verklaarde variantie		38%		36%		36%

Signifikantie van de totale correlatie van $\pm$ .12 bij $p < .05$;
Signifikantie van de beta-coëfficiënten bij $p < .01$ indien ***;
$p < .05$ indien **;
$p < .10$ indien *.

Afgezien daarvan bleken de prognose en de binding aan de ziekerol de twee belangrijkste voorspellers te zijn van de ziekteduur: Hoe ongunstiger de prognose èn hoe somberder de verwachtingen van de betrokkene zelf omtrent zijn herstel des te vaker was de ziekteduur lang en ging de betrokkene over naar de WAO.
De objektieve en subjektieve afwezigheidsnoodzaak waren doorslaggevend, doch daarnaast waren nog andere faktoren van enig belang:

- De werkbelasting had een tamelijk grote invloed op de ziekteduur. Naarmate men het drukker had in zijn werk stelde men het herstel langer uit, of ging men vaker over in de WAO.
  Het valt hierbij op dat de binding aan de arbeidsrol noch het beroep een rol speelden. Vooral het laatste is verrassend. Het beroep was één van de belangrijkste basiskenmerken die naast de prognose samenhingen met het ziekteverzuim. Deze betekenis is nu geheel in andere variabelen opgenomen.
- Gevoelens van machteloosheid (de interne en externe beheersing) waren voor alle drie de verzuimmaten van belang, doch aanzienlijk minder dan de oorspronkelijke correlatie deed vermoeden.

Bovengenoemde faktoren hadden betekenis voor zowel de volledige als de volledige plus de gedeeltelijke ziekteduur en de overgang naar de WAO. De volgende waren voor een of twee afhankelijke variabelen in mindere mate van belang:

- Psychosociale "stress": Veel "stress" leidde niet vaker tot een langer verzuim. Integendeel, juist het ontbreken van "stress"volle psychosociale faktoren hing samen met een langere ziekteduur. Voor de overgang naar de WAO was het verband niet meer signifikant op het 10%-niveau.
- Kwetsbaarheid van het bedrijf: Ekonomisch slecht renderende bedrijven lokten een langer verzuim uit. Een duidelijke invloed op de WAO was niet aantoonbaar.
- Stedelijkheid van de woonplaats: Respondenten die woonachtig waren in plattelandsgemeenten hadden een langere volledige ziekteduur. Bij de andere verzuimmaten was dit verband in het geheel niet signifikant.
- Leeftijd: Ouderen gingen vaker over naar de WAO. Voor de ziekteduur gemeten in dagen speelde leeftijd geen enkele rol.

Het geheel overziend konkluderen we dat, naast de aandoening, veel andere faktoren van invloed waren op de duur van het verzuim. De aard van

die faktoren betrof vooral de persoon zelf, zoals tot uiting kwam in de binding aan de ziekerol, de ervaren werkbelasting en de oriëntatie in het gedrag. Faktoren van strukturele aard waren van beperkte betekenis, zoals de kwetsbaarheid van het bedrijf en de stedelijkheid van de woonplaats. Niettemin is hun betekenis voor het ziekteverzuim aangetoond, ook al was dit tegen de verwachting in niet bij de overgang naar de WAO.

Verrassend is wel het "wegvallen" van de betekenis van zulke kenmerken als leeftijd en beroep. De betekenis van de leeftijd lag voor het grootste deel in de prognose en de binding aan de ziekerol. Ouderen bleken vaker een ernstige aandoening te hebben en waren vaker somber over hun herstel. Alleen bij de overgang naar de WAO telde de leeftijd nog wel als een zelfstandige faktor.
Wat het beroep betreft konstateerden we dat de minder geschoolden zich vooral kenmerkten door een sterke binding aan de ziekerol en door een externe oriëntatie in het gedrag.

5. Ziekteduur en aard van de ziekte.

In deze paragraaf komt de vraag aan de orde in hoeverre de besproken bevindingen betreffende de gehele onderzoekspopulatie ook afzonderlijk gelden voor mensen met een ongeval of met een ziekte van de bewegingsorganen. Kunnen we veronderstellen dat de door ons onderzochte faktoren dezelfde uitwerking op de ziekteduur hebben ongeacht de reden van ziekmelding? Wij meenden van niet. Vooral bij aandoeningen met een grotere betekenis in de beleving van de gezondheid dan objektief aantoonbaar is achten we de kans op een langere ziekteduur tengevolge van faktoren in de persoon en zijn omgeving groter.

Opsplitsing van de onderzoekspopulatie in de groep met een ongeval (73 personen) en die met ziekten van de bewegingsorganen (132 personen) bracht verschillen aan het licht betreffende de gemiddelde scores op de variabelen.
Respondenten met een ongeval waren over het algemeen jonger en hadden een gunstiger prognose. Ook het ziekteverzuim was bij hen gemiddeld korter dan bij de mensen met een ziekte van de bewegingsorganen. Zij gingen ook minder vaak over naar de WAO. Verder onderscheidden de ongevalspatiënten zich in één opzicht duidelijk van de anderen: zij voelden zich minder sterk gebonden aan de ziekerol. Dit is op zich niet zo verwonderlijk gezien de aard van hun

handicap. In andere opzichten was er verder géén sprake van een duidelijk verschil tussen beide groepen.

De samenhang tussen de verklarende variabelen zoals in de vorige paragraaf besproken lag echter binnen de ene groep niet herzelfde als binnen de andere groep (zie bijlage 3).
Wat betreft leeftijd bleek de relatie met de prognose en de binding aan de ziekerol vooral te bestaan bij mensen met een ziekte van de bewegingsorganen: ouderen hadden vaker een ernstige aandoening en waren vaker somber over hun herstel. Bij mensen met een ongeval was dit verband niet signifikant.
Verder bleken de ouderen met een ongeval een sterke binding aan de arbeidsrol te bezitten. Daarnaast kenmerkten zij zich ook door een externe oriëntatie van het gedrag. Van beide samenhangen was geen sprake bij de andere groep.
Wat betreft het beroep hadden de ongevalspatiënten met weinig scholing vaker een ongunstige prognose dan degenen met een ziekte van de bewegingsorganen.
In de gehele onderzoekspopulatie hield "stress" verband met een sterke binding aan de ziekerol, een laag beroep en een zwakke binding aan de arbeidsrol. Dit deed zich vrijwel uitsluitend voor bij de mensen die door een ongeval in de ziektewet terecht waren gekomen en niet bij de anderen. We hadden dit eigenlijk niet verwacht. Verondersteld werd dat de doorwerking van "stress"volle omstandigheden juist bij mensen met een onduidelijker aandoening sterker zou zijn.
Verder bleken ongevalspatiënten die met veel "stress" gekonfronteerd waren ook vaker werkzaam in bedrijven die het ekonomisch slecht ging. De "stress" ging bij deze mensen als het ware dubbel op. Dit in tegenstelling tot degenen met een ziekte van de bewegingsorganen. Bij hen was het omgekeerde het geval: er was weinig "stress" bij mensen wier baan werd bedreigd.
Tenslotte, wat betreft de interne en externe beheersing van het gedrag bleken bij de ongevalspatiënten gevoelens van machteloosheid samen te gaan met een sterke binding aan de arbeidsrol en bij de andere patiënten met een zwakke binding aan de arbeidsrol. Deze tegengestelde tendenzen in beide groepen veroorzaakte een niet signifikante uitkomst bij de gehele onderzoekspopulatie.

Kortom, de onderlinge samenhangen tussen de verklarende variabelen, die in een vorige paragraaf zijn besproken, bleken in een aantal gevallen eigenlijk alleen betrekking te hebben op de groep respondenten met een ongeval zoals:tussen de leeftijd en de binding aan de arbeidsrol; de leeftijd en de interne versus de externe beheersing; de prognose en de binding aan de ziekerol; "stress" en de binding aan de ziekerol; "stress" en het beroep; "stress" en de binding aan de arbeidsrol.
Verbanden die vooral bij de mensen met een ziekte van de bewegingsorganen werden aangetroffen waren die tussen de leeftijd en de prognose en de leeftijd en de binding aan de ziekerol.
In beide groepen lag de relatie van interne versus externe beheersing met binding aan de arbeidsrol en met de variabele van de kwetsbaarheid van het bedrijf tegengesteld.

We zullen nu nagaan welke gevolgen deze verschillen hadden voor het langdurige ziekteverzuim. De bevindingen staan vermeld in tabel 2 op de volgende pagina.

Een eerste konklusie luidt dat het patroon van de signifikante samenhangen met het verzuim vooral van toepassing is op de groep met een ziekte van de bewegingsorganen. Op een enkele na zijn de uitkomsten nagenoeg identiek. De prognose en de binding aan de ziekerol vormden de belangrijkste faktoren voor de verklaring van het langdurige ziekteverzuim. De betekenis van de ervaren werkbelasting is versterkt: naarmate de werkbelasting groter was, werd het verzuim langduriger. Vooral de rol van "stress" was sterker: naarmate er minder "stress" was, des te langer duurde het verzuim.
De variabele van de kwetsbaarheid van het bedrijf daarentegen, leverde géén signifikante bijdrage aan de verklaring van de verschillen in ziekteduur.

Bij de groep van de ongevallen konstateerden we in de eerste plaats een gering aantal signifikante samenhangen met langdurig ziekteverzuim, hierbij doelen we alleen op de beta-coëfficiënten. Slechts twee variabelen bleven beneden het gestelde signifikantie-niveau van 10%, in tegenstelling tot de 4 à 5 variabelen bij de andere groep. In de tweede plaats trof ons de grote betekenis van de prognose. De binding aan de ziekerol was noch voor het volledig verzuim noch voor de overgang naar de WAO van groot belang. Hij telde nog wel bij de volledige plus de gedeeltelijke ziekteduur.

Tabel 2: De samenhang tussen de ziekteduur en de 10 verklarende variabelen, naar de reden van de ziekmelding (diagnose), uitgedrukt in totale correlaties, beta-coëfficiënten en multipele correlaties.

	Aantal volledige ziektedagen (weinig-veel)				Aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen (weinig - veel)				Overgang naar de WAO (neen -ja)			
	Ongevallen (n = 73)		ziekten der bewegingsorganen (n=132)		ongevallen (n = 73)		ziekten der bewegingsorganen (n=132)		ongevallen (n = 73)		ziekten der bewegingsorganen (n=132)	
	r	beta	r	beta	r	beta	r	beta	r	beta	r	beta
Leeftijd (jong - oud)	-.04	-.06	.22	.03	.10	.13	.22	.00	.20	.22*	.26	.07
Prognose (gunstig - ongunstig)	.33	.21*	.43	.30***	.38	.34***	.45	.33***	.43	.45***	.43	.30***
Binding ziekerol (zwak -sterk)	.28	.17	.46	.34***	.27	.28**	.42	.29***	.23	.19	.40	.23***
Beroep (laag - hoog)	-.28	-.07	-.22	-.03	-.14	.05	-.19	-.01	-.11	.09	-.25	-.08
Binding arbeidsrol(zwak-sterk)	.18	.17	-.05	-.01	.21	.15	-.02	.02	.19	.17	-.06	.00
Werkbelasting (weinig-veel)	-.10	-.05	.26	.26***	-.12	-.08	.35	.33***	-.19	-.12	.27	.25**
"Stress" (weinig-veel)	.06	.05	-.11	-.16**	-.02	-.07	-.07	-.14*	.05	.06	-.04	-.10
Interne - externe beheersing	.22	.05	.27	.12	.14	.07	.28	.17**	.16	-.05	.29	.16*
Kwetsbaarheid bedrijf(weinig-veel)	.03	.04	.12	.12	.12	.14	.09	.08	.01	-.03	.10	.10
Stedelijkheid woonplaats(sterk-zwak)	.29	.21*	.14	.13*	.18	.10	.08	.07	.10	-.01	.10	.09
Multipele correlatie		.50		.67		.53		.68		.56		.63
Perc. verklaarde variantie		25%		45%		28%		46%		32%		40%

Signifikantie van de totale correlatie van $\pm$ .20 (n=73) bij $p < .05$; $\pm$ .14 (n=132) bij $p < .05$.

Signifikantie van beta-coëfficiënten bij $p < .01$ indien ***, $p < .05$ indien **, $p < .10$ indien *.

Dit resultaat bevestigde onze veronderstellingen dat juist bij de medisch minder duidelijke aandoeningen, waarbij iemands beleving en verwerking bij uitstek belangrijk zijn, de kenmerken van de persoon en zijn omgeving hun invloed op het ziekte- en afwezigheidsgedrag doen gelden. Dit bleek ook uit de percentages verklaarde variantie. Bij de ziekten van de bewegingsorganen bedroeg het percentage ruim 40%; bij de ongevallen varieerde het van 25% tot ongeveer 30%.

We willen op enkele punten nog verder ingaan. Dat betreft eerst de variabele van de leeftijd. Bij het aantal volledige noch bij het aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen speelde de leeftijd een rol van betekenis. Deze situatie deed zich voor zowel bij de gehele onderzoekspopulatie als bij de afzonderlijke diagnose-groepen. Bij de overgang naar de WAO lag dit anders. In beide groepen bestond er verband tussen de leeftijd en de medische afkeuring. De invloed van leeftijd bleef echter alléén bij de ongevallen volledig intakt nadat de andere variabelen waren uitgeschakeld. Leeftijd en prognose waren de enige twee faktoren die bij de ongevalspatiënten de overgang naar de WAO bepaalden. Opvallend is dus de afwezigheid van subjektieve faktoren bij deze groep. Wanneer we letten op de richting van de overige verbanden ging het bovendien om mensen die gekenmerkt werden niet alleen door een tamelijk sterke binding aan de arbeidsrol, maar ook door tamelijk geringe werkbelasting die door hen werd ervaren. Dit lag bij de mensen met een ziekte van de bewegingsorganen anders. Bij degenen die vanwege een ziekte van de bewegingorganen overgingen naar de WAO overheersten naast de prognose de sterke binding aan de ziekerol, de ervaren werkbelasting en de externe oriëntatie van het gedrag. Leeftijd was niet meer van enig belang.

