

331.316.3 : 331.58 : 368.06 : 669.162.2 [Verzuim]

dc
24/7

ZIEKTEVERZUIM, WAO-TOETREDING EN REÏNTEGRATIE
BIJ EEN GROOT INDUSTRIEEL BEDRIJF

Eindrapport van het project
'Verschil in WAO-toetredingsrisico'

Nederlands Instituut voor
Arbeidsomstandigheden NIA
bibliotheek-documentatie-informatie
De Boelelaan 32, Amsterdam-Buitenveldert

stamb.nr. 89-939
plaats 43-439
datum 30 AUG. 1989

P. Hellinga
D.E. Lenshoek
F. van Dijk
D.A. van Haselen
S. de Boer
C. Koffeman

Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA)
Amsterdam, februari 1989

LEESWIJZER

In dit rapport wordt een samenvatting gegeven van een vijftal onderzoeken naar langdurig ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, reïntegratie en sociaal-medische begeleiding bij een groot industrieel bedrijf. Na een inleiding (hoofdstuk 1) worden in de hoofdstukken 2 tot en met 6 de onderzoeksaanpak en de resultaten van de vijf deelonderzoeken beschreven. In hoofdstuk 7 worden de belangrijkste resultaten samengevat. In hoofdstuk 8 worden aanbevelingen gegeven voor het beleid ter preventie van arbeidsongeschiktheid en ter bevordering van reïntegratie. Tot slot worden eveneens in hoofdstuk 8 aanbevelingen gedaan voor registratie van gegevens en onderzoek met betrekking tot arbeidsongeschiktheid.

De hoofdstukken 7 en 8 zijn afgedrukt op gekleurd papier en kunnen desgewenst zonder kennis van de voorgaande hoofdstukken gelezen worden.

VOORWOORD

De onderzoeken zijn tot stand gekomen in een samenwerkingsproject tussen het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA) en een groot industrieel bedrijf. Het NIA wordt met betrekking tot dit project gesubsidieerd door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de Sociale Verzekeringsraad en de Federatie van Bedrijfsverenigingen.

Namens de subsidiegevers is het project begeleid door:
drs. G.C. Diependaal (Federatie van Bedrijfsverenigingen)
dr. P.C. Hermans (Sociale Verzekeringsraad)
drs. T. van Oostrum (Sociale Zaken en Werkgelegenheid)

Het onderzoek is onder gezamenlijke verantwoordelijkheid uitgevoerd door:
prof. dr. F.J.H. van Dijk (bedrijfsgeneeskundige en projectleider)
drs. D.A. van Haselen (verzekeringsgeneeskundige en projectleider)
drs. P. Hellinga (psycholoog en projectleider in 1988)
S. de Boer (statistisch medewerker)
drs. C. Goedmakers (sociaal-geograaf)
C. Koffeman (informatiekundige)
drs. D.E. Lenshoek (psycholoog)

Secretariële ondersteuning:

Y. Danckaerts
H.M. Haak

INHOUD

blz.

1	Inleiding	6
1.1	Aanleiding voor het onderzoek	6
1.2	Doelstelling	6
1.3	Deelonderzoeken	7
1.4	Gebruikte maten en methoden	12
2	Transversaal onderzoek van WAO-toetredingen	14
2.1	Vraagstelling	14
2.2	Materiaal en methode	14
2.3	Resultaten	14
3	Cohortonderzoek van WAO-toetredingen	22
3.1	Doelstelling	22
3.2	materiaal en methode	22
3.3	Resultaten	22
3.4	Vergelijking van de transversale en de cohort-methode	31
4	Werkhervatting na langdurige ziekte	33
4.1	Inleiding	33
4.2	Materiaal en methode	33
4.3	Resultaten	35
5	Reïntegratie	43
5.1	Doelstelling	43
5.2	Materiaal en methode	43
5.3	Resultaten	43

	blz.
6 Sociaal-medische begeleiding van langdurig zieken met psychische aandoeningen	49
6.1 Inleiding	49
6.2 Onderzoeksopzet	49
6.3 Resultaten	54
7 Samenvatting en conclusies	60
7.1 Tweeledige doelstelling	60
7.2 Methodeontwikkeling	60
7.3 Overzicht van de deelonderzoeken	61
7.4 Omvang en ontwikkeling van WAO-toetredingsrisico's	63
7.5 Verschil in Arbeidsongeschiktheidsrisico's	65
7.6 Bijzonderheden per personeelscategorie	67
7.7 Generaliseerbaarheid van de bevindingen	70
8 Beleidsaanbevelingen	71
8.1 Optimaliseren, differentiëren en maatwerk	71
8.2 Aanbevolen maatregelen	72
8.3 Beleid gericht op het verkleinen van risicoverschillen	76
8.4 Aanbevelingen voor registratie	76
8.5 Aanbevelingen voor onderzoek	78
Overzicht rapporten en artikelen van auteurs	79

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

In 1984 is een samenwerkingsverband gestart tussen de Afdeling Arbeidsrevalidatie van een groot industrieel bedrijf en de Stichting CCOZ (thans Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden) met het doel onderzoek te verrichten naar WAO-toetreding bij het bedrijf. Aanleiding voor dit onderzoek waren vragen van werknemerszijde over verschil in kans op WAO-toetreding voor verschillende personeelscategorieën. Daarnaast was een aanleiding dat bij het bedrijf gedetailleerde gegevens aanwezig waren over WAO-toetreders en over het personeelsbestand, waardoor het mogelijk was om nauwkeurige risicoberekeningen te maken, en zodoende inzicht te krijgen in de achtergronden van arbeidsongeschiktheid.

1.2 Doelstelling

Het doel van het onderzoek is tweeledig: In de eerste plaats wordt in dit onderzoek beoogd de kennis van het arbeidsongeschiktheidsproces te vergroten, door het verkrijgen van meer inzicht in de hoogte, de verschillen en de ontwikkelingen in de WAO-toetredingsrisico's, alsmede in werkhervatting na WAO-toetreding. Meer kennis over de achtergronden van arbeidsongeschiktheid en reïntegratie kan leiden tot het nemen van gerichte maatregelen ter preventie van arbeidsongeschiktheid, alsmede tot het gericht begeleiden van arbeidsongeschikte werknemers om zodoende werkhervatting te bewerkstelligen.

In de tweede plaats wil dit onderzoek een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een wetenschappelijk verantwoorde methode om arbeidsongeschiktheid te registreren en te analyseren. Deze methode moet in principe voor bedrijven en bedrijfsverenigingen hanteerbaar zijn. Verschillende onderzoeksmethoden zijn daarom toegepast en geëvalueerd teneinde de praktische toepassingsmogelijkheden vast te stellen.

1.3 Deelonderzoeken

1.3.1 Overzicht van de deelonderzoeken

Er zijn een vijftal deelonderzoeken uitgevoerd:

1. Transversaal onderzoek van WAO-toetredingen.
2. Cohortonderzoek van WAO-toetredingen.
3. Onderzoek naar werkhervatting na langdurige ziekte.
4. Onderzoek naar reïntegratie van WAO-toetreders.
5. Onderzoek naar de sociaal-medische begeleiding van langdurig zieken met psychische aandoeningen.

De deelonderzoeken zijn op zichzelf staande studies waarover in verschillende rapporten en artikelen verslag van is gedaan. Een lijst van deze rapporten en artikelen is achter in het voorliggende eindverslag van het project opgenomen.

De ontwikkeling van een wetenschappelijk verantwoorde methode om arbeidsongeschiktheid te registreren en te analyseren heeft vooral gestalte gekregen op basis van een vergelijking van de transversale en de cohortbenadering voor het berekenen van WAO-toetredingsrisico's. Uit die vergelijking blijkt dat, onder bepaalde voorwaarden, de transversale benadering de voorkeur verdient. Deze transversale methode is vervolgens uitgewerkt en toegepast bij onderzoek naar werkhervatting na langdurige ziekte en reïntegratie van WAO-ers.

Door de eerste vier deelonderzoeken loopt een rode draad die het beste te typeren is als een kwantitatieve analyse van het arbeidsongeschiktheidsproces. Voor verschillende groepen personeel, die kunnen worden onderscheiden op basis van persoons- en functiekenmerken, wordt nagegaan wat het risico is op langdurige ziekte, WAO-toetreding en reïntegratie. Veelal wordt daarbij onderscheid gemaakt naar diagnoses van de ziekten, die tot tijdelijke of definitieve arbeidsongeschiktheid hebben geleid.

Het onderzoek naar de sociaal-medische begeleiding is kwalitatief van karakter. Het sluit goed aan op de andere deelonderzoeken die een kwantitatief karakter hebben.

1.3.2 Transversaal onderzoek van WAO-toetredingen

In eerste instantie is op de gegevens, die bij het bedrijf aanwezig waren, een transversale analyse uitgevoerd. De onderzochte populatie bestaat bij deze analyse uit al het actieve personeel dat in dienst was gedurende de onderzochte periode (1975 t/m 1983) *. Zowel personen die eind 1974 in dienst waren, als personen die na 1974 in dienst zijn gekomen, zijn in het onderzoek betrokken.

In elk jaar is vastgesteld hoeveel mensen er op 31 december in dienst waren; dit aantal is beschouwd als de actieve bezetting van het op die peildatum volgende jaar. Het aantal WAO-toetreders in een bepaald jaar is gedeeld door de actieve bezetting aan het eind van het voorgaande jaar. Het aldus verkregen getal is het WAO-toetredingsrisico.

De transversale methode heeft een aantal nadelen. Eén daarvan is het feit dat de actieve bezetting aan het eind van een jaar slechts een schatting is van de gemiddelde personeelsbezetting in het volgende jaar. Belangrijker is echter dat de personeelsinstroom gedurende het jaar, effect kan hebben op het WAO-toetredingsrisico. Het is aannemelijk dat nieuwkomers (de instroom) worden geselecteerd op gezondheid en leeftijd. De kans dat zij in de WAO komen zal de eerste jaren na indiensttreding wellicht kleiner zijn dan van mensen die al langere tijd in dienst zijn (zie ook paragraaf 2.3.5). Wanneer verschillende groepen personeel met elkaar vergeleken worden, kan een vertekening ontstaan doordat in de ene groep meer nieuw personeel wordt aangenomen dan in de andere groep. Het is zelfs aannemelijk dat in personeelscategorieën met slechte arbeidsomstandigheden meer nieuw personeel wordt aangenomen omdat het verloop groter is. Het feit dat de instroom wordt meegenomen in de transversale berekeningen zou verschillen in toetredingskansen kunnen versluieren.

Een voordeel van de transversale methode is dat deze tamelijk eenvoudig van opzet is, en gemakkelijker en goedkoper is uit te voeren dan een aantal meer geavanceerde onderzoeksmethoden. Dit pleit ervoor de trans-

* In een aantal gevallen zijn de gegevens van 1984 en 1985 in de analyse betrokken.

versale methode in de praktijk te gebruiken. Het was echter wel noodzakelijk dat een beeld gekregen werd van de vertekening die de transversale methode met zich meebrengt. Onder meer om deze vertekening in kaart te brengen is het cohortonderzoek uitgevoerd.