De betekenis van het beroep voor het ziekteverzuim binnen de gehele onderzoeksgroep bleek klein. Hetzelfde was het geval in de beide subgroepen van respondenten. Voor de ongevalspatiënten gold dat de voorspellende waarde van het beroep sterk verminderde indien eerst de prognose in aanmerking werd genomen; voor de mensen met een ziekte van de bewegingsorganen gebeurde dat na uitschakeling van de invloed van de binding aan de ziekerol op het ziekteverzuim. Dat betekent dus dat in het ene geval de objektieve afwezigheidsnoodzaak en in het andere geval de subjektieve afwezigheidsnoodzaak voor de betrokkenen sterker speelde .

Dit brengt ons tenslotte op de vraag naar de geldigheid van het besliskundig model en naar de generaliseerbaarheid van de resultaten over het langdurig ziekteverzuim. Bij objektieve aandoeningen zoals de ongevallen was er eigenlijk nauwelijks sprake van invloed van andere faktoren dan de aandoening zelf. De medische prognose ofwel de ernst van de aandoening was van doorslaggevend belang, vooral bij de overgang naar de WAO. Overeenkomstig de veronderstellingen die ten grondslag liggen aan het besliskundig model van het verloop van een ziektegeval, is deze uitkomst te verwachten, ook al blijkt de aandoening op zich geen volledige verklaring te bieden voor de ziekteduur. Dit zou overigens tamelijk onaannemelijk zijn geweest, alleen al vanwege het feit dat een maat voor de ernst van de lichamelijke handicap niet perfekt is te noemen. De mogelijkheid dat bovendien andere persoons- of omgevingsgebonden faktoren bij het herstel na een ongeval een rol zouden kunnen spelen wordt hiermee zeker niet ontkend. Niettemin doet zich de situatie voor dat een groot deel van de variantie onverklaard is gebleven. De vraag naar het waarom hiervan is moeilijk te beantwoorden. Voor een deel is dit te wijten aan de onbetrouwbaarheid bij de meting van de onafhankelijke en afhankelijke variabelen. Aangezien toevallige meetfouten onderling niet samenhangen kan het percentage verklaarde variantie nooit 100% worden. In ieder geval vinden we zowel bij de ongevallen als bij ziekten van de bewegingsorganen wel globaal dezelfde samenhangen met de ziekteduur, met uitzondering van de variabelen betreffende de binding aan de arbeidsrol en de ervaren werkbelasting. Vanuit dat gezichtspunt is het besliskundig model evenzeer op de objektieve als de objektief- subjektieve aandoeningen van toepassing.

De resultaten van ons onderzoek hebben vooral betrekking op de laatstgenoemde kategorie van ziektebeelden, waarbij de subjektieve klacht de belangrijkste maatstaf is voor de diagnose en de behandeling. In deze gevallen is de beslissingsvrijheid van het individu relatief groot, zoals bleek bij mensen met een ziekte van de bewegingsorganen. De verhouding tussen belasting en belastbaarheid, die vooral ten nadele van de laatste verstoord is geraakt, staat dan sterk op de voorgrond. In dit verband is dan van belang of iemand zijn werk aan kan en welke houding hij aanneemt tegenover zijn eigen handelen. Deze faktoren beinvloeden in belangrijke mate mede het feitelijk herstel.

Hoofdstuk XI. Slotbeschouwing.

Dit onderzoek was gericht op de determinanten van langdurig ziekteverzuim. Het werd gehouden onder ruim 200 mannelijke werknemers van 20 tot 55 jaar, uit verschillende bedrijfstakken zoals de metaal- en elektrotechnische industrie, het vervoer en het bank- en verzekeringswezen. In alle gevallen betrof het werknemers die tenminste tien weken arbeidsongeschikt waren vanwege een ongeval of een ziekte van de bewegingsorganen. Deze groep werknemers werd tweemaal ondervraagd over allerlei aspekten van hun werk- en levenssituatie. Eenmaal gedurende de vierde ziektewetmaand toen het merendeel van hen nog arbeidsongeschikt was; en andermaal één jaar na de datum van de ziekmelding, op welk moment werd nagegaan hoelang iemand uiteindelijk arbeidsongeschikt was geweest en of iemand voor een WAO-uitkering in aanmerking was gekomen. De vraagstelling van het onderzoek was ekspliciet gericht op omstandigheden waaronder de ziekteduur zou kunnen worden verlengd. Het ging hierbij vooral om de drie volgende vragen:

1. Heeft psychosociale "stress" tengevolge van allerlei persoonlijke omstandigheden invloed op de ziekteduur en op blijvende arbeidsongeschiktheid?
2. Welke betekenis hebben de persoonsgebonden en de omgevingsgebonden"stress" elk afzonderlijk voor de ziekteduur?
3. Verschilt de invloed van de "stress" al naar gelang de reden van de ziekmelding?

In het volgende willen we de belangrijkste bevindingen nog eens belichten. In de eerste plaats geven we een korte beschouwing over het verschijnsel langdurig ziekteverzuim en over de determinanten ervan. Vervolgens wijden we een afzonderlijke paragraaf aan de groep van WAO-ers. Tenslotte worden de theoretische en praktische relevantie van de onderzoeksresultaten besproken.

1. Het verschijnsel van het langdurig ziekteverzuim.

De wijze waarop langdurig ziekteverzuim optreedt, kunnen we vanuit verschillende gezichtshoeken beschrijven. In de eerste plaats kan men het feitelijke aantal ziektedagen tot uitgangspunt nemen. Dan kan direkt al worden gekonkludeerd dat, wanneer iemand niet binnen het eerste halve ziektewetjaar is hersteld, de kans op werkhervatting daarna bijzonder klein is ge-

worden. In totaal was ruim 30% van de onderzochte werknemers na één jaar nog arbeidsongeschikt, dat wil dus zeggen dat één op de drie werknemers in de WAO terecht was gekomen. Dit is een verontrustend aantal, vooral indien men bedenkt dat mensen boven de 55 jaar buiten het onderzoek zijn gehouden. De verhouding was zonder deze restriktie vrijwel zeker nog ongunstiger uitgevallen.
Een tweede konklusie is dat bijna 20% van de werknemers tijdens het ziektewetjaar kortere of langere tijd slechts gedeeltelijk arbeidsongeschikt is geweest. Over de gehele groep gerekend ging het gemiddeld om 18 dagen per man. Het bleek dat de hervatting van de werkzaamheden na een maandenlange afwezigheid veel mensen in het begin erg moeilijk afging. Bijna één op elke drie personen voelde zich bij de aanvang van hun werk matig of nauwelijks hersteld. We kunnen ons hierbij afvragen of een gedeeltelijk herstel - voor halve dagen of op halve kracht - eigenlijk veel vaker had moeten en kunnen geschieden. Op onze vraag hiernaar antwoordde ongeveer de helft van de respondenten dat dit waarschijnlijk of zeker niet mogelijk was in het bedrijf waar men werkte. De mening dat een gedeeltelijke werkhervatting mogelijk was, had soms te maken met het soort werk, maar het duidde veel vaker aan hoe gering de bereidheid en de fleksibiliteit aan de kant van het bedrijf was om een geleidelijke aanpassing te vergemakkelijken. Op dit punt lijken verbeteringen zeer goed mogelijk. Enerzijds door een sterkere verplichting van de werkgever om de werksituatie beter toegankelijk te maken voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten en anderzijds door goede begeleiding van degenen die zich in een dergelijke situatie duidelijk minderwaardig voelen ten opzichte van hun kollega's.

In de tweede plaats wordt het ziekteverzuim beschreven vanuit het gezichtspunt van het evenwicht tussen de belasting door het werk en die door de lichamelijke beperking tengevolge van een ziekte of een ongeval. Komt het bij de langere ziekteduren voor dat het verzuim, gezien de ernst van de lichamelijke handicap en de zwaarte van het werk als relatief te lang of relatief te kort beschouwd kan worden? Het gaat dan niet meer om het werkelijke aantal ziektedagen, maar om de verhouding tussen het aantal ziektedagen dat noodzakelijk, wenselijk of reëel is en de feitelijke ziekteduur.De vaststelling van deze zogenaamde relatieve ziekteduur vond op verschillende wijzen plaats. Enerzijds door uit te gaan van de verwachtingen van de patiënt zelf en van die van de verzekeringsgeneeskundige over de

verdere ziekteduur, gerekend vanaf de vierde ziektewetmaand. Anderzijds door uit te gaan van een terugblik van beiden op de uiteindelijke ziekteduur. Aldus verkregen we enig inzicht in de "normaliteit" van het langdurige ziekteverzuim.

Als we eerst de verwachtingen van de patient en de arts over de verdere ziekteduur na drie à vier maanden van arbeidsongeschiktheid in beschouwing nemen, dan valt op dat in een relatief groot aantal gevallen géén van beiden duidelijk zicht had op hoe lang de ziekte nog zou duren. Eén op de drie werknemers kon hierover geen mening geven. De verzekeringsgeneeskundigen bleven in één op de vier gevallen het antwoord schuldig. De grote onzekerheid over de uiteindelijke duur van het verzuim in die eerste fase van het ziekteproces, is een eerste kenmerk van het langdurig ziekteverzuim. Verder bleek in de meeste gevallen waarin wel een uitspraak werd gedaan, de voorspelling in de praktijk niet uit te komen. In het algemeen werd de verwachte ziekteduur ver overschreden. Dit laatste gold vooral voor de voorspellingen van de arts. Als tweede opvallende kenmerk noemen we derhalve de onderschatting van de feitelijke ziekteduur. Uit het feit dat de ziekteduur van mensen die tenslotte in de WAO terecht kwamen, door deze twee kenmerken werd getypeerd, kan worden gekonkludeerd dat tot op heden het proces dat tot blijvende arbeidsongeschiktheid voert in de praktijk onder andere door de verzekeringsgeneeskundige nauwelijks te sturen is.

Ook de terugblik van beiden op de ziekteduur bevestigde dit en maakt tevens duidelijk dat een "abnormale" ziekteduur, dat wil zeggen afwijkend ten opzichte van de ernst van de aandoening en het soort werk, een nogal veel voorkomend verschijnsel is. Hij staat bovendien tamelijk los van het feitelijke aantal ziektedagen. De afwijkingen hebben zeker niet uitsluitend betrekking op een relatief te lang uitgelopen ziekteduur. Volgens het oordeel van de verzekeringsgeneeskundigen was 10% van de ziekteduren relatief aan de korte kant en 28% aan de lange kant. Deze "abnormaliteit" kunnen we het derde kenmerk noemen van het verschijnsel van de langdurige arbeidsongeschiktheid.

Tenslotte kan als vierde kenmerk gelden de gebrekkige overeenstemming tussen de patiënt en de arts over hoelang de ziekteduur zou moeten zijn. Verschillen tussen beiden wat betreft de onzekerheid over de nog te verwachten ziekteduur en de voorspelling van het aantal resterende ziektedagen, laten zien dat het proces van arbeidsongeschiktheid moeilijk valt te beheersen. Hiervan

getuigt ook het feit dat wat de één normaal noemt door de ander als afwijkend wordt beschouwd. Dergelijke uiteenlopende verwachtingen en opvattingen illustreren de kompleksiteit van het verschijnsel.

2. De determinanten van het langdurig ziekteverzuim nader beschouwd.

De vraag naar welke omstandigheden het langdurig ziekteverzuim beinvloeden is in dit onderzoek uitgebreid aan de orde geweest. Het onderscheid tussen persoons- en omgevingsgebonden faktoren diende er toe meer zicht te krijgen op het belang van buiten het individu gelegen invloeden op de ziekteduur en de overgang naar de WAO. Wat betreft deze omgevingsgebonden faktoren richten wij ons vooral op de aktuele werk-, leef- en woonsituatie van de betrokkenen. Het is van belang nog eens op te merken dat we bij de bestudering het beslissingsproces van de werkhervatting en vooral van de definitieve afkeuring, hoofdzakelijk gebruik hebben gemaakt van gegevens die ontleend zijn aan de respondenten. Dit betekent dat andere partijen nauwelijks of niet aan bod zijn gekomen, of slechts op indirekte wijze via de ondervraagden. Het lijdt geen twijfel dat de handelingen van de werkgever, de verzekeringsgeneeskundige en de behandelend arts een grote invloed kunnen hebben op iemands uiteindelijke ziekteduur. De onderhandelingen over een afkeuring onttrokken zich bijvoorbeeld grotendeels aan onze waarneming. Slechts incidenteel werden wij daarvan iets gewaar, bijvoorbeeld als een bedrijf iemand wat al te nadrukkelijk wenste te laten afkeuren.
We vatten de belangrijkste bevindingen hieronder nog eens samen.

De ernst van de aandoening en de binding aan de ziekerol.

Naast de ernst van de aandoening (de prognose van de arts ofwel de objektieve afwezigheidsnoodzaak), speelde iemands gezondheidsbeleving, dat wil zeggen zijn perceptie van de ziekte, zijn verwachtingen omtrent het herstel en zijn inzicht in het behandelingsplan een centrale rol bij het langdurig verzuim. De op grond hiervan veronderstelde binding aan de ziekerol voorspelde de ziekteduur tamelijk goed. Een sterke binding aan deze rol hing, naast de ernst van de aandoening, vooral samen met een laag geschoold beroep en met gevoelens van machteloosheid. Deze beide laatste fak-

toren waren onderling trouwens sterk met elkaar verbonden. Geringe werkmotivatie of veel "stress" hadden een betrekkelijk geringe invloed op de binding aan de ziekerol.
Uit de analyse bleek dat het beroep vooral indirekt, via de binding aan de ziekerol, verband hield met het ziekteverzuim. Aspekten van iemands werk zoals fysieke werkbezwaren, werk aan de lopende band, ploegendienst en onvrijheid in het werk betekenden elk afzonderlijk weinig voor het ziekteverzuim. Doch samengebracht onder de noemer van de geschooldheid van het beroep waren zij wel belangrijk voor de individuele verwachtingen over het herstel.

Het beroep, de binding aan de arbeidsrol, de werkbelasting en het bedrijf.

De bevindingen betreffende het beroep leveren enige aangrijpungspunten op voor een preventief verzuimbeleid. In het bijzonder vestigen we de aandacht op het voorkomen of bestrijden van fysieke werkbezwaren, zoals een ongemakkelijke werkhouding, omdat daarmee een belangrijke bijdrage kan worden geleverd aan een spoedig herstel.
Van grotere betekenis dan dergelijke werkomstandigheden is iemands belastbaarheid in zijn werk. Deze persoongebonden faktor van gevoelens van overbelasting stond vrijwel geheel los van de overige werkaspekten, van de andere kenmerken van de persoon (bijvoorbeeld zijn leeftijd en beroep) en van zijn omgeving (bijvoorbeeld "stress" en het type bedrijf). Het maakte weinig verschil wat de reden van deze overbelasting was. Zowel de aard van het werk als iemands eigen geaardheid speelden een grote rol. Dit geeft in ieder geval aan dat het optreden van dergelijke gevoelens een voorbode kan zijn van langdurige en zelfs van blijvende arbeidsongeschikhteid en vraagt dus om hun tijdige signalering.
De uitkomsten laten verder zien dat de bedreiging van de werkgelegenheid in een bedrijf iemands afwezigheidsdrempel kan verlagen en tot uitstel van de herstelmelding kan leiden. Bij mensen die in zulke kwetsbare bedrijven werkten trad een langere ziekteduur op. Voor de overgang naar de WAO kon dit effekt niet worden aangetoond.

Al met al kunnen we zeggen dat arbeidsomstandigheden deels direkt en deels indirekt van invloed zijn op het langdurig ziekteverzuim. Het gaat hierbij minder om konkrete omstandigheden dan om het geestelijke en sociale klimaat waarin mensen moeten werken. Belangrijke faktoren zijn de betrokkenheid bij en de verantwoordelijkheid voor het eigen werk. Hoe onmisbaar voelt iemand zich!

Wij wijzen nog eens op de bevinding dat intensieve kontakten tussen de patiënt en het bedrijf de ziekteduur relatief kan bekorten. Ook het optreden van gevoelens van machteloosheid en vervreemding dient in dit verband te worden genoemd. Het tegengaan van een houding waarin dergelijke gevoelens op de voorgrond staan (externe oriëntatie van het gedrag) behoort in het beleid betreffende langdurig ziekteverzuim hoge prioriteit te hebben.

De psychosociale "stress" en het verweer ertegen.

"Stress" tengevolge van akute en chronische levensproblemen uitte zich in het algemeen niet in de vorm van langdurig ziekte- of afwezigheidsgedrag. Dit gold zowel voor persoons- als voor omgevingsgebonden "stress". Eerder het tegendeel was het geval, namelijk juist een kortere ziekteduur. Dit betekent dat psychosociale faktoren geen verklaring vormen voor de massale toeloop naar de WAO. Het lijkt er meer op dat mensen die persoonlijk en sociaal minder weerbaar zijn vaker langdurig ziek zijn en afgekeurd worden. Verder is het aannemelijk dat juist de ervaring van "stress" tengevolge van allerlei levensgebeurtenissen verandering ten gevolge kan hebben; dat wil zeggen dat "stress" voorkomt dat mensen in een uitzichtsloze stationaire toestand geraken met als enige punt van aandacht hun ziekte of handicap. Verandering in iemands leven kan in dit verband betekenen dat ander gedrag mogelijk wordt of blijkt dan voortzetting van het huidige ziekte en afwezigheidsgedrag (zie bijvoorbeeld van Eijk, 1979).
Op grond van deze bevindingen moeten de eerste twee vragen die aan het begin van dit hoofdstuk werden gesteld ontkennend worden beantwoord.
Toch kan hieruit niet worden gekonkludeerd dat "stress", die mede voortvloeit uit de meer dynamische levensstijl in de urbane gebieden, zonder gevolgen is voor het persoonlijke en maatschappelijke funktioneren van mensen. "Stress" versterkte de binding aan de ziekerol en verzwakte de binding aan de arbeidsrol. Op grond van deze samenhangen is het aannemelijk dat vooral kortdurend ziekteverzuim vaker door "stress" word bevorderd (zie ook Philipsen, 1977b).

De woongemeente.

De geringere bereikbaarheid en toegankelijkheid van medische voorzieningen vanuit het platteland, speelde waarschijnlijk een rol bij de langere ziekteduur van mensen die daar woonden. Mogelijk is ook de afstand naar

het werk van belang. Een lange reisduur van huis naar het werk kan een beletsel vormen voor een gedeeltelijke werkhervatting als volledig herstel nog niet is bereikt. Welke verklaring het meest waarschijnlijk is, is uit onze gegevens niet op te maken. In het algemeen vond de tolerantie-hypothese geen steun. Dat wil zeggen dat in woongemeenten waar vanwege de sociaal-ekonomische en sociaal-politieke struktuur een grotere tolerantie voor en gelegenheid tot langdurig ziekteverzuim en de overgang naar de WAO werd verwacht, mensen gemiddeld niet signifikant langer verzuimden of vaker overgingen naar de WAO.

In grote lijnen kwamen de bevindingen betreffende de feitelijke ziekteduur overeen met die betreffende de relatieve ziekteduur, ook al lagen de aksenten soms wat anders. Juist die aksentverschillen illustreren het beslissingskarakter van het langdurige ziekteverzuim.
In het algemeen bleken de persoonsgebonden faktoren weliswaar van groter belang voor het ziekteverzuim dan de omgevingsgebonden faktoren, maar dit gold iets sterker voor de feitelijke dan voor de relatieve ziekteduur.
Zo kwam bij de diskrepantie tussen de verwachte en de werkelijke ziekteduur naar voren, dat een grotere belangstelling van de kant van het bedrijf voor de zieke werknemer gedurende de eerste maanden van de ziektewet de uiteindelijke ziekteduur kon bekorten. Ook vonden we dat psychosociale "stress" (onafhankelijk van de persoon) en de ekonomische kwetsbaarheid van het bedrijf de ziekteduur verlengden.
Wat betreft de "stress" ging het vooral om gebeurtenissen uit de laatste fase van het verzuim, die de oorspronkelijke verwachting over de ziekteduur (in dit geval van de verzekeringsgeneeskundige) ongeldig maakten. Ook ten aanzien van de terugblik van de arts bleek "stress" van invloed te zijn geweest op het (naar zijn mening) te lange verzuim. Ditmaal betrof het gebeurtenissen (onafhankelijk van de persoon) uit de periode van vóór de ziekmelding.
Deze laatste uitkomst maakt duidelijk dat bepaalde "stress"-faktoren uit de periode van de ziektewet kennelijk hun betekenis voor het verlengen van de ziekteduur achteraf hebben verloren.

3. De groep van de WAO-ers

In deze paragraaf schenken we aandacht aan dat deel van de respondenten dat uiteindelijk in de WAO terecht is gekomen. Hoe onderscheidden de WAO-ers zich van de andere langdurige zieken? Welke kenmerken van de persoon en zijn omgeving hebben een voorspellende waarde voor de medische afkeuring? Welke faktoren speelden in die beslissing verder een rol? Hoe beleefde de WAO-er zijn situatie op dat moment. Dit zijn enkele vragen waarop we in het volgende een antwoord trachten te geven.

De WAO-ers verschilden in de eerste plaats van de anderen door een grotere lichamelijke handicap, en in de tweede plaats door een lager geschoold beroep en een wat oudere leeftijd. Deze drie kenmerken geven direkt al aan dat de WAO-er op de arbeidsmarkt minder kansen heeft. Dit geldt zeker in een situatie waarin de werkgelegenheid verslechtert en waarin er zeker voor deze groep een kwantitatieve diskrepantie tussen de vraag naar en het aanbod van arbeid bestaat.
Letten we vervolgens op welke persoonlijke kenmerken en aspekten van iemands werk en iemands omgeving ertoe kunnen bijdragen dat hij in de WAO terecht komt dan blijken dit de volgende te zijn:

. Een negatieve gezondheidsbeleving tot uiting komend in een ongunstige ziekteperceptie, een onduidelijke perceptie van het behandelingsplan, en in een passieve houding daartegenover. Deze beleving werd maar ten dele bepaald door de ernst van de aandoening. De onzekerheid over de aandoening bracht in veel gevallen met zich mee dat de patiënt noch zijn arts zicht hadden op hoe een en ander af zou lopen. Voor een veel groter deel werd iemands beleving van zijn gezondheid bepaald door de aard van zijn werk en door zijn eigen houding van machteloosheid tegenover zichzelf en zijn omgeving.
. Gevoelens van overbelasting in en door het werk. Dergelijke gevoelens hingen niet duidelijk samen met bepaalde werkaspekten, maar ontstonden in een wisselwerking tussen de persoon en zijn werk, waarbij het evenwicht verstoord raakte. Het was niet duidelijk om welke eisen het ging. In ieder geval betrof het niet zulke belastende eisen als bijvoorbeeld overwerk.

Evenmin hielden de overige kenmerken van het bedrijf, zoals de grootte ervan, de aard van het produktieproces, de dreiging van werkloosheid, verband met de overgang naar de WAO. De bevinding dat WAO-ers gemiddeld niet vaker in kwetsbare bedrijven werkzaam waren dan de niet WAO-ers, is mogelijk te wijten aan de relatief kleine steekproef van personen die verspreid was over een zeer heterogene groep van bedrijven. Doordat uit de wat grotere bedrijven meerdere respondenten afkomstig waren, met zeer uiteenlopende lichamelijke handicaps en die allen in dezelfde kwetsbare situatie verkeerden kan de veronderstelde samenhang niet optimaal worden getoetst. Het is daarom niet onwaarschijnlijk dat de overigens wel positieve relatie tussen de kwetsbaarheid van het bedrijf en de medische afkeuring, in dit onderzoek is onderschat.

. Een houding waarin gevoelens van machteloosheid en vervreemding sterk overheersten. WAO-ers onderscheidden zich duidelijk van de anderen door de houding die zij aannamen tegenover het eigen gedrag en hun omgeving. Zij verwachtten weinig van anderen en zichzelf bij het veranderen van hun eigen situatie. Een van de meest opvallende kenmerken was wel de passiviteit die men tentoonspreidde. Verder bleken de WAO-ers, die in vergelijking tot de niet-WAO-ers geenszins vaker met "stress"volle omstandigheden werden gekonfronteerd, toch minder adekwaat met de ervaren "stress" om te gaan. Dit geringe coping-vermogen heeft betrekking op allerlei onaangename levenssituaties en is niet direkt herleidbaar tot bepaalde problemen. Op grond hiervan kan men de groep van de WAO-ers vanuit psychohygiënisch oogpunt omschrijven als een risiko-groep, die niet alleen slechtere kansen heeft, bijvoorbeeld op de arbeidsmarkt, maar ook veel kwetsbaarder is in hun geestelijke en maatschappelijke weerbaarheid bij allerlei levensproblemen. Deze groep verdient zeker bijzondere aandacht binnen de geestelijke gezondheidszorg (zie bijvoorbeeld ook het 3e BAVO-rapport, 1978 en het sociaal en cultureel rapport, 1978).

Tot dusver ging het vooral om subjektieve faktoren waarvan enige invloed uitging op de besissing van de respondent om met een afkeuring in te stemmen. Duidelijk te omschrijven werk- en levensomstandigheden waren in het algemeen niet gemakkelijk aanwijsbaar. Hierboven merkten we al op dat de beslissing tot afkeuring maar ten dele afhankelijk was van de werknemer zelf. Doorslaggevend was het advies van de verzekeringsarts of de arts van de Gemeenschappelijk Medische Dienst, die ten behoeve van de bedrijfsvereniging rapport opmaakten en in feite de uitslag vaststelden. De beslissing

hangt in hoge mate af van de inzichten van deze arts, al of niet in overleg met een arbeidsdeskundige. Ook het bedrijf oefent er echter enige invloed op uit. Hieronder geven we de belangrijkste bevindingen daaromtrent weer. Bij ruim driekwart van de 66 WAO-ers werd de afkeuring met behulp van de stukken afgedaan, dat wil zeggen op grond van de reeds uit eerder medisch onderzoek beschikbare informatie en van wat bekend was over de mogelijkheid van een herplaatsing in het bedrijf. Dit betekent in percentages van de gehele groep uitgedrukt:

- 8% werd gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaard. Een dergelijke afkeuring geschiedde in de regel als vervolg op een gedeeltelijke ziektewetuitkering.
- 21% werd beschouwd als blijvend arbeidsongeschikt voor elk werk. Herstel was in alle gevallen uitgesloten.
- 17% werd in de nabije toekomst zeker weer geschikt geacht voor het eigen werk. Men kan zeggen dat het ziektewetjaar voor deze mensen te kort heeft geduurd.
- 32% werd in de toekomst mogelijk voor eigen of ander werk weer geschikt geacht.
- Bijna een kwart van de groep (23%) werd bij de Gemeenschappelijk Medische Dienst gemeld voor een medische en arbeidskundige beoordeling, met het oog op arbeidsbemiddeling of omscholing.

Uit de laatste drie percentages blijkt dat de verklaring van arbeidsongeschiktheid op medische gronden bij ongeveer tweederde van de groep WAO-ers niet totaal en/of definitief was, al kan het daarop wel uitlopen. In de grote meerderheid van deze gevallen zagen zowel de betrokken werknemers als de verzekeringsartsen overigens slechts geringe mogelijkheden voor ander of aangepast werk. De meeste werknemers die onzeker over hun kansen op arbeid waren, bleken ook weinig pogingen ondernomen te hebben, zoals het inwinnen van informatie, het nalopen van advertenties of het verrichten van sollicitaties. In het algemeen ondervond men trouwens weinig aktieve steun van de kant van de betrokken instanties, zoals het GAK en het arbeidsbureau. Opnieuw blijkt dus dat onzekerheid over de eigen toekomstmogelijkheden, die overigens sterk gevoed werd door de genoemde instanties, niet leidde tot een aktieve houding bij de mensen. Dit laatste is tot op zekere hoogte wel begrijpelijk, als men kijkt naar het resultaat bij mensen die wel allerlei pogingen hadden ondernomen. Geen van hen had werk gevonden.

Samenvattend kunnen we zeggen dat:

- de medische arbeidsongeschiktheid bij een groot deel van de WAO-ers beperkt is, en niet gezien kan worden als een totale of definitieve invaliditeit;
- de onzekerheid over iemands kans op een gehele of gedeeltelijke werkhervatting desondanks groot is; en dat
- de toegang tot de arbeidsmarkt klein is. Er is sprake van een duidelijke marktinferioriteit bij deze groep mensen.