Naar aanleiding van het transversale onderzoek zijn de volgende publicaties verschenen:

- F. van Dijk e.a., "Verschil in WAO-toetredingsrisico", wetenschappelijk rapport Stichting CCOZ, 1985.
- D.E. Lenshoek e.a., "Vervolgrapport Verschil in WAO-toetredingsrisico", wetenschappelijk rapport Stichting CCOZ, 1987.
- F. van Dijk e.a., "WAO-toetreding: Trends en risicogroepen in een groot industrieel bedrijf" TSG 65 (1987) nr. 20.

1.3.3 Cohortonderzoek van WAO-toetredingen

Het tweede onderzoek dat werd uitgevoerd is een cohortonderzoek. Hierin is getracht de hierboven geschetste nadelen van het transversale onderzoek te ondervangen door gebruikmaking van een gesloten benadering. Dit houdt in dat de actieve bezetting van 31 december 1974 gevolgd is tot 31 december 1985. Mensen die tussentijds in dienst zijn gekomen zijn niet in deze analyses meegenomen.

Een ander verschil tussen het cohort- en het transversale onderzoek is het tijdstip waarop variabelen worden gemeten. In het transversale onderzoek zijn de arbeidskenmerken gemeten op 31 december van het jaar voorafgaand aan WAO-toetreding. Bijvoorbeeld iemand die in 1982 arbeidsongeschikt wordt, wordt op de verschillende variabelen ingedeeld naar zijn situatie op 31 december 1981. In het cohortonderzoek worden de arbeidskenmerken gemeten op 31 december 1974. Daardoor ligt de nadruk meer op het arbeidsverleden van de personen. Bij het eerste onderzoek ligt impliciet de nadruk meer op de arbeidssituatie op het moment van toetreding. Beide benaderingen hebben hun waarde in het licht van een model over het proces van WAO-toetreding. Het arbeidsverleden zal van invloed zijn op bijvoorbeeld slijtageprocessen die op den duur tot ziekte en gebreken leiden. De

huidige arbeidssituatie zal echter van grote invloed zijn, als het erom gaat of iemand, gegeven een bepaalde medische beperking wel of niet arbeidsongeschikt wordt.

Een derde punt waarop het cohortonderzoek zich onderscheidt, is dat een aantal nadere detailleringen zijn gebruikt. Ten eerste wordt onderscheid gemaakt naar drie arbeidsongeschiktheidspercentages. Ten tweede worden binnen personeelscategorieën op het niveau van dienstrooster en functie-groepklassen, de toetredingsrisico's geanalyseerd per diagnosecluster.

Over het cohortonderzoek zijn in 1988 vier rapporten verschenen:

- P. Hellinga e.a., "Voorstudie voor cohortonderzoek naar WAO-toetreden bij een groot industrieel bedrijf". NIA, 1988.
- P. Hellinga e.a., "Cohortonderzoek naar WAO-toetreden bij een groot industrieel bedrijf". NIA, 1988.
- P. Hellinga e.a., "WAO-toetreden bij afdelingsclusters bij een groot industrieel bedrijf". NIA, 1988.
- P. Hellinga e.a., "Evaluatie van epidemiologische analysemethoden toegepast op WAO-toetreding". NIA, 1988.

1.3.4 Werkhervatting na langdurige ziekte

Het derde deelonderzoek verschilt vooral inhoudelijk van de andere twee deelonderzoeken. In dit deelonderzoek wordt nagegaan wat voor verschillende groepen personeel de kans is op langdurig verzuim (minimaal 28 dagen), hoe lang deze langdurig zieken ziek blijven en welke vormen van beëindiging van de ziekteperiode zich voordoen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen volledige hervatting van het eigen werk, part-time hervatting van het eigen werk, hervatting in ander of aangepast eigen werk, plaatsing in een revalidatie-werkplaats en WAO-toetreding. Ook in dit deelonderzoek wordt waar dat zinvol is een uitsplitsing gemaakt naar diagnoseclusters. In het onderzoek zijn alle mensen betrokken, die eind 1984 in actieve dienst waren van het bedrijf.

Het onderzoek is beschreven in een artikel:

- D.E. Lenshoek: "Ziekte duur, diagnose en werkhervatting" Tijdschrift voor verzekeringsgeneeskunde, jrg. 27 (1989), pp 6-10.

1.3.5 Reïntegratie-onderzoek

Het vierde deelonderzoek is een onderzoek naar reïntegratie van WAO-toetreders, waarbij de transversale analysemethode gebruikt is. Hiertoe zijn een aantal criteria opgesteld aan de hand waarvan bepaald kon worden of er sprake is van reïntegratie. Van alle mensen, die in de periode 1980-1983 in de WAO kwamen, is gedurende 2,5 jaar na WAO-toetreding op verschillende peildata nagegaan of ze geheel of gedeeltelijk hun eigen of ander werk weer hebben hervat.

Naar aanleiding van het reïntegratie-onderzoek zijn in 1988 een rapport en een artikel verschenen:

- D.A. van Haselen e.a., "Weer aan 't werk. Reïntegratie van langdurig zieken en WAO'ers bij een groot bedrijf". NIA, 1988.
- D.E. Lenshoek e.a., "Trends in de reïntegratie van WAO-toetreders". TSG 66 (1988) 249-252.

1.3.6 Sociaal-medische begeleiding van langdurig zieken met psychische aandoeningen

In het vijfde deelonderzoek wordt nagegaan op welke wijze de sociaal-medische begeleiding bij een groot industrieel bedrijf georganiseerd is. Beschreven wordt welke afdelingen en instanties verantwoordelijk zijn voor verschillende onderdelen van sociaal-medische begeleiding, zoals preventie van ziekte, begeleiding en controle van zieke werknemers, revalidatie en reïntegratie. Daarnaast wordt nagegaan welke problemen en knelpunten zich voordoen bij de sociaal-medische begeleiding. De aandacht is daarbij met name gericht op langdurig zieken met psychische aandoeningen. Ten slotte wordt onderzocht welke vormen van werkhervatting zich voordoen en wat de beleving van de langdurig zieken is ten aanzien van de sociaal-medische begeleiding.

Het onderzoek heeft een kwalitatief karakter en bestaat uit twee fasen. In de eerste fase zijn 32 langdurig zieken met psychische aandoeningen geïnterviewd. De verzekeringsgeneeskundigen en personeelsfunctionarissen hebben vragenlijsten ingevuld met betrekking tot de begeleidingsactiviteiten die zij verricht hebben. In de tweede fase werden twaalf functionarissen geïnterviewd over de sociaal-medische begeleiding van lang-

durig zieken in het algemeen en langdurig zieken met psychische aandoeningen in het bijzonder.

Op basis van beleidsstukken van het bedrijf is een samenvatting gemaakt van de organisatie en de structuur van de sociaal-medische begeleiding.

Over het onderzoek is een rapport verschenen:

P. Hellinga: "Onderzoek naar de sociaal-medische begeleiding van langdurig zieken met psychische aandoeningen". NIA, 1988.

1.4 Gebruikte maten en methoden

Hieronder zullen een aantal "technische termen" die in deze samenvatting worden gebruikt, nader worden toegelicht.

In het transversale onderzoek is het WAO-toetredingsrisico berekend op de volgende manier: het aantal nieuwe WAO-meldingen in elk jaar is gedeeld door de actieve bezetting aan het eind van het voorgaande jaar. Voor berekeningen over de gehele onderzochte periode zijn WAO-meldingen in verschillende jaren respectievelijk actieve bezettingen bij elkaar opgeteld en vervolgens op elkaar gedeeld.

De WAO-toetredingsrisico's zijn voor leeftijd gestandaardiseerd. Dat wil zeggen dat voor verschillen in WAO-risico, die mogelijk veroorzaakt zijn door leeftijdsverschillen, een correctie is uitgevoerd. Dit heeft als voordeel dat niet telkens een aantal leeftijdsspecifieke cijfers gepresenteerd hoeven te worden, maar dat met één getal kan worden volstaan.

In het cohortonderzoek is gebruik gemaakt van incidentie-rates. De basis voor deze maat is het aantal persoonsjaren. Per persoon wordt berekend hoeveel jaren deze (tijdens de observatieperiode) tot de actieve bezetting heeft behoord. Ieder jaar dat een persoon tot de actieve bezetting heeft behoord, wordt een persoonsjaar genoemd. Wanneer een werknemer voor het eind van de observatieperiode uitvalt, dat wil zeggen wanneer hij in de WAO komt, met pensioen, SOP of VUT gaat, ontslag neemt of krijgt of overlijdt, stopt zijn bijdrage aan de geobserveerde persoonsjaren op het moment waarop hij de actieve dienst verlaat.

Per cohort worden de persoonsjaren opgeteld. Door het aantal WAO-ers te delen door de som van deze persoonsjaren ontstaat de WAO-incidentie-rate. Deze wordt uitgedrukt in het aantal WAO-gevallen per 1000 persoonsjaren.

Rates kunnen met elkaar worden vergeleken door ze op elkaar te delen. Het getal dat hieruit resulteert wordt de rate-ratio genoemd. Op deze wijze kunnen cohorten onderling worden vergeleken. Wanneer bijvoorbeeld twee cohorten een rate-ratio van 2,5 hebben, wil dat zeggen dat de WAO-incidentie-rate van het ene cohort 2,5 maal zo hoog is als die van het andere cohort. In het normale spraakgebruik zouden we zeggen dat de WAO-toetredingsrisico in het ene cohort 2,5 maal zo hoog is als in het andere cohort.

Ook de WAO-incidentie-rates zijn gestandaardiseerd voor leeftijd. Bij de bespreking van het cohortonderzoek zullen telkens deze gestandaardiseerde cijfers, de SDR's (Standardized Disability Ratio) worden gepresenteerd.

Bij de berekening van SDR's wordt berekend wat het aantal WAO-ers in een cohort zou zijn geweest, wanneer in dat cohort de leeftijdsspecifieke WAO-rates van een standaardpopulatie hadden gegolden (indirecte standaardisatie). De SDR wordt berekend door het werkelijke aantal WAO-ers te delen door het (berekende) verwachte aantal. Een SDR die groter is dan 1.0 geeft aan dat er in een cohort meer WAO-ers zijn dan verwacht zou mogen worden op grond van de cijfers in de standaardpopulatie. Als standaardpopulatie is in dit onderzoek doorgaans genomen: alle mannen bij het bedrijf.

Om na te gaan of een SDR die van 1 afwijkt een werkelijk verschil weergeeft of dat dit verschil aan toeval kan worden toegeschreven, zijn de SDR's getoetst op significantie. In de tabellen is dit aangegeven door onderstreping van de SDR's die significant van 1 verschillen.

2 TRANSVERSAAL ONDERZOEK VAN WAO-TOETREDINGEN

2.1 Vraagstelling

De vraagstelling van dit onderzoek is tweeledig. In de eerste plaats: wat is het gemiddelde WAO-toetredingsrisico in de periode 1975-1983 bij verschillende personeelscategorieën. De tweede vraagstelling luidt: welke ontwikkeling in WAO-toetredingsrisico heeft er in de onderzochte periode plaatsgehad.

2.2 Materiaal en methode

Het WAO-toetredingsrisico is onderzocht voor het bedrijf als geheel, en onderscheiden naar personeelscategorie, nationaliteit, leeftijd en geslacht. Gegevens van ploegdienstwerkers zijn geanalyseerd, evenals WAO-toetredingscijfers van de verschillende bedrijfssectoren. Ook is onderzocht of er invloed is van de diagnose van de aandoening die heeft geleid tot arbeidsongeschiktheid.