Het spreekt bijna vanzelf dat langdurige arbeidsongeschikhteid, met bovendien een dergelijk ongunstig vooruitzicht, niet zonder gevolgen is voor iemands welbevinden. Uit ander onderzoek komt dit ook naar voren (zie bijvoorbeeld Merens-Riedstra, 1977). Op de vraag naar het gemis van werk antwoordde bijna de helft van deze mensen dat ze dit misten. Daarmee hing het gevoel samen dat het leven voor hen zinlozer was geworden. Voor 40% had het leven meer of minder zijn doel verlopen. Belangrijk is vervolgens de vraag hoe men op een dergelijke situatie reageerde. Het bleek dat driekwart van deze groep zich min of meer aan de situatie had aangepast met behulp van hobbies en andere sociale aktiviteiten. De meesten hadden een nieuwe vorm van tijdsbesteding gevonden of waren intensiever bezig met hun hobbies. Dit wil echter niet zeggen dat ze tevreden waren, maar wel dat ze hun bestaan wat trachtten op te vullen. Voor ongeveer een kwart van deze mensen leek de situatie zorgwekkender te zijn. Zij bleven tamelijk apathisch en zaten voornamelijk thuis, zonder aktieve bezigheden. Vooral bij hen overheerste het gevoel van de zinloosheid van het leven.

4. De theoretische betekenis van de onderzoeksresultaten.

We kunnen konkluderen dat de onderzoeksresultaten de theoretische uitgangspunten van het besliskundig model voor het verloop van een ziektegeval hebben bevestigd. De duur van de afwezigheid wegens ziekte blijkt onder invloed te staan van verschillende persoons- en omgevingsgebonden faktoren. Overeenkomstig de beslissingstheorie, waarin de begrippen van ziekte- en afwezigheidsdrempel een centrale rol vervullen, kan het tijdstip van de daadwerkelijke werkhervatting bij eenzelfde soort aandoening als een variabel moment worden beschouwd. We hebben kunnen konstateren dat de patiënt over een relatief grote mate van vrijheid beschikt, ook bij de afloop van tamelijk ernstige ziekten en ongevallen. Vier faktoren, gebonden

aan de persoon of diens persoonlijkheid, speelden bij het verlengen van de volledige ziekteduur - in aflopende sterkte - een rol, te weten:

- Een ongunstige verwachting over de afloop van de ziekte en de kans op herstel (de subjektieve afwezigheidsnoodzaak).
- Een ongunstige prognose van de arts over de afloop van de lichamelijke handicap (de objektieve afwezigheidsnoodzaak).
- Een gevoel van overbelasting in en door het werk; en
- Een houding waarin gevoelens van machteloosheid en vervreemding overheersen.

En drie faktoren, gebonden aan iemands omgeving, te weten:

- Een woonplaats met een plattelands karakter en een relatief zwakke sociaal-ekonomische struktuur.
- Een in ekonomisch opzicht kwetsbaar bedrijf; en
- De afwezigheid van psychosociale "stress"faktoren.

Wat deze uitkomst van de invloed van psychosociale "stress" betreft kan men tegenwerpen dat geen onderscheid is gemaakt tussen "stress" voortkomend uit de arbeidssituatie en "stress" ontstaan in de gezinssituatie. Immers beide vormen van "stress" kunnen, als ze tot werkelijk ziektegevoelens leiden, best een verschillend afwezigheidsgedrag tot gevolg hebben. Een verdere uitsplitsing naar het type van de "stress" is echter niet geschied. De reden daarvoor was het te grote aantal in de analyse te betrekken onafhankelijke variabelen evenals het gebrek aan tijd voor de afronding van het onderzoek. Uit de analyse is overigens gebleken dat bij opsplitsing van de onderzoeksgroep in mensen met weinig en met veel "stress" niet twee verschillende vormen van ziekte- of afwezigheidsgedrag naar voren kwamen. Onder de mensen die veel meemaakten waren niet duidelijk twee afzonderlijke groepen aan te wijzen, één groep die lang verzuimde en één die kort verzuimde. Evenmin vonden we hiervoor aanwijzingen als we bovendien nog onderscheid maakten naar de mate van adekwaatheid van het coping-vermogen. De uitkomsten laten zien dat hoe meer "stress" des te korter het verzuim is en dat de verschillende vormen van afwezigheidsgedrag als een mogelijke reaktie op "stress" geenszins even vaak voorkwamen. Ook onze ervaringen tijdens het veldonderzoek gaven ons niet de indruk dat beide typen van "stress" tot scherp van elkaar te onderscheiden verzuimpatronen aanleiding gaven. Bovendien had de "stress" vrijwel nooit betrekking op alleen de arbeidssfeer of de huiselijke sfeer. Een verdere analyse is wellicht minder interessant voor het langdurig ziekteverzuim, dan voor andere vormen van verzuim, zoals

de kortdurende ziektegevallen en de aard van de ziekte.
"Stress" oefende zowel op de binding aan de ziekerol als op die aan de arbeidsrol invloed uit. De precieze betekenis hiervan voor iemands persoonlijke en maatschappelijke funktioneren viel buiten de opzet van het onderzoek.

Ons onderzoek bleek vooral van belang bij de ziekten van het bewegingsapparaat, die kunnen gelden als representanten van de kategorie van de objektief-subjektieve syndromen. Bij dergelijke aandoeningen staat immers de subjektieve klacht centraal in de diagnose en de behandeling. Het is in overeenstemming met het theoretisch model dat zijn geldigheid bij deze aandoeningen groter is dan bij zulke objektieve redenen van ziekmelding als ongevallen. Deze grotere geldigheid voor het ene type handicap in vergelijking tot het andere, kunnen we afleiden uit de direkte en indirekte samenhangen met de ziekteduur. We gingen evenwel niet van de veronderstelling uit dat het besliskundig model slechts op één type aandoening van toepassing zou zijn. Het is dan ook verrassend dat bij de kategorie van de ongevalspatiënten eigenlijk alleen de prognose van de arts meetelde voor het voorspellen van de ziekteduur. De konklusie moet luiden dat er vooral bij de degeneratieve ziekten sprake is van een druk van verschillende kanten op het individu bij zijn uiteindelijke beslissing, al speelt iemands eigen houding daarbij een zeer belangrijke rol. Het normale werk hield voor hem blijkbaar al een overmatige belasting in. Het bedrijf waar hij werkte had een onzekere toekomst. Bovendien betekende het ontbreken van "stress" juist dat mogelijk stimulerende prikkels vanuit de omgeving hem deden verzanden in de dagelijkse sleur. In zo'n situatie is het aannemelijk dat hij wat meer gebruik maakt van zijn vrijheid om zelf over een werkhervatting te beslissen.
Voor de ongevalspatiënten ligt het gebruik van die individuele vrijheid iets anders. Men kan zeggen dat de beslissing over herstel veel meer door anderen dan de betrokkene wordt geinduceerd.
De samenhang tussen de prognose en de ziekteduur is bij deze groep echter verre van volledig. De vraag rijst wat de verklaring hiervoor zou kunnen zijn. Het is mogelijk dat de relatief geringe samenhang tussen beide te wijten is aan de beperkte variabiliteit in scores op de eerstgenoemde variabele. In de regel luidde het oordeel over de ongevallen een volledig herstel ofwel een herstel met een restafwijking. Een meer valide meting van de lichamelijke beperking had waarschijnlijk een betere voorspelling opgeleverd. Verder kan de ver-

houdingsgewijs kleine omvang van de groep ongevalspatiënten van betekenis zijn waardoor extreme uitkomsten het totale beeld sterk kunnen beïnvloeden. Voor dit laatste beschikken we over enkele voorbeelden zoals dat van iemand die ondanks aanzienlijke lichamelijke beperkingen toch het werk hervatte, zelfs tegen het advies van de arts in. Nagegaan is ook of nog andere dan de tien geselekteerde variabelen verband hielden met de ziekteduur van de ongevalspatiënten. Dit was niet het geval. De ongevalspatiënten verschilden evenmin veel van de anderen wat betreft de wel geselekteerde variabelen, met uitzondering van de leeftijd (iets jonger), de binding aan de ziekerol (zwakker) en de prognose (gunstiger). Hierbij aansluitend benadrukken we tenslotte dat het model de beleving van ziektegevoelens veronderstelt. Dergelijke gevoelens kwamen bij deze groep patiënten, ruim tien weken na het ongeval, niet veel meer voor. Men voelde zich over het algemeen gezond, net zoals vóór het ongeval. De prognostische uitspraak van de arts is overigens ook een zeer onvolledige indikator van de werkelijke gezondheidstoestand van de ongevalspatiënt. Diens gezondheidstoestand was eigenlijk nauwelijks gemeten, in tegenstelling tot die van patiënten met een ziekte van de bewegingsorganen. Daardoor was hij misschien minder geneigd zich emotioneel te laten beïnvloeden door faktoren die niet met de ziekte zelf te maken hadden. De afwezigheidsbehoefte lijkt in die fase van de ziekte geen rol meer te spelen. Misschien moeten we aan andere faktoren denken, die het beslissingsproces beïnvloeden, zoals iemands houding tegenover lichamelijke risiko's na een lange periode van inaktiviteit.
Mogelijk heeft de prognose van de arts ook de funktie vervuld van "selffulfilling prophecy": de gunstige verwachting omtrent het herstel kan juist de spoedige terugkeer naar het werk beïnvloeden, min of meer los van de gezondheidstoestand.

5. De praktische betekenis van de onderzoeksresultaten.

Op grond van de uitkomsten van dit onderzoek stellen we dat de toename van langdurig ziekteverzuim in het licht van twee algemeen maatschappelijke verschijnselen moet worden gezien. Het ene is vooral kultureel bepaald en betreft de verandering in normen en waarden van ziekte en gezondheid. Het andere draagt primair een struktureel karakter en heeft te maken met de afnemende werkgelegenheid en de plaats van de psychisch of lichamelijk gehandicapte werknemer in het arbeidsbestel.

Wat het eerste verschijnsel aangaat kan men de onvoorspelbaarheid

van de ontwikkeling van langdurig ziekteverzuim in belangrijke mate toeschrijven aan verschuivingen in de opvattingen over ziekte en arbeidsongeschiktheid. Het feit dat steeds meer mensen vaker en langer verzuimen zou op zich niet zo negatief en verontrustend beschouwd hoeven worden indien deze ontwikkeling nauw aansloot bij andere maatschappelijke ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg en van de organisatie van arbeid. Ten dele is dit wel het geval. De technologische vooruitgang van de gezondheidszorg heeft ertoe bijgedragen dat meer mensen met goed gevolg behandeld kunnen worden, al dient daarvoor de prijs van een langere ziekteduur te worden betaald. In vele andere opzichten vindt die aansluiting binnen de gezondheidszorg juist niet plaats. Voor tal van gezondheidsstoornissen is niet voldoende medische kennis voorhanden en kan er grote twijfel bestaan aan hun behandelbaarheid en zelfs aan de noodzaak van geneeskundige bemoeienis. Hiervan getuigen bijvoorbeeld de in dit onderzoek gebleken onzekerheid over het te verwachten herstel, de onduidelijkheid over de aard van de aandoening en over het behandelingsplan. Bovendien is de organisatie van de gezondheidszorg gebrekkig met als gevolg onnodig lange wachttijden, trage verwijzingen, een falende voorlichting aan de patiënten, slechts een zeer beperkte of totaal ontbrekende psychosociale en/of sociaal-medische begeleiding door de behandelend arts of vanuit het bedrijf. De centrale rol die de verzekeringsgeneeskundige in dit opzicht zou moeten vervullen, blijkt marginaal te zijn (Wiersma, 1977).

Verder treden ook binnen het arbeidsbestel veranderingen op in het denken over de verhouding tussen belasting en belastbaarheid. Aan de ene kant verschuift de aandacht van fysieke naar psychische en perceptieve belasting, aan de andere kant worden de grenzen van de belastbaarheid sneller overschreden geacht. Het is vaak volstrekt onduidelijk wat voor normen worden gehanteerd.

Vermoedelijk spelen allerlei belastende werk- en levensomstandigheden daarbij een grotere rol dan voorheen het geval was.

Ook de dominerende waarde van de georganiseerde, ekonomisch georiënteerde arbeid neemt geleidelijk aan in betekenis af en is in een konkurrerende verhouding komen te verkeren met andere waarde-oriëntaties, zoals die op de vrije tijd. Tegenwoordig hecht men bovendien meer belang aan de persoonlijke aanvaarding van gezagsverhoudingen en aan de betrokkenheid van de werknemer bij de organisatie van zijn werk.

Gezondheidsbeleving en het daaruit voortvloeiende gezondheidsgedrag zijn van wezenlijk belang, overigens niet uitsluitend voor het langdurig ziekteverzuim. Deze twee elementen zijn sterk aan elkaar gekoppeld: een pessimistische gezondheidsbeleving gaat gepaard met passiviteit en met gevoelens van machteloosheid. Ofschoon een dergelijke houding inklusief het gedrag gebonden zijn aan iemands persoonlijkheid, hebben zij ook een strukturele achtergrond. Bijvoorbeeld omdat zij vooral voorkomen bij mensen met een lager beroep en een geringe scholing. De patiëntenrol brengt tot op heden nog een grote mate van afhankelijkheid met zich mee, die onnodig en vermijdbaar ziekte- en/of afwezigheidsgedrag tot gevolg heeft.
Vanuit preventief oogpunt is een veel grotere maatschappelijke aandacht wenselijk voor zulke vragen als: hoe om te gaan met de eigen gezondheid; welke gevolgen bepaalde leefgewoonten op de lange duur hebben; welke gedragslijn de patiënt moet volgen in de verschillende fasen van zijn ziekte, etc. Vooral in het onderwijs maar ook in de algemene gezondheidsvoorlichting zal veel meer aandacht geschonken dienen te worden aan de vorming van normen op dit gebied. Niet alleen van de kant van de gezondheidszorg maar ook van die van de overheid en van andere belanghebbenden, zoals patiënten-groeperingen, ontbreken tot dusverre krachtige impulsen op dit gebied hiertoe. De verantwoordelijkheid voor een beleid gericht op dergelijke gedragsveranderingen, ligt maar ten dele bij de gezondheidszorg, want het probleem heeft duidelijk maatschappelijke kanten. Ten onrechte wordt de oplossing van vele maatschappelijke en persoonlijke problemen van de arts verwacht. De sterk toegenomen medikalisering van de maatschappij heeft geleid tot talrijke 'oneigenlijke' elementen in de rol- en taakopvatting van de medische professie.
Een van de meest duidelijke voorbeelden hiervan is de verzekeringsgeneeskunde. De bewaking en sturing van het proces van arbeidsongeschiktheid is aan de verzekeringsgeneeskundige opgedragen. Het is evenwel, zowel bij het kortdurende als bij de langer durende ziekteverzuim gebleken,dat hij daarvoor qua opleiding noch positie ten opzichte van de verzekerde, de werkgever en de behandelend geneesheer onvoldoende is toegerust. De oprichting van een onafhankelijk en regionaal werkend arbeidsgeneeskundig instituut, zoals dit in andere landen funktioneert, lijkt een aantrekkelijker alternatief dan het "bijschaven" van de huidige verbrokkelde, ineffektieve en inefficiente struktuur. Essentieel daarbij is, dat de vraag naar iemands arbeidsgeschiktheid wordt geintegreerd in de behandeling. Opheffing van de scheiding tussen kontrole en behandeling is een noodzakelijke voorwaarde voor een adekwate begeleiding.

De rol van de huisarts verdient meer nadruk, ook wat betreft verwijzing, berichtgeving en behandelingsplannen.

Wat betreft het strukturele verschijnsel van de afnemende werkgelegenheid, is het de laatste jaren meer en meer duidelijk geworden dat het niet alleen gaat om een vervroegde pensionering. Het gaat in toenemende mate ook om jongere werknemers voor wie geen passende arbeid meer is te vinden.
Het blijkt ook dat instanties zoals het GAB en de GMD nauwelijks in staat zijn iets te doen voor deze mensen die buiten de norm van arbeidsproduktiviteit vallen.
De relatief slechte positie van mensen van middelbare leeftijd, met een laag geschoold beroep en een lichamelijke handicap, is in het voorgaande voldoende geschetst. Een samenhangend stelsel van maatregelen ter versterking van de arbeidsmarkt-positie van de gedeeltelijk gehandicapte werknemer komt in grote lijnen neer op het scheppen van nieuwe aangepaste werkgelegenheid, danwel op de aanpassing van bestaande arbeidsplaatsen. In het algemeen dient het zowel voor het bedrijf als voor de betrokken werknemer onaantrekkelijk te worden gemaakt dat hij via het medisch kanaal als definitief afgekeurd wordt afgevoerd. Er dient de mogelijkheid te worden geschapen tot geleidelijke inpassing in het werk en/of tot tijdelijke vervulling van een andere baan binnen het bedrijf. Voor het bedrijf zou sterker dan tot op heden het geval is (via de Wet Plaatsing Minder Validen) de verplichting moeten gelden dat een minimum aantal arbeidsplaatsen voor dergelijke mensen toegankelijk worden gemaakt.
Een vermindering van de relatieve aantrekkingskracht van de WAO zou tot stand kunnen komen door aanspraken krachtens regelingen van de ZW en de WAO en krachtens regelingen van de WW, de WWV en de RWW meer op één lijn te brengen. Bij een werkgelegenheidsbeleid ten behoeve van de groep van gehandicapte werknemers past een aktiever beleid betreffende bemiddeling en omscholing. Uitgangspunt moet zijn dat in een vroeg stadium, dat wil zeggen in het eerste halve ziektewetjaar iemands ongeschiktheid tot werk en zijn kansen voor de naaste toekomst worden nagegaan. De huidige scheiding tussen ZW en WAO vormt daarvoor een belemmering. Signaleringssystemen via de spontane melding en de 13-de week melding blijken in de praktijk niet te werken. In dit onderzoek is gebleken dat de kans op werkhervatting na zes maanden arbeidsongeschiktheid klein is. Het is aannemelijk dat de re-

integratie-aktiviteiten omstreeks die tijd op gang dienen te komen om onnodig tijdsverlies te voorkomen. De wettelijke struktuur van de sociale verzekeringen dient daarbij aan te sluiten.

Het verdient tenslotte aanbeveling om bijzondere aandacht te schenken aan een weliswaar beperkte groep mensen die in psychosociaal opzicht gebrekkig funktioneren, juist vanwege het probleem van niet meer werken. Het arbeidsloze bestaan valt sommigen zwaar en de gevolgen daarvan op langere termijn zijn nog onbekend. Uit preventieve en psychohygiënische overwegingen is een wat langduriger begeleiding van deze "kwetsbare" WAO-ers gerechtvaardigd.

Summary

During the past few decades increasing numbers of employed people were absenting themselves from work because of illness. This trend concerned specially prolonged absence, lasting for more than one year. In 1975 as many as 10 per cent of the employed population was ill at one time or another; and nearly 350.000 people came under the Act for the Disabled (WAO). This means that the latter had been ill for more than one year. Up till then their number had grown by 10 per cent annually.
Some consider this kind of absenteism an indication of the degree of dissatisfaction in the community with the general conditions of life.

This volume reports on research aiming at identifying factors determining prolonged absence from work. It concerns the experiences of approximately 200 men, aged 20 to 55 years, employed in steel of electronic industry, in transport, banking or insurance. All had already been absent from work for a period of at least ten weeks because of an illness of their muskulo-skeletal system. They were interviewed twice in a semistructured interview about various aspects of their life and work. The first interview took place three months after they had reported sick and while most of them were still incapacitated, the second interview followed after nine months, mainly to find out if they had resumed work or were certified disabled.
In addition,it was important to find out which factors either prolonged or reduced the period of absence from work. The following questions were formulated:

1. Does psychosocial stress influence the duration of a person's absence from work, and ultimately his certification as a disabled person?
2. What is the precise rôle of factors inherent in a person's personality, and those which can be ascribed to his environment?
3. Do the above factors vary in significance according to the nature of the illness?

In this investigation stress comprised all sorts of potentially threatening life events and more lasting difficulties, which were either completely independent of a person's personality or which could alternatively be considered somehow related to it, and therefore, were possibly a consequence of his be-

haviour.
Physical or chemical stressors were excluded.

Next a person's coping response to stress was assessed as to its adequacy under the prevailing circumstances.
Other factors included in the research were:

- to which degree did respondent feel tied up with the sick role, because of his illness;
- to which degree was respondent tied up with his job;
- certain characteristics of the company where he was employed: e.g. possibility of a total close down or of discontinuation of his particular job; and
- socio-economic and socio-cultural characteristics of his home-town.

The model for the various steps and decisions taken in case of illness, which was developed by Philipsen (1969), served as the theoretical frame of reference for this research. Two of those steps, most relevant in this investigation, are that of reporting sick and that of resuming work.
Absence from work because of illness can be seen as illness behaviour because a person wants or has to seek treatment, or as absenteism because he desires to take up the sick role or is forced to do so by his environment.

One of the important assumptions in this work is that the above variables do influence illness behaviour or absenteism, either promoting or counteracting it, more so in case of ill-defined illness. In the latter onset and remission of the condition will be less clearly distinguishable, while treatment will be less clear-cut as to its procedure and effect.

Illness behaviour or absenteism has been operationalized in various ways. First of all, as the exact number of days a person stayed away from his work. Measured in this way, absenteism extending beyond six months proved to have a poor prognosis with regard to a person ever resuming work.
Of the total group of respondents 30 per cent was still disabled after a period of one year had elapsed. This number is high, particularly if it is taken into account that all men aged 55 years or above had been excluded.
Only 20 per cent had the opportunity to resume work on a parttime basis untill they had fully recovered. Few employers appeared to agree to this type of re-

habilitation, and therefore contributed themselves to more prolonged absenteism. The actual duration of a person's absence can also be measured against what period is expected, given a particular physical condition and a certain job, either by the patient or the medical officer of the insurance agency. Someone's absence from work can extend beyond expectation or be shorter than expected. Similarly, both the patient and the doctor were also asked to consider in retrospect, whether it had taken too long or should have lasted longer. Most obvious was the lack of certainty about the duration of an illness. About 34 per cent of employees and 25 per cent of doctors could not predict the duration of the illness. Particularly doctors often underestimated a person's absence from work, i.e. in those cases in which they had made a prediction. The above indicates the difficulty of the medical profession to manage duration of an illness, and its ultimate consequence of more of less permanent disability. This lack of manageability was also evident from the high percentage (38 per cent) of illnesses with an "abnormal" course, i.e. according to the retrospective judgement of the doctor. This did not only pertain to diseases with a lengthy course.

Ten per cent were judged to have taken too brief a period, and 28 per cent too long.

Apparently, longterm absence from work because of illness is characterized by considerable uncertainty about its duration, frequent underestimation of its predicted duration, or in retrospect by the judgement that it should have taken more or less time than was actually the case. A fourth characteristic was disagreement between doctor and patient about what in their case should have constituted a proper duration of absence from work. What one party considered normal in retrospect was seen as abnormal by the other, where one was uncertain about the further course of the illness the other was prepared to make a prediction, and finally in case of a prediction they differed significantly in the expected number of days of absence from work.

This investigation further concerned determinants of lengthy absence from work because of illness, distinguishing between factors which might be related to a person's personality or completely independent. The former appeared more influential than the latter. On the whole, acutely stressfull life situations or longterm difficulties did not seem to prolong a person's absence from work. On the contrary, if anything it did reduce the period.

People remaining ill for long periods and finally being disabled tend to have shown before that they are poor copers. Furthermore, there appeared to be some difference between the urban and rural areas. In the former, stress strengthened a person's ties with the sick rôle and loosened those with his job. Probably, such factors influence particularly absence from work because of shortterm illness.

In conclusion, the following factors, ranked from the most to the least influential, appeared to prolong a person's absence from work because of illness:

1. Strong ties with the sick rôle, i.e. low expectations on the part of the patient concerning his being cured (subjective need to remain absent);
2. A poor prognosis as expressed by the doctor (objective need to stay away from work);
3. A sense of having had too heavy a job;
4. A sense of alienation and inability, to control one's circumstances (external locus of control);
5. Living in a rural and economically threatened area;
6. Being employed in an economically weak firm;
7. Lacking psychosocial stressors.

These various factors were most influential in case of the less well-defined disorders of the musculo-skeletal system, in which a person's choice of behaviours is less restricted by definite pathology or a clear treatment regimen. In this case there is more leeway, for personal decisions, which is in accordance with our theoretical model for illness behaviour or absenteism. In case of a clear injury the best and almost only predictor was the prognosis expressed by the doctor.

LITERATUUR

ALEXANDER,F. Psychosomatic medicine; its principles and applications. W.W. Norton, New York, 1950.

ANDRIESSEN,J.H.T.H. Interne of externe beheersing. Ned.T.v.Psychologie 27 (1972) 173-197.

ANDRIESSEN,J.H.T.H. Veiligheid, een kwestie van motivatie. Dissertatie V.U. Amsterdam, 1974.

BARENDREGT,J.T. Research in psychodiagnostics; record of investigations.Psychological Studies I, Den Haag, Mouton, 1961.

BAVO-RAPPORT. Van probleem tot psychiatrie. Een studie van de psychosociale hulpbehoefte in Nederland en een model voor hulpverlening. Derde rapport visie commissie Stichting Centrum St.Bavo, Noordwijkerhout, 1978.

BEHREND,H. Absences from work. Industr. Hum. Relat. J. 5 (1974) 4-21.

BERGH,H.VAN DEN & P.OUWENHAND. Conjunctuur en ziekteverzuim. Ongepubliceerde scriptie, Leiden, NIPG/TNO, 1965.

BLOEMERS,W. & H.J.HAMMENGA. Coping ofwel omgaan met stress. Scriptie afdeling Sociale Psychiatrie, R.U. Groningen, september 1976.

BROWN,G.W. & J.L.T. BIRLEY. Crises and life-changes and the onset of schizophrenia. J.Health and Social Behavior 9 (1968) 203-214.

BROWN,G.W. Meaning, Measurement and stress of life-events. In: B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (eds.) Stressful life events: their nature and effects. New York, John Wiley & Sons, 1974.

BROWN,G.W.,M.N. BHROLCHAIN, T.HARRIS. Social class and psychiatric disturbances among women in an urban population. Sociology 9 (1975) 225-254.

CASSEE,E.TH. Naar de dokter; enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg. Meppel, Boom, 1973.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Statistical Yearbook of the Netherlands. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1975.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Statistisch Zakboek. 's-Gravenhage, staatsuitgeverij, 1974 en 1975.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Diagnose-statistiek bedrijfsverenigingen (omslagleden). 's-Gravenhage, staatsuitgeverij, 1969 t/m 1972.

COHEN,F. & R.S. LAZARUS. Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. Psychosom.Med. 35 (1973) 375-389.

CROUSEN,A.M.F.B. Analyse van het werk van een controlerend geneeskundige voor de ziektewet. Assen, Van Gorcum, 1968.

DIJKSTRA,A. Inkrimping van het personeelsbestand in produktiebedrijven en afwezigheid wegens ziekte: een longitudinale analyse. Sociol.Gids 1 (1974) 3-15.

DIJKSTRA,A. Determinanten van ziekteverzuim in produktorganisaties voor gehandicapten. Leiden, NIPG/TNO, 1977.

DIRKEN,J.M. Arbeid en Stress: het vaststellen van aanpassingsproblemen in werksituaties. Groningen, Wolters-Noordhoff, 1969.

DOHRENWEND,B.S. & B.P. DOHRENWEND. Class and race as status related sources of stress. In: S.Levine & N.A. Scotch (eds.) Social Stress. Chicago, Aldine, 1970, 111-140.

EIJK,J.TH.M. VAN. Levensgebeurtenissen en ziekte. Huisartsenpers B.V., Utrecht, 1979.

ENDE,W.J.VAN DER & H.S.MERENS-RIEDSTRA. Onderlinge relaties bij artsen die betrokken zijn bij de behandeling van hartpatienten. Leiden, NIPG/TNO en Ned.Hartvereniging, 1972.

ENDLER,N.S.,J.Mc.V.HUNT, A.J.ROSENSTEIN. An S-R inventory of anxiousness. Psychol.Monographs General and Applied 536 (1962) 1-31.

ENTERLINE,Ph.E. Social causes of sick absence. Arch.Envir.Health 12 (1966) 467-473.