Het aantal werknemers* is over de onderzochte periode afgenomen van ruim 22.500 in 1975 tot 19.000 in 1983. Dit is veroorzaakt door het vertrek van grote aantallen werknemers via ontslag, SOP, VUT, pensioen, en WAO terwijl anderzijds relatief weinig nieuw personeel is aangenomen.

2.3 Resultaten

2.3.1 Trends in het WAO-toetredingsrisico

Door de jaren heen blijkt het WAO-toetredingsrisico enigszins te fluctueren. In tabel 1 is per jaar het risicopercentage per leeftijdscategorie gegeven. Deze gegevens zijn ontleend aan het totale personeelsbestand.

* Wanneer in dit stuk wordt gesproken over "het personeelsbestand", "het aantal werknemers" of "de personeelsbezetting", dan wordt daarmee steeds de actieve bezetting bedoeld.

Tabel 1 Overzicht van het WAO-toetredingsrisico per leeftijdscategorie per jaar voor het gehele bedrijf

Leef- tijds- cat.	% WAO-toetreders per jaar*								
	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
t/m 29	0,8	0,9	0,5	0,6	0,7	0,8	0,5	0,6	0,6
30-44	1,7	1,5	1,4	1,1	1,9	1,7	1,2	1,3	1,1
45-54	3,0	3,1	2,9	2,7	3,4	3,7	2,6	2,3	1,6
55-59	9,0	7,7	7,6	6,7	8,2	9,3	6,6	5,2	4,1
60-64	16,1	13,2	13,7	11,0	12,8	12,1	8,3	5,4	4,7
Totaal	2,7	2,5	2,4	2,1	2,9	2,9	2,0	1,8	1,5

* het percentage WAO-toetreders in een bepaalde categorie is berekend op grond van de actieve bezetting in die categorie.

Het percentage WAO-toetredingen daalt van 2,7% in 1975 tot 1,5% in 1983, met uitzondering van een sterke stijging van het arbeidsongeschiktheidsrisico in 1979 en 1980. De daling is het sterkst bij de oudste leeftijdscategorie. Waarschijnlijk hangt dit samen met uittredingsregelingen (VUT en SOP), waarbij aan te nemen valt dat bij gebruikmaking van deze regelingen een selectie optreedt naar gezondheid en naar het soort werk. De overblijvende groep werknemers zal relatief steeds "gezonder" worden, omdat werknemers met een minder goede gezondheid gebruik zullen maken van vervroegde uittredingsregelingen. Daarnaast zullen mensen in uitvoerende functies, met relatief ongunstige arbeidsomstandigheden ook vaker gebruik maken van VUT of SOP. De overblijvende groep werknemers zal zich qua arbeidsomstandigheden in gunstige zin onderscheiden van de uittreders.

2.3.2 WAO-risico's voor personeelscategorieën, naar nationaliteit en geslacht

Grote verschillen in WAO-toetredingsrisico komen naar voren wanneer verschillende personeelscategorieën met elkaar worden vergeleken. De WAO-toetredingspercentages zijn per personeelscategorie onderverdeeld naar nationaliteit of geslacht en naar leeftijdscategorie. De belangrijkste resultaten zijn weergegeven in tabel 2.

Tabel 2 WAO-toetredingsrisico voor verschillende personeelscategorieën, onderscheiden naar leeftijd, geslacht en nationaliteit (1975-1983)

Leeftijdscat.	t/m 29	30-44	45-54	55-59	60-64 jaar
BEDRIJFSPERSONEEL: MANNEN					
Nederlanders	1,1	1,9	3,8	9,4	15,5
Buitenlanders	1,1	2,3	4,1	9,4	(20,0)
ONDERHOUDSPERSONEEL: MANNEN					
Nederlanders	0,5	1,3	3,5	7,8	11,6
Buitenlanders	1,4	2,5	4,3	(8,3)	(-)
LEIDING- EN STAFFPERSONEEL: NEDERLANDERS					
Mannen	0,1	0,5	1,7	5,0	8,5
Vrouwen	0,2	1,2	1,8	5,0	(-)
SCHOONMAAKPERSONEEL: VROUWEN					
Nederlanders	2,5	3,1	4,1	(8,3)	(-)
Buitenlanders	1,4	3,4	5,2	(-)	(-)

() bij minder dan 100 persoonsjaren
 - = geen WAO-toetredingen

In alle onderscheiden groepen is te zien dat het WAO-toetredingsrisico, zoals verwacht, sterk toeneemt met de leeftijd.

Het WAO-toetredingsrisico is voor bedrijfspersoneel in de drie hoogste leeftijdscategorieën ongeveer twee maal zo hoog als bij leiding- en stafpersoneel. Bij de twee laagste leeftijdscategorieën is dit verschil nog veel groter.

Het risico voor het onderhoudspersoneel ligt voor alle leeftijdscategorieën tussen dat van het bedrijfs- en het leiding- en stafpersoneel in, waarbij het qua hoogte wat meer gelijkenis vertoont met het risico van het bedrijfspersoneel.

Het WAO-toetredingsrisico voor buitenlandse mannen bij het onderhoudspersoneel is ongeveer gelijk aan dat voor buitenlandse mannen bij het bedrijfspersoneel. Dit wijkt af van de bevinding met betrekking tot Nederlandse mannen.

Nederlandse vrouwen, werkzaam bij het leiding- en stafpersoneel, blijken een veel lager WAO-toetredingsrisico te hebben dan Nederlandse vrouwen in de schoonmaakdienst. Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen.

Concluderend kan gesteld worden dat het bedrijfspersoneel en het schoonmaakpersoneel de hoogste WAO-toetredingskans hebben, dat Nederlandse mannen bij het onderhoudspersoneel een iets lager risico hebben en dat het leiding- en stafpersoneel een veel kleiner risico heeft.

2.3.3 Functiegroepen en dienstrooster

Binnen personeelscategorieën is het WAO-toetredingspercentage berekend voor verschillende functiegroepen, omdat het vermoeden bestaat dat risicoverschillen samenhangen met het functieniveau. Een functiegroep geeft geen directe informatie over de aard van het werk, maar omdat verschillende soorten werk verschillend beloond worden, is er wel een globale relatie aanwezig tussen de functiegroep waarin iemand valt en het soort werk dat hij verricht. In het algemeen is het WAO-toetredingsrisico lager naarmate de functiegroep hoger is. Bij het leiding- en stafpersoneel zijn deze verschillen tussen functiegroepen het grootst. Een aantal eerder geconstateerde verschillen tussen personeelscategorieën in WAO-toetredingsrisico kan worden toegeschreven aan verschillen in functiegroep, maar dit vormt geen afdoende verklaring voor alle verschillen.

Vanuit de veronderstelling dat ploegendienst zowel lichamelijk als geestelijk een zwaardere belasting vormt dan dagdienst, is onderscheid naar dienstrooster voor mannen bij het onderhoudspersoneel. Uit de vergelijking bij het onderhoudspersoneel kunnen in het transversale onderzoek geen conclusies worden getrokken over een hoger WAO-risico voor ploegendienstwerkers, omdat er geen consistent patroon naar voren komt. Nederlandse mannen jonger dan 45 jaar hebben in de ploegendienst een hoger WAO-toetredingsrisico, maar bij 45 t/m 54-jarigen is dit net andersom, wellicht als gevolg van een selectieproces, waarbij mensen met een slechtere gezondheid op een gegeven moment van de ploegendienst zullen overgaan naar de dagdienst. Degenen die overblijven in de ploegendienst zullen relatief gezond zijn (zie ook paragraaf 3.3.5).

2.3.4 Diagnoses

De diagnoses van de ziektes die geleid hebben tot arbeidsongeschiktheid zijn nader onderzocht. In eerste instantie is hiervoor een indeling gebruikt die ook bij het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor (GAK) en de Gemeenschappelijk Medische Dienst wordt gehanteerd (indeling in hoofd-diagnosegroepen uit de ICD-9). In een tweede analyse is een iets andere indeling gemaakt: enkele diagnosecategorieën die zeer weinig voorkomen zijn samengevoegd, terwijl enkele grote categorieën zijn opgesplitst. Dit heeft geresulteerd in 16 diagnoseclusters.

In tabel 3 zijn de voor leeftijd gestandaardiseerde cijfers (SDR's) gepresenteerd, voor verschillende groepen, met als standaard alle mannen bij het bedrijf.

Tabel 3 Standardized Disability Ratio's (SDR's) voor mannen, naar diagnose, personeelscategorie en nationaliteit

Diagnose- cluster	Bedrijfspersoneel		Onderhouds- personeel	Leiding en staf
	Ned. mannen	Buitenl. mannen	Ned. mannen	Ned. mannen
1 neoplasmata (kanker)	1.0	<u>1.7</u>	0.9	0.9
2 psychische problemen	1.4	1.0	<u>0.8</u>	<u>0.8</u>
3 neurologische stoornissen	<u>1.4</u>	<u>1.8</u>	<u>0.9</u>	<u>0.6</u>
4 circulatie (vaataandoeningen)	1.1	0.8	1.0	1.0
5 ischaemisch (hartinfarcten)	1.3	0.9	1.0	<u>0.8</u>
6 ademhalingsstoornissen	<u>1.2</u>	<u>3.6</u>	1.2	<u>0.4</u>
7 peptisch (maagzweren)	1.3	<u>2.8</u>	0.9	<u>0.4</u>
8 maag/darmstoornissen	1.0	<u>3.0</u>	1.1	<u>0.7</u>
9 enkel/knie/banden	<u>1.5</u>	1.2	1.2	<u>0.4</u>
10 HNP (hernia)	<u>1.6</u>	1.1	<u>1.2</u>	<u>0.4</u>
11 overige nek/rug	<u>1.5</u>	<u>3.1</u>	<u>1.4</u>	<u>0.3</u>
12 overige beweging	<u>1.5</u>	1.4	1.1	<u>0.4</u>
13 bedrijfsongeval	<u>1.7</u>	1.0	1.0	<u>0.3</u>
14 huis/sportongeval	1.4	1.0	1.3	<u>0.6</u>
15 verkeersongeval	1.2	<u>2.2</u>	1.4	<u>0.2</u>
16 restgroep	1.1	<u>2.7</u>	0.8	<u>0.6</u>
Totaal	<u>1.4</u>	<u>1.6</u>	1.0	0.6

— wijkt significant af van één (getoetst door middel van het berekenen van betrouwbaarheidsintervallen)

Onderaan uit de SDR's voor alle WAO-toetredingen blijkt nog eens dat buitenlandse mannen bij het bedrijfspersoneel het hoogste WAO-risico hebben. Het WAO-risico voor buitenlandse mannen is 1.6 keer zo hoog als het gemiddelde risico van de mannen bij het bedrijf (standaard). Ook Nederlandse mannen hebben in vergelijking met de standaard een hoog risico. Leiding- en stafpersoneel heeft het laagste risico en onderhoudspersoneel neemt een tussenpositie in, dat precies op het gemiddelde ligt van alle mannen bij het bedrijf.

Het hoge risico voor buitenlands bedrijfspersoneel blijkt bij uitsplitsing naar diagnoseclusters met name te gelden voor ademhalingsstoornissen, maagzweren, maag/darmstoornissen, nek- en rugklachten met uitzondering van HNP, verkeersongevallen en de restgroep.