ES,M.VAN. Het meetbaar maken van coping-behavior. Intern rapport, R.U.Groningen, Werkgroep Psychohygiëne, T.N.O., Afd.Sociale Psychiatrie, 1975.

GADOUREK,I. Absences and well-being of workers. Assen, Van Gorcum, 1965.

GIEL,R. Problemen uit de psychiatrische epidemiologie. In: C.Rümke, P.E.Boeke en W.K.van Dijk (eds.) Van kinder-analyse tot y-chromosoom. Deventer, Van Loghum-Slaterus, 1973.

GIEL,R., G.H.M.M.TEN HORN, J.ORMEL, W.J.SCHUDEL, D.WIERSMA. Mental illness, neuroticism and life events in a Dutch village sample. Psycholog.Med. 8 (1978) 235-243.

GROOT,A.D. DE. Methodologie; grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen. 's-Gravenhage, Mouton, 1966.

GROOT,M.J.W.DE. Het ziekteverzuim en de functionering van het medisch apparaat. Mens & Ondern. 21 (1967) 3-24.

GROOTHOFF,J.W. Intern rapport betreffende huisarts en langdurige arbeidsongeschiktheid. R.U.Groningen, Instituut voor Sociaal-Medische Wetenschap, oktober 1978.

GROOTHOFF,J.W. & H.H.W. HOGERZEIL. Gezondheidszorg en sociale verzekering tegen loonderving. T.Soc.Geneesk. 55 (1977) 430-438.

HAASTER,D.VAN & W.SALVERDA. Verborgen werkloosheid. T.voor Politieke Economie. Gemeentelijke Universiteit Amsterdam, 1 (1977) 64-99.

HACK,P.M.J. Het begrip arbeidsongeschiktheid uit de Ziektewet. Sociaal Maandblad Arbeid 29 (1974) 79-85.

HAVERKAMP,N.J. Ongeschiktheid tot werken anders dan wegens ziekte of gebrek. Sociaal Maandblad Arbeid 32 (1977) 333-339.

HEERTJE,A. Werkgelegenheid: van Keynes naar Marx. Beleid en Maatschappij 1 (1974) 278-285.

HILVERINK,H.G. Arbeidsongeschikt of arbeid ongeschikt. In: Arbeidsongeschikt, enkele invalshoeken. Uitgegeven t.g.v. het tiende jaarverslag van de GMD Amsterdam, Gemeenschappelijk Medische Dienst, 1977.

HINKLE,L.E. & N.PLUMMER. Life stress and industrial absenteeism. Industr. Med.Surg. 21 (1952) 363-375.

HINKLE,L.E.,N.PLUMMER,L.H.WHITNEY. The continuity of patterns of illness and the prediction of future health. J.Occup.Med. 3 (1961) 417-423.

HOFFMAN,L. Arbeidstijdvermindering als instrument voor de werkloosheidsbestrijding. Economisch-statistische berichten 61 (1976) 437-442.

HOGERZEIL,H.H.W. Health care policies and macro-diagnostic groups. T.Soc. Geneesk. 44 (1966) 77-88

HOGERZEIL,H.H.W. Arbeidsongeschiktheid en medisch-sociaal beleid.T.Soc.Geneesk. 50 (1972) 538-550.

HOLMES,TH. & R.H.RAHE. The social readjustment rating scale. J. Psychosom. Res. 11 (1967) 213-218.

HOUSE,J.S. Occupational stress and coronary heart disease. A review and theoretical integration.J.Health and Soc.Beh. 15 (1974) 12-27.

JAARVERSLAGEN van de bedrijfsverenigingen 1970-1974.

JAARVERSLAGEN Gemeenschappelijk Medische Dienst, Amsterdam, 1969-1975.

JANIS,I.L. Some implications of recent research on the dynamics of fear and stress tolerance. In: Social Psychiatry, The Williams and Wilkins company, Baltimore, 1969, 86-100.

JANIS,I.L. Vigilance and desicion-making in personal crisis. In:G.V.Coelho et al (ed.) Coping and adaptation, New York, Basic Books, 1974, 139-175.

JESSEN,J.L. et.al. Medische Consumptie. Rapport over het onderzoek naar medische consumptie van de Nederlanders anno 1970. R.U.Groningen, Sociologisch Instituut, 1974.

JONGH-HYLKEMA,J.T.O. DE. Maatschappelijk verzuim in cijfers. T.Soc.Geneesk. 51 (1973) 215-222.

JONGH-HYLKEMA,J.T.O. DE. Maatschappelijk verzuim een probleem, niet enkel van de verzekeringsgeneeskundige aantoonbaar?, acceptabel? Sociaal Maandblad Arbeid, 28 (1973) 647-655.

JOSTEN,J.G.J.E. WAO - Doel en verwerkelijking,II Stellingen en standpunten, arbeidskundig bezien. T.Soc.Geneesk. 52 (1974) 203-208.

KAGAN,A.B. & L.LEVI. Health and environment - psychosocial stimuli: a review. Soc.Sci.and Med. 8 (1974) 225-241.

KASTEIN,A.TH.E. Een bestuurlijke visie. In: WAO, balans en perspectief, Gemeenschappelijk Medische Dienst, Amsterdam, 1974, 18.

KESTELOO,A. Bedrijfsgeneeskundige aspecten van een dreigende bedrijfssluiting. T.Soc.Geneesk. 53 (1975) 472-477 en 516-520 .

KNAPP,R.R. Objective personality test and sociometric correlates of frequency of sick bay visits. J.Appl.Psychol. 45 (1961) 104-110.

KOCK VAN LEEUWEN,J.A.C. DE. De verzuimgeneigdheid bij dienstplichtige militairen in vredestijd. Dissertatie, Leiden, NIPG/TNO, 1958.

LACEY,J.J., D.E.BATEMAN, R.VANLEHN. Autonomic response specificity; an experimental study. Psychosom.Med. 15 (1953) 8-21.

LAMMERS,C.J. Sociale oorzaken van het ziekteverzuim. Sociaal Maandblad 21 (1966) 480-494.

LAZARUS,R.S. Psychological stress and the coping process. New York, McGraw-Hill, 1966.

LEHMAN,E.C. An empirical note on the transactional model of psychological stress. The Sociological Quarterly 13 (1972) 484-495.

LIPSCHITS,I. Verkiezingsprogramma's - verkiezingen voor de Tweede Kamer der Staten Generaal 1977. 's-Gravenhage, 1977.

LUBORSKI,L.,J.P.DOCHERTY,S.PENICK. Onset conditions for psychosomatic symptoms: a comparative review of immediate observation with retrospective research. J.Psychosom.Med. 35 (1973) 187-204.

MAHL,G.F. Psychological changes during chronic fear. Annuals New York Academy of Sciences 56 (1953) 240-249.

MANDLER,G. Mind and emotion. New York, J.Wiley & Sons, 1975.

MANSVELT,J.VAN, R.C.BRUNSTING, B.J.M. DELAMARRE, H.A. V.D.WAAL. Een onderzoek naar oorzakelijke faktoren en bijzondere kenmerken bij langerdurend arbeidsverzuim.Sociaal Maandblad Arbeid 29 (1974) 307-321 en 379-389.

MECHANIC,D. The concept of illness behavior. J.Chron.Dis. 15 (1961) 189-194.

MECHANIC,D. Response factors in illness: the study of illness behavior. Soc. Psychiatr. 1 (1966) 11-19.

MECHANIC,D. Medical sociology, a selective view. New York, the Free Press, 1968.

MECHANIC,D. Discussion of research programs on relations between stressful life events and episodes of physical illness. In: Dohrenwend B.S & B.P. Dohrenwend.Stressful life events: their nature and effects. New York, John Wiley & Sons, 1974-a, 87-97.

MECHANIC,D. Social structure and personal adaptation: some neglected dimensions. In: G.V.Coelho et.al. (ed.) Coping and adaptation. New York, Basic Books, 1974- b, 32-44.

MENNINGER,J.V. De betekenis van het klagen in de geneeskunde. Metamedica 5 (1975) 140-161.

MERENS-RIEDSTRA.,H.S. Leven zonder werk; een onderzoek bij arbeidsongeschikten; tweede deelverslag. Leiden, NIPG/TNO, 1977.

NAUTA,T. Onderzoek naar de achtergronden van ziekteverzuim in een bedrijf. Alkmaar, POA,N.V., 1963.

NUNNALLY,J.C. Psychometric Theory, New York, McGraw-Hill, 1967.

OPPERS,V.M. Het verzuimpatroon van het gemeente personeel van Amsterdam II. T.Soc.Geneesk. 46 (1968) 454-464 en 491-500.

ORMEL,J. Het psychofarmaca gebruik anno 1970. T.Soc.Geneesk. 16 (1975) 494-506.

ORMEL,J. & GIEL,R. Flatbewoners en hun gezondheid. T.Soc.Geneesk. 10 (1975) 290-298

ORMEL,J. & GIEL,R. Crowding and subjective health. Social Psychiatry 12 (1977) 722-728.

ORMEL,J. & D.WIERSMA. Enkele methoden om "stressful life events" te meten. T.Soc.Geneesk. 54 (1976) 722-728.

PAS,J.H.R. VAN DER. De validiteit van validiteitsschattingen. T.Soc.Geneesk. 52 (1974) 677-685.

PHILIPSEN,H. Enkele aspecten van stijgend ziekteverzuim. Mens en Ondern. 20 (1966) 201-214; 280-291; 342-353 en 21 (1967) 178-189.

PHILIPSEN,H. Afwezigheid wegens ziekte. Groningen, Wolters-Noordhoff, 1969.

PHILIPSEN,H. De voorwaardelijkheid van algemene uitspraken, toegelicht aan de samenhang tussen werkvoldoening en afwezigheid wegens ziekte. Sociol.Gids (1970) 320-332.

PHILIPSEN,H. Ziekteverzuim en ziekenhuis. In: Kliniek en Maatschappij. Lochem, de Tijdstroom, 1973, 54-70.

PHILIPSEN,H. De omvang en complexiteit van algemene ziekenhuizen maatschappelijke verandering of organisatie-ontwikkeling.In'..de gewone ervaring leert al anders'.Afscheidsbundel ter nagedachtenis aan Prof.Dr.A.N.J. den Hollander J.Berting & R.Kroes(red.).Alphen a.d.Rijn,Samson, 1976, 152-171.

PHILIPSEN,H. Ziekteverzuim in hoofdlijnen. Advies uitgebracht aan de Wetenschappelijke Raad voor het regeringsbeleid. R.U.Limburg, juni 1977-a.

PHILIPSEN,H. & A.K.DE VRIES-VAN DER ZEE. Statistische analyse van 10 jaar ziekteverzuim. In: Generatie en Ziekteverzuim, Leiden,NIPG/TNO, 1977-b.

PHILIPSEN,H. Levensfase, generatie en ziekteverzuim. De invloed van belastende levensomstandigheden, mentaliteit en riskante gewoonten op het aantal ziekmeldingen. R.U.Limburg, NIPG/TNO, 1977-c.

PHILLIPS,D.L. Social class and psychological disturbance: the influence of positive and negative experiences. Social Psychiatry, 3 (1968) 41-46.

QUERIDO,A. The efficiency of medical care: a critical discussion of measuring procedures. Leiden, Stenfert Kroese, 1963.

RAHE,R.H.,J.D.McKEAN, R.J.ARTHUR. A longitudinal study of life change and illness patterns. J.Psychosom.Res. 10 (1967) 355-366.

RAHE,R.H. The pathway between subjects' recent life changes and their near-future illness reports; representative results and methodological issues. In: B.S.Dohrenwend & B.P.Dohrenwend (eds.) Stressful life events: their nature and effects. New York, John Wiley & Sons, 1974.

RIS,B.G.M. Personeelsbeleid en ziekteduur. Leiden, NIPG/TNO, 1977.

ROTTER,J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychol.Monographs 80 (1966) 1-25.

RUINEN,F.H. Een onderzoek naar psychosociale invloeden bij langdurige arbeidsongeschiktheid door lage rugklachten. Amsterdam, Gemeenschappelijk Medische Dienst, 1974.

SELEY,H. The stress of life. New York, McGraw Hill, 1956.

SELIGMAN,M.E.P. Helplessness: on depression and death. San Francisco, Freeman, 1975.

SIDLE ,A.,R.MOOS, J.ADAMS,P.CADY. Development of a coping-scale. Arch.Gen. Psychiatry 20 (1969) 226-232.

SMULDERS,P.G.W. Ziekteverzuim en de samenwerking tussen huisarts, verzekeringsarts en bedrijfsarts. Mens & Ondern. 29 (1975) 51-67.

SMULDERS,P.G.W. & D.DRAAISMA. Ziekteverzuim in Nederland I, II. Intermediair 34 (1975) 1-8 en 36 (1975) 17-25.

SNETHLAGE,E. Ziekteverzuim literatuuronderzoek. Leiden, NIPG/TNO. deel I-1960, II-1960-73, III supplement mei 1975, supplement oktober 1976.

SOCIAAL-CULTUREEL PLANBUREAU. Sociaal en Cultureel Rapport 1978. 's-Gravenhage, staatsuitgeverij, 1978.

SOCIALE VERZEKERINGSRAAD; Interim rapport van de Commissie "Bestudering ontwikkeling ziekteverzuim". Med.Contact 27 (1972) 691-694.

TORDOIR,W.F. Project "Gezondheidszorg en lange ziekteduren" (SVR III) Rapport III, Leiden, NIPG/TNO, 1978.

VRIES-VAN DER ZEE,A.K. DE. Een enquete naar persoonlijke omstandigheden en waarde-orientatie in verband met ziekteverzuim. Generatie en ziekteverzuim, Leiden, NIPG/TNO, 1977.

WEZEL,J.A.M. VAN. Herintreding in het arbeidsproces: een onderzoek onder werklozen. Tilburg, 1972.

WIERSMA,D. Het dilemma van de verzekeringsgeneeskundige bij de uitoefening van zijn beroep. Arts en Sociale Verzekering, 15 (1977) 37-39.

WIERSMA,D.,E.LEGRAS,C.VOS. WAO en de arbeidsmarkt: enkele bevindingen betreffende 54 gemeenten. Sociol.Gids 4 (1979).

WILDE,G.J.S. Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijst methode. Amsterdam, Van Rossen, 1963.

ZAAL,M.J. VAN. Arbeidsongeschikt: invalide of onrendabel. Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid 12 (1975) 639-653.

ZAAL,M.J. VAN. Eén loondervingswet is genoeg. Intermediair 13 (1977) 1-9.

ZUTHEM,H.J. VAN. Wat is de waarde van het werken in loondienst voor de werknemer. T.Soc.Geneesk. 50 (1972) 465-470.

ZWEEKHORST,W.A. Passende arbeid: knelpunt van de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Sociaal Maandblad Arbeid 32 (1977) 745-757.

Bijlage I. Centrale tendentie en spreiding van de onafhankelijke variabelen (zie voor toelichting de hoofdstukken 6,7 en 10).

I. De kenmerken van de persoon en zijn ziekte.

	Reikwijdte van de index,schaal (aantal categorieën)	gemiddelde	standaard afwijking
1. Leeftijd in jaren (jong - oud)	20 - 55	38,8	10,5
2. Opleiding (laag - hoog)	0 - 6	1,7	1,1
3. Beroep (laag - hoog)	0 - 4	1,5	1,1
4. Burgerlijke staat (ongehuwd-gehuwd)	0,1	0,8	0,4
5. Diagnose (ongeval - ziekte der bewegingsorganen)	1,2	1,6	0,5
6. Prognose van herstel(gunstig-ongunstig)	0 - 4	0,8	1,0
II. De binding aan de ziekerol.			
7. Perceptie van de ziekte of de handicap (gunstig - ongunstig)	0 - 10	3,2	2,7
8. Perceptie van het behandelingsplan (onduidelijk - duidelijk)	0 - 6	3,2	1,7
9. Coping-gedrag n.a.v. het behandelingsplan (passief - aktief)	0 - 4	1,9	1,3
10. Ervaring van de afwezigheid van het werk (weinig-veel problemen).	0 - 2	0,3	0,7
11. Ervaring van de aanwezigheid thuis(positief-negatief)	0 - 2	0,6	0,7
12. Moeite met de dagvulling (weinig-veel)	0 - 2	0,5	0,7
13. Verwachting van de omgeving omtrent iemands herstel(beter-slechter dan respondent)	0 - 2	1,1	0,4
14. Beoordeling door omgeving van iemands gezondheid(gezonder-zieker dan respondent)	0 - 2	1,0	0,4
15. Beoordeling door omgeving van iemands handicap(minder-meer gehandicapt dan respondent)	0 - 2	1,0	0,5

	Reikwijdte van de index,schaal (aantal categorieën)	gemiddelde	standaard afwijking
16. Index "Binding Ziekerol"(som var 7,8 en 9, zie hoofdstuk 10; zwak - sterk)	-4,4- +4,8	0,0	2,2
III. De binding aan de arbeidsrol			
17. Algemene arbeidsoriëntatie(zwak-sterk)	1 - 14	9,3	2,9
18. Specifieke arbiedsorientatie(zwak-sterk)	0 - 4	3,3	1,2
19. Sociale werkverhoudingen(slecht-goed)	0 - 4	3,4	1,0
20. Ziektekontakten met de patient(weinig-veel)	0 - 10	5,3	2,9
21. Belemmerende werkaspekten (weinig-veel)	0 - 6	3,1	1,9
22. Werk aan de lopende band (nee - ja)	0 - 1	0,1	0,2
23. Werk in ploegendienst (nee - ja)	0 - 1	0,2	0,4
24. Zelf regelen van werkzaamheden (veel-weinig)	0 - 1	0,3	0,4
25. Verrichten van overwerk(nee - ja)	0 - 1	0,4	0,5
26. Uithuizigheid i.v.m. werk (nee - ja)	0 - 1	0,1	0,2
27. Onmisbaarheid op het werk (nee - ja)	0 - 1	0,4	0,5
28. Onzekerheid over de werktaak (nee - ja)	0 - 1	0,1	0,3
29. Druk in het werk vanwege aard van het werk (nee - ja)	0 - 1	0,3	0,5
30. Druk in het werk vanwege aard van de persoon (nee - ja)	0 - 1	0,1	0,3
31. Druk in het werk vanwege aard van het werk en de persoon (nee - ja)	0 - 1	0,3	0,5
32. Druk in het werk ongeacht de reden ervan (weinig - veel)	0 - 2	1,2	0,9
33. Index "Binding Arbeidsrol"(som var. 17, 18, 19 en 20, zie hoofdstuk 10; zwak-sterk)	-8,6-+4,4	0,0	2,6

	Reikwijdte van de index, schaal(aantal kategorieën)	gemiddelde	standaard afwijking
IV. De indikatoren voor de psychosociale belasting of "stress". Problemen bij aanvang van de onderzoeksperiode.			
34. Onafhankelijk lichamelijk stoornis (weinig - veel)	0 - 25	6,5	5,7
35. Onafhankelijk psychisch funktioneren (weinig-veel)	0 - 18	3,4	3,9
36. Afhankelijk psychisch funktioneren(weinig-veel)	0 - 18	3,1	4,0
Gebeurtenissen uit de periode van 1 jaar(tot 3 maanden na de ziekmelding)			
37. Afhankelijk lichamelijke stoornis (weinig-veel)	0 - 18	2,8	3,5
38. Onafhankelijk lichamelijke stoornis (weinig-veel)	0 - 25	5,2	5,0
39. Onafhankelijk psychisch funktioneren (weinig-veel)	0 - 20	3,9	4,1
40. Afhankelijk psychisch funktioneren(weinig-veel)	0 - 9	1,4	2,4
Gebeurtenissen uit de periode van 9 maanden(tot datum ziekmelding)			
41. Afhankelijk lichamelijke stoornis (weinig-veel)	0 - 14	1,1	2,6
42. Onafhankelijk lichamelijke stoornis (weinig-veel)	0 - 19	3,8	4,1
43. Onafhankelijk psychisch funktioneren (weinig-veel)	0 - 19	2,8	3,4
44. Afhankelijk psychisch funktioneren (weinig-veel)	0 - 9	1,0	2,0
Gebeurtenissen uit de periode van 3 maanden (na datum ziekmelding)			
45. Afhankelijk lichamelijke stoornis(weinig-veel)	0 - 12	1,7	2,6
46. Onafhankelijk lichamelijke stoornis (weinig-veel)	0 - 9	1,4	2,3
47. Onafhankelijk psychisch funktioneren (weinig-veel)	0 - 9	1,0	1,8

	Reikwijdte van de in-ex,schaal (aantal kategorieën)	gemiddelde	standaard afwijking
48. Afhankelijk psychisch funktioneren (weinig-veel)	0 - 9	0,4	1,4
Gebeurtenissen uit de periode van 6 maanden vóór de herstelmelding (of de overgang naar de WAO)			
49. Afhankelijk lichamelijke stoornis(weinig-veel)	0 - 12	1,3	2,2
50. Onafhankelijk lichamelijke stoornis (weinig-veel)	0 - 30	2,6	3,7
51. Onafhankelijk psychisch funktioneren (weinig-veel)	0 - 30	1,9	3,0
52. Afhankelijk psychisch funktioneren(weinig-veel)	0 - 12	0,7	1,9
Gebeurtenissen uit de periode van 3 maanden vóór de hersteldatum (of de overgang naar de WAO).			
53. Afhankelijk lichamelijke stoornis(weinig-veel)	0 - 6	0,4	1,2
54. Onafhankelijk lichamelijke stoornis (weinig-veel)	0 - 15	1,3	2,4
55. Onafhankelijk psychisch funktioneren (weinig-veel)	0 - 12	0,9	1,9
56. Afhankelijk psychisch funktioneren(weinig-veel)	0 - 12	0,3	1,4
"Stress" tengevolge van problemen en gebeurtenissen uit de periode van 1 jaar rond datum ziekmelding.			
57. Onafhankelijk lichamelijke stoornis(zowel onafhankelijk psychisch funktioneren als afhankelijk psychisch funktioneren(weinig-veel)	0 - 42	11,7	8,3
V. Omgaan met "stress"			
58. Angstigheidsschaal(weinig-veel)	0 - 76	28,4	16,0
59. Interne en externe beheersing	26 - 74	49,1	9,1
60. Over- en onderschatting van de "stress"	1 - 5	2,9	1,3
61. Onjuiste - juiste schatting van de "stress")	1 - 3	2,0	0,8

	Reikwijdte van de index,schaal (aantal categorieën)	gemiddelde	standaardafwijking
62. Adekwaatheid van coping-gedrag n.a.v. de "stress"(weinig-veel)	0 - 100	51,1	31,4
VI. De ekonomische positie van het bedrijf.			
63. Plezierige veranderingen binnen het bedrijf in het afgelopen jaar (nee-ja)	0 - 1	0,1	0,3
64. Onplezierige veranderingen binnen het bedrijf het afgelopen jaar(nee-ja)	0 - 1	0,2	0,4
65. "neutrale" veranderingen binnen het bedrijf het afgelopen jaar(nee-ja)	0 - 1	0,2	0,4
66. Ontslagen in het afgelopen jaar(nee-ja)	0 - 1	0,1	0,3
67. Werktijdverkorting in het afgelopen jaar (nee- ja)	0 - 1	0,1	0,3
68. Personeelsstop (nee - ja)	0 - 1	0,0	0,2
69. Verwachting van verandering van werk binnen het bedrijf(nee,onzeker,ja)	0 - 2	0,2	0,6
70. Verwachting van fusie van het bedrijf (nee,onzeker,ja)	0 - 2	0,1	0,3
71. Verwachting van overplaatsing van(deel van het) bedrijf(nee,onzeker,ja)	0 - 2	0,1	0,4
72. Verwachting van ontslagen(nee,onzeker, ja).	0 - 2	0,2	0,6
73. Verwachting van werktijdverkorting (nee,onzeker,ja)	0 - 2	0,1	0,4
74. Verwachting van uitbreiding van het bedrijf (nee,onzeker,ja)	0 - 2	0,2	0,6
75. Oordeel van respondent over ekonomische positie van bedrijf (gunstig-ongunstig)	0 - 2	0,3	0,6
76. Oordeel van GAB/ETI over kwetsbaarheid van bedrijf (weinig-veel)	1 - 3	1,9	0,8
77. Oordeel van GAB/ETI over kwetsbaarheid van arbeidsplaats respondent (weinig-veel)	1 - 3	1,6	0,7

	Reikwijdte van de index,schaal (aantal,categorieën)	gemiddelde	standaardafwijking
78. Kwetsbaarheid van het bedrijf(sommering var,76 en 77)(weinig-veel)	1 - 5	2,2	1,3
79. Grootte van het bedrijf(klein-groot)	1 - 7	4,2	2,0
80. Aard van het produktieproces(stuk+serie)(massa+produkt)(handel+dienst)	1 - 3	1,9	0,8
VII. De sociaal-ekonomische struktuur van de woongemeente.			
81. Urbanisatiegraad, 1971 (ruraal-urbaan)	1 - 3	2,2	0,8
82. Omvang van de bevolking(in duizendtallen),1975(klein-groot)	2 - 99	37,6	37,9
83. Percentage agrarische beroepsbevolking,1975(klein-groot)	0,0 - 33,5%	7,9	7,7
84. Woonforensisme,1971(weinig-veel)	2,5- 24,7%	10,4	6,4
85. Percentage werkloosheid,1971(klein-groot)	0,1- 10,3%	3,9	2,0
86. Percentage werkloosheid,1975(klein-groot)	2,3- 13,4%	6,8	2,1
87. Verhouding vraag en aanbod op de arbeidsmarkt,1971(ongunstig-gunstig)	0,01- 1,97	0,42	0,45
88. Verhouding vraag en aanbod op de arbeidsmarkt,1975(ongunstig-gunstig)	0,01- 0,78	0,15	0,18
89. Afhankelijkheid sociale voorzieningen 1975(weinig-veel)	2,4 - 9,9%	6,8	1,8
90. Afhankelijkheid van de WAO,1975(weinig-veel)	0,4 - 8,5%	4,1	1,2
91. Links-politieke voorkeur,1977(zwak-sterk).	24,7 -84,0%	52,5	12,2
VIII. De jeugdsituatie van de respondent.			
92. Overlijden van ouder (nee - ja)	0 - 1	0,1	0,3
93. Scheiding van ouders (nee - ja)	0 - 1	0,1	0,2
94. Hertrouwen van ouder (nee - ja)	0 - 1	0,1	0,3

	Reikwijdte van de index, schaal aantal (categorieën)	gemiddelde	standaardafwijking
95. Overlijden van broer/zuster(nee -ja)	0 - 1	0,1	0,3
96. Langdurige afwezigheid van ouder (nee - ja)	0 - 1	0,1	0,3
97. Gezondheidsproblemen in ouderlijk gezin (nee-ja)	0 - 1	0,3	0,5
98. Gezondheidsproblemen betreffende respondent zelf (nee-ja)	0 - 1	0,1	0,3
99. Langdurige afwezigheid van respondent van huis. omgeving(nee - ja)	0 - 1	0,1	0,3
100. Opvoeding van respondent bij anderen dan eigen ouders (nee - ja)	0 - 1	0,1	0,2
IX. De beroepskarriere van de respondent gedurende de laatste 10 jaren.			
101. Duur van huidig dienstverband(kort-lang)	0 - 2	1,1	0,8
102. Aantal werkveranderingen in de afgelopen 10 jaren (geen-meermalen)	0 - 2	0,9	0,8
103. Werkveranderingen op eigen initiatief (geen-meermalen)	0 - 2	0,6	0,8
104. Gedwongen werkverandering(geen-meermalen	0 - 2	0,3	0,6
105. Verandering in soort werk(nee-ja)	0 - 1	0,4	0,5
106. Ooit als zelfstandige werkzaam geweest (nee - ja)	0 - 1	0,1	0,3
107. Duur werkloosheid in de afgelopen 10 jaren (geen-langer dan ½ jaar)	0 - 2	0,3	0,7
108. Frekwentie van perioden van werkloosheid(geen-meermalen)	0 - 2	0,4	0,7
109. Vroegere medische afkeuring(nee-ja)	0 - 1	0,2	0,4

Bijlage II. De samenhang tussen de feitelijke en de relatieve ziekteduur en de onafhankelijke variabelen, uitgedrukt in Pearson's correlatie-coëfficiënt.