Nederlandse mannen bij het bedrijfspersoneel hebben een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid ten gevolge van aandoeningen van de bewegingsorganen (clusters 9-12) en bedrijfsongevallen. Verder heeft het bedrijfspersoneel een verhoogde kans op afkeuring wegens psychische stoornissen, neurologische of zintuigstoornissen, hartinfarcten en ademhalingsstoornissen. Het totale WAO-toetredingsrisico is voor bedrijfspersoneel ruim twee maal zo hoog (1.4 : 0.6) als voor leiding- en stafpersoneel.

Hoewel de WAO-toetredingsrisico's voor Nederlands onderhoudspersoneel iets lager zijn, is het algemene beeld vergelijkbaar met dat van Nederlands bedrijfspersoneel. Het meest opvallende verschil is dat de kans op psychische stoornissen voor bedrijfspersoneel veel hoger is. Ook heeft onderhoudspersoneel minder risico op arbeidsongeschiktheid wegens bedrijfsongevallen, aandoeningen van de bewegingsorganen en neurologische of zintuigstoornissen.

2.3.5 Bezetting 1974 en nieuwkomers

Om te kunnen achterhalen in hoeverre en op welke wijze nieuwkomers de onderzoeksresultaten bij een transversale onderzoeksopzet vertekenen, is een vergelijking gemaakt tussen de mensen die op 31 december 1974 in dienst waren, en mensen die tussen 1974 en 1985 in dienst zijn gekomen.

Nieuwkomers zijn gemiddeld jonger dan de bezetting 1974; ruim 60% van de persoonsjaren van de nieuwkomers valt in de leeftijdsklasse tot 29 jaar, terwijl bij de bezetting 1974 75% ouder dan 30 jaar is. Mannen die reeds in 1974 in dienst waren, hebben een lager WAO-toetredingsrisico dan nieuwkomers. Bij nader onderzoek blijkt dit geen algemeen verschijnsel te zijn (tabel 4). In tabel 4 is een onderverdeling gemaakt naar personeelscategorie (mannen). Bedrijfspersoneel is verder onderverdeeld naar nationaliteit en onderhoudspersoneel naar dienstrooster. Alleen resultaten van de mannelijke onderzoeksgroep zijn gepresenteerd (zie rapport "Evaluatie van epidemiologische onderzoeksmethoden").

Tabel 4 Voor leeftijd gestandaardiseerde arbeidsongeschiktheidsrisico's (SDR's) voor vijf subgroepen met uitsplitsing naar 'bezetting 74' en nieuwkomers

Personeels- categorie Populatie	Bedrijfs- personeel		Onderhouds- personeel		Leiding/staf- personeel	Totaal
	B*	N	PD	DD		
Cohort 1974	<u>1.6</u>	<u>1.3</u>	<u>1.1</u>	1.0	<u>0.6</u>	1.0
Nieuwkomers	<u>2.3</u>	<u>1.4</u>	<u>0.9</u>	<u>0.7</u>	<u>0.3</u>	1.2
Totaal	<u>1.8</u>	<u>1.3</u>	<u>1.1</u>	1.0	<u>0.6</u>	1.0

* B - buitenlanders

N - Nederlanders

PD - ploegendienst

DD - dagdienst

___ wijkt significant af van één

Uit het totaalcijfer in de meest rechtse kolom blijkt dat nieuwkomers een hoger risico op arbeidsongeschiktheid lopen dan de personen die reeds in 1974 in dienst waren (cohort 1974). Bij uitsplitsing naar personeelsgroepen blijkt dat dit feitelijk alleen bij bedrijfspersoneel het geval is, en dan met name bij buitenlanders. Bij onderhoudspersoneel en leiding- en stafpersoneel hebben de nieuwkomers een lager risico.

Uit de onderste rij SDR's wordt (wederom) duidelijk dat tussen de vijf onderscheiden subgroepen grote verschillen in WAO-risico bestaan. De SDR's zijn van hoog naar laag gerangschikt. Buitenlanders bij bedrijfs- personeel hebben de hoogste en mannen bij leiding- en stafpersoneel de laagste risico's. De verhouding hierbij is ongeveer 3:1. De rangorde van de SDR's bij 'bezetting 74' en de nieuwkomers komt overeen met het totaal.

Ruim 80% van de geobserveerde persoonsjaren wordt geleverd door mannen die eind 1974 al in dienst waren. Hierdoor zullen de nieuwkomers slechts een geringe invloed kunnen uitoefenen op de hoogte van de WAO-risico's. In tabel 4 blijkt dat slechts bij buitenlands bedrijfspersoneel het WAO-risico van het cohort uit 1974 afwijkt van het totaal.

3 COHORTONDERZOEK VAN WAO-TOETREDINGEN

3.1 Doelstelling

De doelstelling van het cohortonderzoek is enerzijds meer inzicht te krijgen in WAO-toetredingsprocessen en de factoren die hierop van invloed zijn. Anderzijds is in het cohortonderzoek geprobeerd een beleidsmatig bruikbaar onderzoeksinstrument te ontwikkelen. Aan dit laatste punt wordt in paragraaf 3.4 aandacht besteed.

3.2 Materiaal en methode

Bij het bedrijf zijn vanaf 1975 gegevens opgeslagen over WAO-toetredingen. Aangezien tevens gegevens bewaard zijn over de personeelsbezetting, is het mogelijk geworden om een zogenaamd retrospectief cohortonderzoek uit te voeren. Het personeel dat eind 1974 in actieve dienst was, is gevolgd tot eind 1985. Het personeel is in verschillende cohorten ingedeeld op basis van persoons- en functiekenmerken ten tijde van het begin van de observatieperiode op 31 december 1974. Het gaat hierbij om gegevens over geslacht, nationaliteit, personeelscategorie, functiegroep en dienstrooster. Met een speciaal computerprogramma is tevens berekend hoeveel mutaties zoals WAO-toetreding, ontslag, overlijden en dergelijke in bepaalde leeftijdscategorieën vallen. Tevens is berekend hoeveel jaren het personeel in een bepaald cohort en leeftijdscategorie in actieve dienst is geweest: de zogenaamde persoonsjaren. Op basis van WAO-toetredingen en persoonsjaren worden WAO-risico's berekend (de zogenaamde incidentie-rates die uitgedrukt worden in aantal WAO per 1000 persoonsjaren). De rates vormen de basisgegevens voor de berekeningen van rate-ratio's, gestandaardiseerde ratio's (SDR'S) en cumulatieve WAO-risico's.

3.3 Resultaten

3.3.1 Verdeling over eindtermen

Van de 22.317 personen die op 31 december 1974 in actieve dienst waren bij het bedrijf, is nagegaan wat hun situatie was op 31 december 1985. Dit wordt in het onderzoek uitgedrukt als 'de eindterm' die iemand heeft bereikt. Mogelijke eindtermen zijn: actieve dienst, overleden, ontslag, pensioen, VUT, SOP (Sociaal plan met mogelijkheid voor vervroegde uit-treding op een leeftijd van 57,5), WAO (geheel of gedeeltelijk).

Aan het eind van de onderzochte periode blijkt bij de mannen nog 47% in actieve dienst te zijn bij het bedrijf (vierde kolom tabel 5); 16% heeft het bedrijf verlaten via ontslag op eigen verzoek, en 14% via VUT, SOP of pensioen. In totaal is 20% van de mannelijke bezetting 1974 arbeids-ongeschikt geworden.

Voor vrouwen liggen deze getallen anders, onder meer omdat vrouwen veelvuldiger ontslag op eigen verzoek nemen (64%), terwijl 24% van de vrouwen eind 1985 nog in actieve dienst is; 9% wordt arbeidsongeschikt.

Tabel 5 Verdeling over de eindtermen naar personeelscategorie.

Eindterm	Bedrijfs- personeel	Onderhouds- personeel	Leiding- en Staf	Totaal mannen	Totaal vrouwen
Actief op 31 december 1985	39	54	53	47	24
Rest (ontslag, overleden)	4	2	3	3	1
Ontslag op eigen verzoek	21	14	10	16	64
Pensioen, VUT, SOP	12	11	20	14	2
WAO	24	19	14	20	9
	100%	100%	100%	100%	100%

Uit tabel 5 blijkt verder dat het verloop (= 100% - actief 1985) bij het bedrijfspersoneel hoger is dan bij alle mannen. Dit komt voornamelijk door een hoger percentage ontslag op eigen verzoek en een hoger percentage WAO-ers. Met name de buitenlanders bij het bedrijfspersoneel nemen veelvuldiger ontslag op eigen verzoek (niet in de tabel).

Bij het onderhoudspersoneel is het verloop 15% lager dan bij bedrijfspersoneel. Eind 1985 is nog 54% in dienst. Wanneer ploegendienst apart wordt beschouwd (niet in de tabel), blijkt dat hier meer mutaties zijn, met name door een hoger WAO-toetredingspercentage. Toch is ook bij de ploegendienstwerkers nog 51% in dienst op 31 december 1985.

Bij het leiding- en stafpersoneel is eind 1985 nog 53% in actieve dienst, beduidend meer dan bij het bedrijfspersoneel. Ook zijn er bij het leiding- en stafpersoneel meer mensen die, al dan niet vervroegd, met pensioen gaan.

3.3.2 WAO-toetredingsrates

De WAO-toetredingsrates zijn berekend voor verschillende personeelscategorieën, onderverdeeld naar leeftijd en geslacht. In totaal komen er 4032 mannen in de WAO tijdens de onderzoeksperiode, op een totaal van 158.849 persoonsjaren. Dit levert een WAO-rate op van 25 per 1000 persoonsjaren, of wel 1 op 40 persoonsjaren. Dit betekent dat er tijdens de onderzoeksperiode gemiddeld per jaar één op de veertig mannen geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is geworden. Bij vrouwen ligt dit getal lager, namelijk 17 op 1000 persoonsjaren. Dit komt enerzijds omdat vrouwen al bij 60 jaar gepensioneerd worden, anderzijds omdat bij het bedrijf voornamelijk jongere vrouwen werken. In totaal komen er 144 vrouwen in de WAO.

Tabel 6 WAO-rates per personeelscategorie uitgesplitst naar geslacht en leeftijdscategorieën en Standardized Disability Ratio's (SDR)

Personeelscategorie	15-29	30-44	45-54	55-59	60-64	SDR
<u>Mannen</u>						
Bedrijfspersoneel	13	20	36	82	177	1.4
Onderhoudspersoneel	6	12	33	75	158	1.1
Leiding en staf	1	5	16	45	90	0.6
Totaal mannen	8	13	26	63	134	
<u>Vrouwen</u>						
Leiding en staf	3	8	18	48	0	0.5
Schoonmaakpersoneel	24	32	49	111	0	1.6
Totaal vrouwen	6	21	34	65	0	

Rates uitgedrukt in aantal per 1000 persoonsjaren

Bij de mannen blijkt het bedrijfspersoneel de hoogste rates te hebben in alle leeftijdscategorieën. Mannen bij het leiding- en stafpersoneel hebben de laagste rates. Onderhoudspersoneel ouder dan 45 jaar heeft bijna even hoge rates als bedrijfspersoneel boven de 45 jaar. In de jongste leeftijdscategorieën heeft onderhoudspersoneel echter een lager risico. Uit de SDR's die praktisch gelijk zijn aan die uit het transversale onderzoek blijkt nog eens dat bedrijfspersoneel het hoogste en leiding- en stafpersoneel het laagste risico heeft.

Uit de SDR's bij vrouwen, waarbij alle vrouwen als standaard zijn genomen, blijkt dat schoonmaakpersoneel een veel hoger risico heeft dan leiding- en stafpersoneel. De rates van vrouwen bij leiding- en stafpersoneel zijn praktisch gelijk aan die van hun mannelijke collega's.

3.3.3 Volledige en gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid

In totaal zijn er gedurende de observatieperiode 4176 personen arbeidsongeschikt geworden bij het bedrijf (over een totaal aantal persoonsjaren van 167.341). Hiervan was 71% (2977 personen) volledig arbeidsongeschikt. Bij de GMD-populatie is ongeveer 83% volledig arbeidsongeschikt.

Bij het onderhoudspersoneel en mannelijk leiding- én stafpersoneel komt in verhouding veel gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid voor. Bedrijfspersoneel is verhoudingsgewijs iets vaker volledig arbeidsongeschikt, evenals vrouwen bij het leiding- en stafpersoneel en het schoonmaakpersoneel.

3.3.4 Cumulatief WAO-risico

Op basis van WAO-rates is het cumulatief WAO-risico berekend. Dit is de kans dat iemand ooit geheel of gedeeltelijk in de WAO dreigt te komen voor het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Daarbij wordt aangenomen dat men niet voor het 65e jaar uit dienst treedt of overlijdt. Deze kans is dus theoretisch. De grootste kracht van de cumulatieve risico's zit in de relatieve hoogte: ze vormen een goede maat om groepen te vergelijken. In tabel 7 staan cumulatieve risico's voor een aantal leeftijden weergegeven.

Tabel 7 Cumulatief WAO-risico per personeelscategorie

Levensjaar percentage	30e %	45e %	55e %	60e %	65e %
Bedrijfspersoneel	12	35	55	71	89
Onderhoudspersoneel	6	21	44	62	84
Leiding en staf (mannen)	1	8	22	46	66
Mannen totaal	8	24	42	58	79
GMD 1980 (mannen)	9	32	47	67	80

In de praktijk zal het WAO-risico voor degenen ouder dan 55 jaar lager zijn dan hier vermeld door het concurrerend effect van VUT- en SOP-regelingen. Indien dergelijke vervroegde uitredingsregelingen er niet zouden zijn, dan zouden de cijfers op den duur niet alleen maar theoretisch zijn maar ook empirisch kunnen worden vastgesteld.

Aan de cumulatieve risico's voor het 55e jaar kan echter, onder de aanname dat de WAO-risico's over een lange periode van enkele tientallen jaren geldig zouden blijven, ook absolute betekenis worden toegekend. Immers, personen die ontslag nemen of ontslagen worden, zullen voornamelijk buiten het bedrijf weer als loontrekker worden aangenomen. Uit de GMD-cijfers (loontrekkende mannen) blijkt dat ze daar aan minstens zulke grote WAO-risico's zijn blootgesteld als bij het bedrijf. Het lijkt dan ook juist om als conclusie te stellen dat ongeveer 40% van het personeel voor het 55e jaar een verminderde verdien capaciteit heeft, resulterend in een al dan niet tijdelijke, gehele of gedeeltelijke WAO-uitkering.

Het cumulatieve risico voor alle mannen bij het bedrijf bedraagt 79%. Dit betekent dat, indien de WAO-risico's tijdens de observatieperiode van 1975-1985 zouden gelden voor een langere periode, 79% van de mannen tijdens hun arbeidsleven (van 20 tot 65 jaar) geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt wordt.

Ter vergelijking zijn de cumulatieve risico's van de GMD (loontrekkenden mannen van 1980) berekend. Het blijkt dat het landelijke cumulatieve risico om voor het 65e jaar arbeidsongeschikt te worden gelijk is aan dat bij het bedrijf. Bij vergelijking van cumulatieve risico's op lagere

leeftijden komt het bedrijf iets gunstiger tevoorschijn. Geconcludeerd kan worden dat bij het bedrijf uiteindelijk evenveel mensen arbeidsongeschikt worden als landelijk, maar dat de gemiddelde leeftijd waarop mensen arbeidsongeschikt worden bij het bedrijf hoger ligt.

3.3.5 Diagnoses

Ook in het cohortonderzoek is een onderscheid gemaakt naar de diagnoses van de ziektes die geleid hebben tot arbeidsongeschiktheid. Hierin zijn geen afwijkingen van de bevindingen uit het transversale onderzoek geconstateerd. Een indeling naar personeelscategorie laat nagenoeg identieke resultaten zien.

Bij bedrijfs-, onderhouds- en leiding- en stafpersoneel is onderscheid gemaakt naar functiegroepklasse. Bij elke personeelscategorie zijn drie functiegroepklassen. De personen zijn daarin ingedeeld op basis van hun functiegroep op 31 december 1974. Vergelijkingen tussen functiegroepklassen zijn alleen gemaakt binnen personeelscategorieën, omdat gelijke functiegroepen in verschillende personeelscategorieën sterk kunnen verschillen naar werk en arbeidsomstandigheden.

Er zijn analyses uitgevoerd op het niveau van functiegroepklassen en dienstrooster. De belangrijkste resultaten staan hieronder vermeld. Wanneer een risico op een bepaalde aandoening wordt vermeld, wordt steeds bedoeld het risico op arbeidsongeschiktheid vanwege die aandoening.

Bedrijfspersoneel

Bij het bedrijfspersoneel is voor vier diagnosecategorieën onderzocht of er verschil in WAO-toetredingsrisico is tussen functiegroepen.

In tabel 8 staan de resultaten weergegeven voor Nederlandse mannen.

Tabel 8 SDR's voor enkele diagnosecategorieën voor Nederlandse mannen bij bedrijfspersoneel uitgesplitst naar functiegroepklasse

Diagnose	Functiegroepklasse		
	I	II	III
Psychisch	<u>1.5</u>	<u>1.3</u>	1.0
Hart en vaat	1.0	<u>1.2</u>	<u>1.5</u>
Bewegingsorganen	<u>1.8</u>	<u>1.4</u>	<u>1.6</u>
Rest	<u>1.4</u>	<u>1.2</u>	1.2
Totaal	<u>1.4</u>	<u>1.3</u>	<u>1.3</u>

___ wijkt significant af van één

Bij uitsplitsing naar functiegroepklasse worden enkele opvallende verschillen gevonden. In de diagnosecategorie psychische stoornissen hebben personen in de laagste functiegroepklasse een veel hoger risico dan personen in functiegroepklasse III. Functiegroepklasse II neemt een tussenpositie in. Bij de diagnosecategorie hart- en vaatziekten liggen de risico's precies tegengesteld: functiegroepklasse I heeft een veel lager risico dan functiegroepklasse III. Met betrekking tot klachten aan het bewegingsapparaat worden in alle drie de functiegroepklassen verhoogde risico's gevonden. Voor buitenlands bedrijfspersoneel is een soortgelijke analyse uitgevoerd (tabel 9).

Tabel 9 SDR's voor enkele diagnosecategorieën voor buitenlandse mannen bij bedrijfspersoneel uitgesplitst naar functiegroepklasse

Diagnose	Functiegroepklasse		
	I	II	III
Psychisch	<u>1.4</u>	1.1	0.6
Hart en vaat	<u>1.0</u>	1.1	0.7
Bewegingsorganen	<u>1.4</u>	<u>2.2</u>	<u>3.0</u>
Ademhaling	<u>3.5</u>	<u>2.6</u>	<u>5.7</u>
Rest	<u>2.6</u>	<u>1.5</u>	<u>3.3</u>
Totaal	<u>1.8</u>	<u>1.6</u>	<u>2.2</u>

___ wijkt significant af van één

Bij psychische stoornissen komt hetzelfde patroon naar voren als bij de Nederlanders: de laagste functiegroepklasse heeft het hoogste risico en de hoogste functiegroepklasse het laagste risico. De verhoogde risico's

op ademhalingsstoornissen, aandoeningen van de bewegingsorganen en de overige diagnoses (rest) komen in alle drie de functiegroepklassen voor. Het WAO-toetredingsrisico over alle diagnosegroepen samen is in elke functiegroepklasse hoger vergeleken met Nederlandse werknemers.

Onderhoudspersoneel

Voor onderhoudspersoneel is het verschil tussen functiegroepen geanalyseerd voor personeel in ploegendienst en personeel in dagdienst.

Tabel 10 SDR's voor enkele diagnosecategorieën voor onderhoudspersoneel in ploegendienst uitgesplitst naar functiegroepklasse

Diagnose	Functiegroepklasse		
	I	II	III
Psychisch	1.1	0.9	1.0
Hart en vaat	1.3	1.2	1.3
Ademhaling	<u>3.2</u>	<u>1.7</u>	0.6
Bewegingsorganen	<u>2.4</u>	<u>1.6</u>	1.0
Rest	1.2	1.2	1.1
Totaal	<u>1.6</u>	<u>1.3</u>	1.0

___ wijkt significant af van één

Er blijkt een duidelijk verhoogd risico te bestaan op ademhalingsstoornissen en aandoeningen van de bewegingsorganen bij ploegendienstwerkers in functiegroepklasse I, en in iets minder sterke mate voor functiegroepklasse II. Dit is specifiek voor ploegendienstwerkers, zoals blijkt uit tabel 11 waarin de SDR's voor dagdienstpersoneel staan.

Tabel 11 SDR's voor enkele diagnoses voor onderhoudspersoneel in dagdienst uitgesplitst naar functiegroepklasse

Diagnose	Functiegroepklasse		
	I	II	III
Psychisch	1.1	0.9	<u>0.5</u>
Hart en vaat	<u>1.7</u>	0.7	<u>0.8</u>
Ademhaling	1.0	1.1	0.7
Bewegingsorganen	0.9	1.1	1.0
Rest	0.9	0.9	0.9
Totaal	1.1	1.0	0.8

___ wijkt significant af van één

Opvallend bij dagdienstpersoneel is het lage risico op psychische stoornissen voor mensen in functiegroepklasse III, en het hoge risico op hart- en vaatziekten in functiegroepklasse I, zeker in vergelijking met het relatief lage risico in functiegroepklasse II en III.

Uit vergelijking van de SDR's voor het totaal van alle WAO-toetredingen voor ploegendienst en dagdienst blijkt dat ploegendienstwerkers in alle functiegroepklassen een hoger risico hebben. Deze bevinding is in het cohortonderzoek meer uitgesproken dan in de transversale analyses. Voor het beoordelen van de effecten van belastende factoren in de arbeid op lange termijn, is cohortonderzoek een betere onderzoeksmethode. Geconcludeerd kan worden dat ploegendienstpersoneel een hoger arbeidsongeschiktheidsrisico heeft dan dagdienstpersoneel. Uit de diagnosecategorieën blijkt dat dit met name geldt ten aanzien van ademhalingsstoornissen en ziekten van het bewegingsapparaat.

Leiding- en stafpersoneel

Bij mannen bij het leiding- en stafpersoneel is voor alle diagnosecategorieën, met uitzondering van ongevallen thuis, sport- en bedrijfsongevallen, steeds het WAO-risico het hoogst voor lage functiegroepen en het laagst voor hoge functiegroepen.