Var. nummer (zie bijlage 1 voor omschrijving)	Aantal volledige ziektedagen (weinig-veel) (n=205)	aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen (weinig-veel) (n=205)	Overgang naar de WAO (nee-ja) (n=205)	Over-resp. onderschatting van de verdere ziekteduur (relatief korte-lange ziekteduur) door de respondent (n=90)	door de verzekeringsgeneeskundige (n=126)	Terugblik op de ziekteduur (relatief te kort - te lang) door de respondent (n=140)	door de verzekeringsgeneeskundige (n=205)
1.	.19	.22	.29	.06	.27	-.02	.06
2.	-.19	-.11	-.11	-.07	-.10	.04	-.09
3.	-.24	-.18	-.21	-.14	-.20	.16	-.14
4.	.10	.12	.19	.15	.24	-.02	.14
5.	.18	.15	.25	.05	.24	.15	.12
6.	.43	.45	.48	.12	.28	.14	.15
7.	.53	.53	.56	.02	.57	-.17	.29
8.	-.33	-.29	-.27	-.14	-.36	.00	-.29
9.	-.11	-.07	-.06	-.19	-.06	.07	-.01
10.	-.07	.01	-.01	-.12	-.15	-.19	.10
11.	.07	.05	.04	-.21	.13	-.04	.13
12.	-.04	-.07	-.11	-.04	-.12	-.03	.03
13.	-.10	.00	.00	.12	-.13	-.02	.00
14.	.15	.11	.08	-.08	.17	.17	.04
15.	.13	.11	.10	-.17	.13	-.10	.09

var. nummer	aantal volledige ziektedagen (weinig-veel) (n=205)	aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen (weinig-veel) (n=205)	Overgang naar de (nee-ja) (n=205)	Over- resp. onderschatting van de verdere ziekteduur(relatief korte-lange ziekteduur) door de respondent (n=90)	door de verzekeringsgeneeskundige (n=126)	Terugblik op de ziekteduur (relatief te kort - te lang) door de respondent (n=140)	door de verzekeringsgeneeskundige (n=205)
16.	.44	.41	.41	.18	.46	-.10	.27
17.	.04	.06	.09	.17	.02	-.01	.11
18.	-.01	.05	-.01	.07	-.13	.03	.05
19.	.13	.12	.07	-.03	-.05	.07	.04
20.	-.10	-.09	-.10	-.20	-.22	.00	-.12
21.	.17	.13	.14	.04	.22	-.05	.10
22.	.15	.12	.04	.14	.07	.05	.14
23.	.05	-.01	.01	.11	.05	.17	-.01
24.	.08	.03	.04	-.07	.07	-.11	.08
25.	-.14	-.12	-.15	-.15	-.26	.05	-.10
26.	-.04	-.08	.01	.17	.02	.19	.02
27.	-.07	-.02	-.02	-.02	-.19	-.11	-.04
28.	-.08	-.01	.02	-.03	-.09	-.05	.05
29.	.08	.05	.11	-.08	.01	-.03	-.02
30.	.19	.19	.17	.15	.10	.07	.12
31.	-.04	.02	-.04	-.06	-.05	-.06	-.03
32.	.14	.19	.13	-.02	.03	-.05	.02
33.	.02	.06	.02	.00	-.14	.03	.03

var.nummer	aantal volledige ziektedagen (weinig-veel)	aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen (weinig-veel)	overgang naar de WAO (nee-ja)	Over- resp.onderschatting van de verdere ziekteduur duur(relatief korte-lange ziekteduur)		Terugblik op de ziekteduur (relatief te kort - te lang)	
				door de respondent	door de verzekeringsgeneeskundige	door de respondent	door de verzekerings geneeskundige
	(n =205)	(n= 205)	(n=205)	(n=90)	(n=126)	(n=140)	(n=205)
34	-.01	-.03	.04	-.01	-.03	.04	.03
35	-.02	-.06	-.02	.00	-.10	.10	-.05
36	.00	.02	.08	-.01	.06	-.04	.08
37	.22	.20	.14	-.06	.09	.05	.10
38	-.08	-.05	-.06	.02	-.05	.03	.09
39	-.08	-.07	-.09	-.08	-.03	.01	.12
40	-.02	.01	.03	.16	-.06	.05	-.02
41	.24	.24	.26	-.04	.22	.09	.21
42	-.07	-.04	-.02	.07	-.06	.06	.08
43	-.03	-.02	-.02	.00	.00	.05	.13
44	-.08	-.06	-.01	.15	-.12	.05	-.06
45	.05	.03	-.07	-.04	-.10	.00	-.08
46	-.04	-.02	-.09	-.09	-.01	-.04	.06
47	-.12	-.12	-.16	-.17	-.07	-.06	.04
48	.08	.11	.06	.07	.07	.01	.06
49	-.09	-.10	-.10	-.15	-.23	.04	-.12
50	-.02	-.01	.00	.05	.17	.03	.05
51	-.02	-.03	-.02	.04	.23	.01	.00

var.nummer	aantal volledige ziektedagen (weinig-veel)	aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen (weinig-veel)	overgang naar de WAO (nee-ja)	Over- resp. onderschatting van de verdere ziekteduur (relatief korte-lange ziekteduur)		Terugblik op de ziekteduur (relatief te kort - te lang)	
				door de respondent	door de verzekeringsgeneeskundige	door de respondent	door de verzekeringsgeneeskundige
	(n=205)	(n=205)	(n=205)	(n=90)	(n=126)	(n=140)	(n=205)
52	-.01	.03	.04	.03	-.03	.06	.10
53	-.10	-.11	-.07	-.24	-.12	.10	-.07
54	.01	-.03	-.02	.01	.00	.09	.08
55	.02	-.03	-.03	.07	.06	.05	.02
56	-.01	-.01	.00	-.11	-.07	.09	.12
57	-.05	-.05	-.01	.00	-.05	.05	.07
58	.05	.03	.08	-.07	.08	-.13	-.04
59	.26	.25	.27	.16	.25	-.08	.20
60	-.01	-.09	-.03	-.03	.07	.00	-.06
61	-.13	-.15	-.09	-.27	-.16	.11	.00
62	-.11	-.15	-.18	-.07	-.14	.07	-.17
63	-.05	.02	.00	-.08	.00	.00	.09
64	-.08	-.03	-.05	.00	.02	-.02	-.01
65	-.05	-.04	.00	.06	.10	.02	-.07
66	-.03	.00	-.01	.12	-.05		-.04
67	.13	.09	.12	-.01	.00	-.06	.04
68	-.08	.01	.00	.12	-.04	-.05	.00
69	.03	.11	.00	.13	-.03	-.04	.04

var. nummer	aantal volledige ziektedagen (weinig-veel)	aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen (weinig-veel)	overgang naar de WAO (nee-ja)	Over- resp. onderschatting van de verdere ziekteduur (relatief korte-lange ziekteduur		Terugblik op de ziekteduur (relatief te kort - te lang)	
				door de respondent	door de verzekeringsgeneeskundige	door de respondent	door de verzekeringsgeneeskundige
	(n=205)	(n=205)	(n=205)	(n=90)	(n=126)	(n=140)	(n=205)
70	.08	.10	.06	.22	.00	.04	.00
71	-.07	-.02	-.04	.04	-.01	-.03	-.05
72	.14	.11	.13	-.04	.05	.19	.04
73	.04	.03	.11	.03	.03	-.06	.00
74	-.11	-.07	-.12	.02	-.18	.01	.01
75	-.01	-.04	.01	-.07	.14	-.01	.08
76	.08	.11	.08	.17	.16	.06	.00
77	.07	.05	.05	.13	.16	-.03	-.05
78	.10	.11	.09	.16	.18	.04	-.03
79	.05	-.01	-.01	.15	.04	.06	-.02
80	-.17	-.17	-.07	.00	-.19	-.08	-.15
81	-.13	-.07	-.08	.05	-.10	.17	-.07
82	-.15	-.08	-.06	-.10	-.20	.10	-.05
83	.18	.11	.08	.00	.14	-.17	.04
84	.13	.09	.03	.02	.13	-.07	.02
85	.09	.01	.02	.00	.01	-.11	.04
86	.06	.00	.02	.08	-.01	-.05	.04
87	.04	.07	.06	-.02	.10	.08	.06

var. nummer	aantal volledige ziektedagen (weinig-veel)	aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen (weinig-veel)	Overgang naar de WAO (nee-ja)	Over resp. onderschatting van de verdere ziekteduur (relatief korte - lange)		Terugblik op de ziekteduur (relatief te kort - te lang)	
				door de respondent	door de verzekeringsgeneeskundige	door de respondent	door de verzekeringsgeneeskundige
	(n=205)	(n=205)	(n=205)	(n=90)	(n=126)	(n=140)	(n=205)
88	.02	.05	.08	.04	.10	.10	.05
89	-.02	-.01	.00	-.07	-.07	.12	.07
90	.10	.07	.08	-.01	.04	.10	.13
91	-.06	-.04	-.04	-.02	-.09	.20	.03
92	.00	.06	-.01	.04	-.08	.08	.01
93	-.16	-.15	-.13	-.05	-.05	-.05	.00
94	-.08	-.09	-.10	.08	-.06	.02	.01
95	.06	.03	-.01	-.02	.00	.19	-.10
96	.00	-.03	-.05	-.04	-.03	.03	.01
97	-.02	-.06	-.10	-.10	-.03	.01	-.03
98	-.06	-.10	-.05	-.07	-.12	-.21	.01
99	-.09	-.10	-.09	.04	-.01	-.25	.04
100	-.05	-.05	-.01	.14	-.06	.00	-.05
101	.06	.11	.16	.12	.13	.06	-.01
102	-.01	-.02	-.10	-.12	-.11	.01	.09
103	-.05	-.05	-.11	-.15	-.16	.04	-.01
104	-.06	-.08	-.08	-.11	-.08	-.12	.10
105	.05	.06	-.06	.03	-.02	.03	.09
106	.05	.05	.01	.02	.02	-.04	-.03

var. nummer	aantal volledige ziektedagen (weinig-veel)	aantal volledige plus gedeeltelijke ziektedagen (weinig-veel)	overgang naar de WAO (nee-ja)	Over-resp. onderschatting van de verdere ziekteduur (relatief korte - lange)		Terugblik op de ziekteduur (relatief te kort - te lang)	
				door de respondent	door de verzekeringsgeneeskundige	door de respondent	door de verzekeringsgeneeskundige
	(n=205)	(n=205)	(n=205)	(n=90)	(n=126)	(n=140)	(n=205)
107	-.02	-.01	.00	.05	.01	-.10	.05
108	-.02	-.03	-.02	.04	.04	-.06	.02
109	.08	.08	.18	-.06	.14	.04	.03

Signifikantie-niveau van de totale correlaties bij verschillende n:

n	r bij $p < .05$	$p < .10$
205	$\pm .12$	$\pm .09$
140	$\pm .14$	$\pm .11$
126	$\pm .15$	$\pm .12$
90	$\pm .17$	$\pm .14$

Bijlage:III: De samenhangen tussen tien geselekteerde onafhankelijke variabelen weergegeven zowel voor de gehele onderzoekspopulatie als voor beide subpopulaties.

De samenhang tussen de tien verklarende variabelen uitgedrukt in Pearson's correlatie-coëfficiënt (n=205)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Leeftijd(laag-hoog)	-									
2. Prognose(gunstig-ongunstig)	.30	-								
3. Binding ziekerol(zwak-sterk)	.20	.36	-							
4. Beroep (laag-hoog)	-.05	-.14	-.36	-						
5. Binding arbeidsrol(zwak-sterk	.14	-.02	-.10	.06	-					
6. Subj.werkbelasting(weinig-veel)	.05	.05	-.02	.11	.02	-				
7. Stress(weinig-veel)	.06	.05	.16	-.14	-.23	.05	-			
8. Interne versus externe beheersing.	.16	.13	.35	-.42	-.01	-.09	.15	-		
9. Kwetsbaarheid bedrijf (weinig-veel)	-.02	.02	-.01	-.02	-.04	-.02	-.07	.06	-	
10. Stedelijkheid woongemeente(sterk-zwak)	.01	.03	.01	-.10	.08	.00	-.13	.03	-.13	-

De samenhang tussen de tien verklarende variabelen bij de patiënten met een ziekte van de bewegingsorganen uitgedrukt in Pearson's correlatie-coëfficiënt (n=132)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Leeftijd(laag-hoog)	-									
2. Prognose(gunstig-ongunstig)	.34	-								
3. Binding ziekerol(zwak-sterk)	.17	.27	-							
4. Beroep (laag-hoog)	-.09	-.10	-.38	-						
5. Binding arbeidsrol(zwak-sterk)	.02	-.03	-.14	.14	-					
6. Subj.werkbelasting(weinig-veel)	.14	.10	.02	.08	.09	-				
7. Stress(weinig-veel)	.06	.03	.08	-.06	-.16	.13	-			
8. Interne versus externe beheersing	.09	.10	.32	-.43	-.20	-.01	.13	-		
9. Kwetsbaarheid bedrijf (weinig-veel)	-.05	-.02	-.05	.02	-.07	.00	-.22	.05	-	
10. Stedelijkheid woongemeente(sterk-zwak)	.02	.00	.01	-.06	.00	-.06	-.13	.06	.09	-

De samenhang tussen de tien verklarende variabelen bij de ongevalspatiënten, uitgedrukt in Pearson's correlatie-coëfficiënt (n=73)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Leeftijd(laag-hoog)	-									
2. Prognose(gunstig-ongunstig)	-.16	-								
3. Binding ziekerol(zwak-sterk)	-.07	.20	-							
4. Beroep (laag-hoog)	.04	-.27	-.36	-						
5. Binding arbeidsrol(zwak-sterk)	.35	-.02	-.05	-.06	-					
6. Subj.werkbelasting(weinig-veel)	-.09	-.07	-.08	.18	-.09	-				
7. Stress(weinig-veel)	.02	.03	.33	-.30	-.37	-.11	-			
8. Interne versus externe beheersing	.21	.12	.35	-.40	.28	-.21	.17	-		
9. Kwetsbaarheid bedrijf (weinig-veel).	-.02	.07	-.02	-.08	.00	-.04	.24	.06	-	
10. Stedelijkheid woongemeente(sterk-zwak)	.03	.20	.06	-.18	.20	.09	-.14	.00	-.20	-