3.3.6 Afdelingsclusters

Voor het bedrijfspersoneel is een indeling gemaakt naar acht verschillende afdelingsclusters. Dat zijn groepjes van 2-5 fabrieken. Uit de opsplitsing komt naar voren dat het WAO-risico voor bedrijfspersoneel bij alle afdelingsclusters hoger is dan het gemiddelde WAO-risico van alle mannen bij het bedrijf, met uitzondering van het bedrijfspersoneel bij de stafdiensten. Dit geldt zowel voor Nederlanders als voor buitenlanders. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het hogere risico op arbeidsongeschiktheid bij bedrijfspersoneel een algemeen verschijnsel is, waarvan de oorzaak niet gezocht kan worden bij één of enkele afdelingsclusters. Het is alleen mogelijk om enkele afdelingsclusters aan te wijzen die in de lagere functiegroepen een verhoogd risico te zien geven.

3.4 Vergelijking van de transversale en de cohort-methode

Bij onderzoek naar arbeidsongeschiktheid hangt het onder meer van de vraagstelling af welke onderzoeksopzet de voorkeur heeft. Indien de vraagstelling gericht is op de rol van arbeid als oorzaak van ziekte op langere termijn kan het beste gekozen worden voor een longitudinale onderzoeksopzet. Longitudinaal wil zeggen dat mensen in de tijd worden gevolgd.

Het cohortonderzoek is een vorm van longitudinaal onderzoek. Hierbij zijn mensen in groepen (= cohorten) ingedeeld op basis van de personeelscategorie waartoe zij behoorden op 31 december 1974. Vervolgens is nagegaan wat de lotgevallen van de mensen zijn in de periode tot 31 december 1985.

Wanneer de vraagstelling van het onderzoek meer gericht is op de rol van de arbeidsbelasting bij de vaststelling of iemand arbeidsongeschikt is, dan verdient een transversaal onderzoek de voorkeur. Hierbij wordt nagegaan wat iemands arbeidssituatie is op het moment van arbeidsongeschikt worden.

Naast de vraagstelling speelt ook de aanwezigheid en de aard van de gegevens een rol bij de keuze voor een onderzoeksontwerp. Bij cohortonderzoek dienen over een periode van vele jaren gegevens per individu aanwezig en toegankelijk te zijn. Bij het onderzochte bedrijf worden jaarlijks talrijke gegevens opgeslagen en bewaard met betrekking tot indiensttredingen, uitdiensttredingen, mutaties in werk, inkomen, etc. en personeelsgegevens op het eind van het kalenderjaar, waardoor cohortonderzoek mogelijk is. Veelal zijn bij bedrijven dergelijke historische bestanden niet aanwezig, omdat er bijvoorbeeld geen uitgebreide administraties zijn opgezet, of omdat historische gegevens worden vernietigd. Cohortonderzoek veronderstelt bovendien gegevens op individueel niveau. Bij transversaal onderzoek worden minder hoge eisen aan de gegevens gesteld. Soms kan worden volstaan met gegevens op groepsniveau. Daardoor is WAO-onderzoek in veel meer bedrijven uit te voeren als de transversale methode gebruikt kan worden.

De transversale benadering biedt tevens de mogelijkheid om de ontwikkeling van arbeidsongeschiktheidsrisico's van jaar tot jaar te bestuderen (trendonderzoek). Het is daarmee de aangewezen analysetechniek om veranderingen in werk, arbeidsomstandigheden en sociaal beleid te evalueren op hun effecten met betrekking tot arbeidsongeschiktheid.

De resultaten van het cohortonderzoek en het transversale onderzoek wijken niet veel van elkaar af. Wel is er een verschil in WAO-toetredingsrisico tussen mensen die in 1974 al in dienst waren en nieuwkomers (zie paragraaf 2.3.5), maar doordat het aantal nieuwkomers klein is ten opzichte van de bezetting '74 is de invloed hiervan op de resultaten gering. Voor bedrijven die te maken hebben met sterke uitbreiding van personeel moet rekening worden gehouden met het feit dat de invloed die "nieuwkomers" op de resultaten hebben, aanzienlijk kan zijn.

Geconcludeerd kan worden dat een transversale onderzoeksopzet goed bruikbaar is en wetenschappelijk gezien juiste resultaten oplevert.

4 WERKHERVATTING NA LANGDURIGE ZIEKTE

4.1 Inleiding

Uit de hiervoor beschreven onderzoeken komt naar voren dat er grote verschillen bestaan in kans op WAO-toetreding. In analogie daarmee is nagegaan wat voor de verschillende personeelscategorieën de kans is op ziekteverzuim van minimaal vier weken. Vervolgens wordt nagegaan hoe lang de ziekteduur is en welke vormen van werkhervatting voorkomen bij de verschillende personeelscategorieën en bij verschillende aandoeningen.

4.2 Materiaal en methode

Het onderzoek is uitgevoerd onder alle werknemers die op 31-12-1984 in actieve dienst waren, in 1985 in dienst zijn gebleven en op 31-12-1984 niet of korter dan 28 dagen ziek waren. In totaal zijn dit 16.667 personen. De observatieperiode beslaat het gehele jaar 1985; dat wil zeggen van alle mensen is onderzocht of zij in 1985 tenminste eenmaal minimaal 28 kalenderdagen verzuimden. Alle mensen uit deze groep die in 1985 tenminste eenmaal minimaal 28 dagen verzuimden zijn in de onderzochte groep "langverzuimers" opgenomen. Elke langverzuimer is nog 11 maanden na de eerste peildatum onderzocht.

Bij het berekenen van de gemiddelde ziekteduur wordt uitgegaan van de totale ziekteduur (in kalenderdagen) op het moment van herstel, op voorwaarde dat de herstelperiode tussen twee opeenvolgende ziektegevallen minimaal 29 dagen bedraagt. Wanneer iemand herstelt, maar binnen 30 dagen weer ziek wordt, gaat de opbouw van het Ziektewetjaar door. Dit houdt in dat voor de Ziektewet de ziekteverzuimperiodes, die afgewisseld worden met werkhervattingsperiodes van minder dan vier weken, aan elkaar worden gekoppeld, zodat iemand na 365 dagen ziekte (al dan niet aaneengesloten) eventueel WAO-gerechtigd wordt. In het onderhavige onderzoek worden ziektegevallen met een herstelperiode van minder dan 30 dagen eveneens aan elkaar gekoppeld en als één geval beschouwd.

De persoons- en functiegegevens zijn gemeten op 31 december 1984. De indeling in groepen is geschied aan de hand van de volgende variabelen: leeftijd (-29, 30-39, 40-49 en \geq 50 jaar), geslacht, nationaliteit (Nederlanders en buitenlanders), dienstrooster (ploegendienst en dagdienst) en personeelscategorie (bedrijfspersoneel, onderhoudspersoneel, schoonmaakpersoneel en leiding- en stafpersoneel).

Verschillende mogelijkheden van reïntegratie zijn onderzocht. Reïntegratie wil in dit geval zeggen: werkhervatting waarbij een één of andere vorm van interventie is gepleegd om de werkhervatting mogelijk te maken. Het betreft hier alleen formele reïntegratie-pogingen die bij de Verzekeringsgeneeskundige afdeling (VGA) bekend waren, omdat alleen deze pogingen in de geautomatiseerde gegevensbestanden worden opgeslagen.

Eén van deze formele reïntegratie-pogingen is tewerkstelling in de revalidatie-werkplaats. Hier worden mensen in de gelegenheid gesteld na een periode van langdurige ziekte terug te komen in betaalde arbeid. Het is de bedoeling dat men, na enige tijd in de revalidatie-werkplaats te hebben gewerkt, voldoende is gerevalideerd om elders in het bedrijf weer aan de slag te kunnen. De revalidatie-werkplaats is vooral van belang bij reïntegratie van personeel in uitvoerende functies (productie en onderhoud).

Een tweede reïntegratiemogelijkheid is via aangepast werk. Dit houdt in dat men terugkomt op de eigen afdeling, maar in ander werk, of in het eigen werk met minder taken. Dit wordt officieel geregeld na tussenkomst van de verzekeringsgeneeskundige afdeling. Bij aangepast werk wordt het ziektegeval niet afgesloten zodat er na een jaar eventueel aanspraak gemaakt kan worden op (gedeeltelijke) WAO.

De derde mogelijkheid tenslotte, die hier is onderzocht, is gedeeltelijk herstel. Dit houdt in dat men, als overgangsmaatregel, het eigen werk hervat voor een gedeelte van de werktijd.

Er zijn ook verschillende "informele" vormen van reïntegratie mogelijk, bijvoorbeeld op grond van mondelinge afspraken, informele regelingen

e.d. Deze zijn niet in dit onderzoek betrokken, omdat ze niet worden vastgelegd. Die gevallen in dit onderzoek die worden aangeduid als 'werkherovating' zullen een onbekend aantal informele reïntegratiepogingen bevatten.

Op vijf verschillende peildata is de werkherovattingsstatus van de langdurig zieken nagegaan. De peildata zijn genomen op de volgende momenten:
 peildatum 1 - cohortdatum, dat wil zeggen het eind van de maand waarop iemand minimaal 28 en maximaal 59 dagen ziek is

peildatum 2 - twee maanden na peildatum 1

peildatum 3 - vijf maanden na peildatum 1

peildatum 4 - acht maanden na peildatum 1

peildatum 5 - elf maanden na peildatum 1

4.3 Resultaten

4.3.1 Kans op vier weken ziekte

De eerste onderzoeksvraag luidt: "Hoe groot is de kans op (minimaal) vier weken ziekte per personeelscategorie".

Tabel 12 Kans op vier weken ziekte per personeelscategorie

Personneelscategorie	subgroep	kans
Bedrijfspersoneel	Nederlandse mannen	26%
	Buitenlandse mannen	44%
	Vrouwen	42%
	Totaal	30%
Onderhoudspersoneel	ploegendienst	23%
	dagdienst	16%
	totaal	19%
Leiding & staf	mannen	9%
	vrouwen	17%
	totaal	10%
Schoonmaakpersoneel		45%
Totaal		20%

Van de 16.667 werknemers die bij dit onderzoek zijn betrokken, zijn er in 1985 3.315 met minimaal 1 ziektegeval van 28 dagen of langer (= 20% van de actieve bezetting).

Het grootste aantal langverzuimers (procentueel) is te vinden bij het schoonmaakpersoneel: 45% van de actieve bezetting is in 1985 minimaal één maal langdurig ziek geweest. Ook onder vrouwen bij het bedrijfspersoneel komt een hoog percentage langverzuimers voor. De absolute aantallen zijn echter klein bij deze groepen.

Opvallend is een aantal verschillen binnen personeelscategorieën. Bij het bedrijfspersoneel is er een aanzienlijk verschil tussen de kans op langverzuim van Nederlandse mannen enerzijds (26%), tegenover de kans op langverzuim voor vrouwen (42%) of buitenlandse mannen (44%). Bij het onderhoudspersoneel is er een verschil in kans van bijna 7% tussen ploegendienstwerkers en dagdienstwerkers (23% tegenover 16%). Bij het leiding- en stafpersoneel tenslotte is de kans op langverzuim voor vrouwen bijna twee maal zo hoog als voor mannen (17% en 9%).

4.3.2 Verdeling over diagnoseclusters

De tweede onderzoeksvraag luidt als volgt: "Wat is, gegeven minimaal vier weken ziekte, de kans per personeelscategorie op verschillende aandoeningen".

Tabel 13 Percentuele verdeling van de ziektegevallen met een duur van vier weken of meer per personeelscategorie (mannen)

	Bedrijfspersoneel		Onderhoudspersoneel		Leiding- en staf Mannen	TOT
	NM*	BM	PD	DD		
Psychische aan- doeningen	12%	7%	14%	10%	16%	12%
Ademhalings- stoornissen	13%	17%	12%	10%	9%	13%
Aandoeningen van nek/rug	14%	15%	10%	11%	8%	13%
Aandoeningen van enkels/ knieën/banden	12%	9%	11%	15%	7%	11%
Bedrijfs/sport/ verkeers onge- vallen	15%	8%	20%	21%	11%	15%
Hernia	2%	2%	2%	1%	4%	2%
Ischaemische hartziekten	2%	0%	0%	3%	4%	2%
Circulatie- stoornissen	3%	2%	2%	2%	4%	3%
Neoplasmata	1%	0%	1%	1%	2%	1%
Rest	26%	40%	28%	26%	35%	28%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

* NM - Nederlandse mannen
 BM - buitenlandse mannen
 PD - ploegendienst
 DD - dagdienst
 TOT- totaal van alle mannen

In de tabel zijn alleen de gegevens van mannen opgenomen. Het aantal vrouwen is namelijk bij de onderverdeling naar diagnose per cel erg klein. Hierdoor ontstaan grote toevalsfluctuaties, waardoor de gegevens moeilijk te interpreteren zijn. Bij de diagnoses is een indeling in 16 diagnoseclusters gehanteerd (niet alle aandoeningen zijn in de tabel weergegeven).

De helft van de mannen die vier weken of langer ziek zijn geweest, vallen in vijf diagnoseclusters waarin meer dan 10% van de diagnoses vallen: Psychische aandoeningen, Ademhalingsstoornissen, Aandoeningen aan nek en rug, Aandoeningen aan enkels, knieën en banden, en Bedrijfs-/thuis/sport en verkeersongevallen.

4.3.3 Gemiddelde ziekteduur per personeelscategorie met uitsplitsing naar diagnose

De derde onderzoeksvraag luidt: "Wat is gegeven een bepaalde aandoening, de gemiddelde ziekteduur per personeelscategorie". In de tabel zijn wederom alleen de gegevens van mannen opgenomen.

Tabel 14 Gemiddelde ziekteduur (afgerond in hele kalenderdagen) voor een aantal aandoeningen per personeelscategorie

	Bedrijfspersoneel		Onderhoudspersoneel		Leiding- en staf	TOT*
	NM	BM	PD	DD	Mannen	
Psychische aandoeningen	108	173	108	102	139	120
Ademhalingsstoornissen	76	70	60	62	71	70
Aandoeningen van nek/rug	81	102	54	91	79	85
Aandoeningen van enkels/knieën/banden	101	118	110	120	68	104
Hernia	204	276	220 ¹⁾	229 ¹⁾	160	205
Ischaemische hartziekten	291	380 ¹⁾	380 ¹⁾	279	281	289
Circulatiestoornissen	117	100	89	68	141	119
Neoplasmata	188	-	230 ¹⁾	215 ¹⁾	184	194
Rest	81	181	56	71	100	98
Totaal	97	110	86	95	111	100

* NM - Nederlandse mannen
 BM - buitenlandse mannen
 PD - ploegendienst
 DD - dagdienst
 TOT- totaal

1) Gebaseerd op 5 waarnemingen of minder

Wanneer de gemiddelde ziekteduren met elkaar worden vergeleken, vallen een aantal zaken op. (Gevalen met ≤ 5 observaties zijn niet meegenomen in de analyse). Het bedrijfspersoneel heeft voor de meeste aandoeningen de langste ziekteduur. Dit heeft ongetwijfeld te maken met het feit dat het bedrijfspersoneel fysiek zwaar werk verricht, waarbij het langer duurt voordat men het werk weer kan hervatten. Met name bij hernia is het verschil in ziekteduur opvallend. Mannen bij het leiding- en stafpersoneel blijven gemiddeld 160 dagen ziek bij hernia. Nederlandse mannen

bij het bedrijfspersoneel hebben een ziekte duur die ruim 25% hoger ligt, en voor buitenlandse mannen is de ziekte duur zelfs ruim 70% langer.

Een tweede opvallende bevinding is het feit dat de ziekte duur bij een aantal andere ernstige aandoeningen nagenoeg gelijk is, zoals neoplasmata en ischaemische hartziekten. Waarschijnlijk speelt bij dergelijke ernstige (levensbedreigende) aandoeningen de aard van het werk niet zo'n duidelijke rol in het herstel c.q. bij werkhervatting.

Bij buitenlandse mannen valt de relatief lange gemiddelde duur bij psychische klachten op; de oorzaak hiervan is niet duidelijk. Overigens valt bij mannen bij leiding- en stafpersoneel ook een gemiddeld lange duur waar te nemen bij psychische klachten. Wellicht zou hierbij het leeftijdseffect (mannen bij leiding- en stafpersoneel zijn gemiddeld ouder dan mannen bij andere personeels categorieën) een rol kunnen spelen.

Tenslotte valt op dat mannen bij leiding- en stafpersoneel over het totaal de langste gemiddelde ziekte duur hebben. Landelijk vindt men een kortere gemiddelde ziekte duur voor beampten dan voor handarbeiders. In het onderhavige geval kan het hogere gemiddelde voor leiding en stafpersoneel gedeeltelijk worden verklaard doordat de leeftijdsopbouw van het leiding- en stafpersoneel anders is dan die van het bedrijfspersoneel. Het aandeel van oudere werknemers is bij het leiding en stafpersoneel veel groter, en dus zal de langere ziekte duur van oudere werknemers bij het leiding- en stafpersoneel relatief meer invloed uitoefenen op de totale gemiddelde ziekte duur dan bij het bedrijfspersoneel. De leeftijds-specifieke durcijfers (niet in de tabel) zijn boven de 40 jaar bij leiding- en stafpersoneel echter ook hoger dan voor Nederlandse mannen bij het bedrijfspersoneel en boven 50 jaar is de gemiddelde duur bij mannen bij leiding- en stafpersoneel het hoogst van alle mannen. Wellicht is er bij beide groepen sprake van een ander diagnosepatroon, waardoor de gemiddelde ziekte duur wordt beïnvloed.

4.3.4 Werkhervatting

De vierde onderzoeksvraag is: "Welke soorten beëindiging van arbeidsongeschiktheid komen voor en hoe vaak".

Een jaar na aanvang van het ziektegeval heeft 82% van de onderzochte populatie het werk hervat, zonder dat daarbij formeel sprake is geweest van reïntegratie. In tabel 15 zijn soorten reïntegratie per personeels-categorie weergegeven.

Tabel 15 Werkhervattingsstatus na één jaar ziekte voor verschillende personeelscategorieën, naar nationaliteit, dienstrooster en/of geslacht (percentages).

		Reïntegratie/ziektestatus					Totaal	
Werkher-		Niet	Aange-	Revalida-	Gedeelte-			
vatting		hersteld	past	tie-werk-	lijk werk	(abs)	%	
		%	%	plaats	%			
			werk	%				
BP	NM	85	7	5	0	2	1.368	100
	BM	82	14	2	2	0	529	100
	V	83	6	4	-	6	48	100
OP	PD	87	6	4	-	3	325	100
	DD	81	6	5	0	8	343	100
SCHP		87	12	-	-	1	82	100
L&S	M	71	8	3	-	18	506	100
L&S	V	75	4	2	1	18	114	100
TOT.		82	8	4	1	5	3.315	

Het aantal niet-herstelden bedraagt ruim 8% van de onderzochte populatie. Bij de categorie niet-herstelden vallen de hoge percentages op voor buitenlandse mannen bij het bedrijfspersoneel en voor het schoonmaakpersoneel. Bij beide groepen is 12 à 14% van de langdurig zieken een jaar na ziekmelding nog steeds niet hersteld. De drie groepen nederlandse mannen bij bedrijfspersoneel, onderhoudspersoneel (ploegendienst en dagdienst) en leiding en staf personeel hebben een ongeveer gelijk percentage niet-herstelden.

Vijftien mensen hervatten het eigen werk nadat ze werkzaam zijn geweest in de revalidatie-werkplaats. Dit betreft slechts zo weinig mensen dat de getallen, opgesplitst naar personeelscategorie, niet te interpreteren zijn. Wel is bekend dat de revalidatie-werkplaats vooral een rol speelt bij de reïntegratie van bedrijfspersoneel. Een onbekend aantal mensen uit de groep 'niet-hersteld' is een jaar na de aanvang van het ziekteverzuim nog werkzaam in de algemene werkplaats.

Bij mensen die eerst gedeeltelijk aan het werk gaan, springt het leiding en stafpersoneel duidelijk in het oog. Hier hervat 18% van alle langdurig zieken het eigen werk na eerst gedeeltelijk werk te hebben gedaan. Ook bij het onderhoudspersoneel in dagdienst (en vrouwen bij het bedrijfspersoneel) gaat een tamelijk hoog percentage mensen eerst gedeeltelijk aan het werk. Het is logisch dat juist deze groepen personeel vaker het eigen werk voor een gedeelte van de werktijd hervatten, omdat zij in dagdienst werken. Alle andere werknemers werken in ploegendienst. Het is daar niet mogelijk, of althans niet gebruikelijk, om bijvoorbeeld halve dagen te werken.

Daar tegenover staat dat het aantal herstelden (werkhervatting) bij het bedrijfspersoneel iets hoger is dan bij het leiding- en stafpersoneel. Dit zal zeker te maken hebben met het feit dat het bedrijfspersoneel gemiddeld jonger is dan het leiding en stafpersoneel.

Nader onderzocht (niet in de tabel) is of het soort reïntegratie, werkhervatting of niet-herstellen verband houdt met de aandoening. Bij ademhalingsstoornissen en maag-/darmziekten herstelt ongeveer 90% van de langdurig zieken "spontaan", dat wil zeggen zonder dat daarbij sprake is van reïntegratie. Dit zijn aandoeningen die in verhouding minder ernstig zijn en relatief kort duren.

Het laagste percentage "spontane werkhervatting" komt voor bij hart- en vaatziekten, namelijk 54% (bij ischaemische hartziekten is dit zelfs maar 17%). Het percentage mensen dat niet herstelt is het hoogst bij hart- en vaatziekten. Dit is, gezien het ernstige karakter van deze aandoeningen, niet verwonderlijk. Mensen met hart- en vaatziekten hervatten vaak het eigen werk eerst gedeeltelijk. Waarschijnlijk is dit voor een groot deel toe te schrijven aan mannen bij het leiding- en stafpersoneel. Hart- en vaatziekten spelen bij deze groep een belangrijke rol, en uit tabel 15 werd al duidelijk dat gedeeltelijk werk bij het mannelijk leiding en stafpersoneel zeer vaak voorkomt.

Opvallend, maar niet onverwacht, is de bevinding dat van de langdurig zieken met psychische stoornissen slechts 76% het werk "spontaan" hervat, en dat 11% niet herstelt. Redelijk veel mensen (9%) met psychische aandoeningen hervatten het werk eerst gedeeltelijk.

Mensen met "aandoeningen van de bewegingsorganen" en ongevalsslachtoffers herstellen in verhouding vaak na aangepast werk te hebben gedaan.

5 REINTEGRATIE

5.1 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in verschillen in reïntegratiekansen van WAO-toetreders in verschillende personeelscategorieën. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar diagnose. Tevens wordt nagegaan wanneer iemand (t.o.v. de WAO-toetreding) reïntegreert, en of zich wijzigingen in werk of dienstverband voordoen.

5.2 Materiaal en methode

De onderzochte groep bestaat uit alle mensen die van 1980 t/m 1983 in de WAO zijn gekomen. Dit waren in totaal 1.663 personen. De situatie van deze mensen is nagegaan op het moment van WAO-intrede, en vervolgens op 5 peildata daarna, te beginnen op 1 januari van het jaar volgend op WAO-toetreding, daarna 1 juli van dat jaar, etc. Gemiddeld zijn mensen gedurende 2,5 jaar na WAO-toetreding gevolgd.

Op elke peildatum is nagegaan of, en zo ja welke, mutaties zich hebben voorgedaan in een van de volgende variabelen: wel of geen werk, arbeidsongeschiktheidspercentage, personeelscategorie, dienstrooster, afdelingscluster, functiegroep. Verder is onderzocht ten gevolge van welke aan-doening mensen arbeidsongeschikt zijn geworden, met het doel na te gaan of dit invloed heeft op de mogelijkheid om te reïntegreren.

De reïntegratie is afgemeten aan criteria, opgesteld in overleg met de verzekeringsgeneeskundige afdeling. Deze criteria hebben betrekking op werkhervatting, het arbeidsongeschiktheidspercentage, en ontwikkelingen hierin. Om als gereïntegreerd te worden beschouwd, moet betrokkene binnen de observatieperiode van 2,5 jaar teruggekeerd zijn in werk, met een gelijkblijvend of dalend arbeidsongeschiktheidspercentage, zonder hernieuwde langdurige uitval. Het werk kan het eigen werk zijn of ander werk, met volledige of kortere werktijd. Men is ook als gereïntegreerd beschouwd, wanneer men na een tijd te hebben gewerkt, is vertrokken met

pensioen, SOP of VUT. Overigens is er discussie mogelijk over het punt in hoeverre mensen die gebruik maken van een VUT- of SOP-regeling als gereïntegreerd kunnen worden beschouwd, gezien de selectie op gezondheid die daarbij vaak optreedt.

Men is als niet-gereïntegreerd beschouwd wanneer men continu volledig arbeidsongeschikt is, wanneer men begonnen is in (aangepast) werk, maar er daarna sprake is van toenemende of volledige arbeidsongeschiktheid. Ook bij einde dienstverband zonder herstel en zonder uitkering is men als niet-gereïntegreerd beschouwd.

In de meeste gevallen is het aantal wel- versus het aantal niet-gereïntegreerden per 1000 persoonsjaren in de actieve bezetting berekend. Door middel van het aantal reïntegraties per 1000 persoonsjaren wordt inzicht verkregen in de terugkeer van WAO-ers en geheel herstelden in het arbeidsproces. Het aantal niet-gereïntegreerden per 1000 persoonsjaren kan worden beschouwd als het netto-resultaat van het WAO-toetredingsproces, met andere woorden dit zijn de mensen die definitief arbeidsongeschikt zijn. Met behulp van dit cijfer kunnen groepen of afdelingen met elkaar worden vergeleken voor wat betreft hun "uitstoot" naar de WAO.

In een aantal gevallen is ook per 100 WAO-ers de verdeling wel- versus niet-gereïntegreerd onderzocht. Dit is gedaan om op eenvoudige wijze verhoudingen tussen met name diagnoses inzichtelijk te maken.

5.3 Resultaten

5.3.1 Aantallen wel en niet gereïntegreerden, naar personeelscategorie, leeftijd, en nationaliteit

Allereerst zijn berekeningen uitgevoerd per personeelscategorie. Leeftijd is ingedeeld in twee categorieën, jonger dan 50 jaar en 50 jaar en ouder (tabel 16).

Tabel 16 Reïntegraties per 1.000 persoonsjaren per personeelscategorie en leeftijdsklasse over de periode 1980-1983

	jonger dan 50 jaar		50 jaar en ouder			Totale groep			
	G*	NG*	Kans*	G	NG	Kans	G	NG	Kans
Bedrijfs- personeel	7,1	11,6	38	11,8	53,5	18	8,0	19,3	29
Onderhouds- personeel	6,3	3,9	62	17,0	43,6	28	8,1	10,4	44
Leiding- en staf	2,7	2,8	49	9,0	23,8	28	4,7	9,2	34
Schoonmaak- personeel	6,2	17,6	26	--	55,1	--	5,5	21,5	20
Totaal	5,6	7,2	44	11,1	37,5	23	6,8	14,0	33

* G - het aantal reïntegraties per 1.000 persoonsjaren
 NG - het aantal niet-gereïntegreerden per 1.000 persoonsjaren
 Kans = $(G \times 100\%) / (G + NG)$

Wanneer in tabel 16 het aantal gereïntegreerden en het aantal niet-gereïntegreerden per 1000 persoonsjaren worden opgeteld, krijgt men het totaal aantal WAO-toetredingen per 1000 persoonsjaren. De kolom "kans" is de reïntegratiekans, dat wil zeggen het percentage WAO-ers in een categorie dat reïntegreert.

Bij degenen jonger dan 50 jaar vinden de meeste reïntegraties plaats bij het bedrijfspersoneel (7.1 per 1000 persoonsjaren), vervolgens bij het onderhoudspersoneel (6.3 per 1000) en het kleinste aantal reïntegraties komt voor bij het leiding- en stafpersoneel (2.7 per 1000). De kans om te reïntegreren is het grootst bij het onderhoudspersoneel (62%) en het kleinst bij schoonmaakpersoneel (26%).

Bij 50 jaar en ouder vinden relatief de meeste reïntegraties plaats bij het onderhoudspersoneel (17 per 1000), terwijl ook hier de minste reïntegraties plaatsvinden bij het leiding- en stafpersoneel (9 per 1000). De kans om te reïntegreren als men eenmaal arbeidsongeschikt is, is bij deze beide personeelscategorieën even groot (28%).

Het aantal niet-gereïntegreerden per 1000 persoonsjaren (de 'uitstoot') is bij het bedrijfspersoneel en schoonmaakpersoneel het hoogst, in beide leeftijdscategorieën. Dit verschil ten opzichte van andere personeels-categorieën is met name groot bij degenen jonger dan 50 jaar; het aantal niet-gereïntegreerden bij bedrijfspersoneel in die leeftijdscategorie is drie maal zo hoog als bij onderhoudspersoneel en vier maal zo hoog als bij leiding- en stafpersoneel. Het leiding- en stafpersoneel heeft het kleinste aantal niet-gereïntegreerden.

Uit de onderste rij (totaal) blijkt dat bij personeel van 50 jaar en ouder ongeveer tweemaal zoveel personen reïntegreren per 1000 persoonsjaren dan bij jongeren. Hoewel dit op zich gunstig is, zit er ook een andere kant aan de medaille. Het aantal mensen van 50 jaar en ouder dat niet reïntegreert is verhoudingsgewijs vijfmaal zo hoog als bij jongeren. Wanneer men eenmaal in de WAO is gekomen boven de 50 jaar, is de kans op reïntegratie 23%, tegenover 44% bij jongeren.

Er is ook een onderscheid gemaakt naar Nederlandse en buitenlandse mannen (niet in de tabel) bij het bedrijfspersoneel. Er is weinig verschil tussen nationaliteiten in reïntegratie (per 1000 persoonsjaren). Buitenlandse mannen hebben echter wel een hoger WAO-toetredingsrisico. Dit wordt weerspiegeld in de rate voor niet-gereïntegreerd, die voor buitenlandse mannen jonger dan 50 jaar bij het bedrijfspersoneel ruim tweemaal zo hoog is als voor Nederlandse mannen. Voor oudere buitenlanders bij het bedrijfspersoneel zijn de vooruitzichten nog ongunstiger.

Voor de andere personeels-categorieën kunnen geen conclusies worden getrokken met betrekking tot buitenlanders, omdat de aantallen te klein zijn. Ook voor vrouwen is geen aparte analyse gemaakt vanwege de kleine aantallen in de verschillende categorieën.

5.3.2 Diagnoses

Per 100 WAO-toetreders is een onderverdeling gemaakt naar diagnose. Voor een groot aantal diagnoses geldt dat de kans op reïntegratie niet veel van het gemiddelde (33% reïntegratie) afwijkt. Uitzonderingen hierop zijn neoplasmata (kanker), waarbij slechts 13% van de mensen reïntegreert, en circulatie stoornissen (vaataandoeningen), met 23% reïntegraties. Tamelijk gunstig zijn de kansen op reïntegratie bij ongevallen (iets meer dan 50%).

Personeelscategorieën zijn met elkaar vergeleken naar verschil in reïntegratiekans bij verschillende diagnoses. Bij werknemers jonger dan 50 jaar bij het bedrijfspersoneel valt op dat de kans op reïntegratie slecht is bij psychische stoornissen, ademhalingsklachten en aandoeningen van de bewegingsorganen. Een redelijk goede kans op reïntegratie is er bij neurologische en zintuigstoornissen en bij ongevallen. Bij het onderhoudspersoneel vallen aandoeningen van het maag/darmkanaal op in gunstige zin, evenals ongevallen, terwijl de kans op reïntegratie bij psychische stoornissen relatief klein is.

Boven de 50 jaar worden hart- en vaatziekten relatief belangrijker. Bij het leiding- en stafpersoneel hebben met name mensen met ischaemische hartziekten (onder meer hartinfarcten) een goede kans op reïntegratie. Ook bij het onderhoudspersoneel is bij deze aandoening de reïntegratiekans relatief goed te noemen.

Opvallend laag is de kans op reïntegratie bij bedrijfspersoneel van 50 jaar en ouder bij aandoeningen van de bewegingsorganen; van de 145 WAO-toetreders in deze categorie reïntegreren er slechts 18 (=12%).

5.3.3 Wijzigingen in arbeidsongeschiktheidspercentage, werk of dienstverband

Per peildatum zijn alle mutaties in de verzekeringsgeneeskundige en arbeidskundige gegevens van de onderzochte personen nagegaan. Gedurende de observatieperiode wordt uiteindelijk 30% van alle WAO-toetreders (formeel beoordeeld) 0-15% arbeidsongeschikt, waarmee het recht op een uitkering vervalt. Dit kan het gevolg zijn van herstel (met of zonder werkhervatting), maar ook van overlijden, pensionering of VUT. Het eerste

halfjaar na WAO-toetreding is 10% van alle WAO-toetreders niet meer of minder dan 15% arbeidsongeschikt. Later gaat het om ongeveer 3% per half jaar.

Het aantal mensen dat gedeeltelijk arbeidsongeschikt is, neemt af gedurende de observatieperiode. Vooral het aantal mensen met een uitkeringspercentage hoger dan 45% neemt af; bij WAO-toetreding zijn dit 231 mensen, na 2,5 jaar nog 91. Het aantal mensen dat volledig is afgekeurd is aan het begin van de observatieperiode 72% van alle WAO-toetreders, aan het eind is dit nog 52%.

In een groot aantal gevallen vinden veranderingen in het werk plaats bij reïntegratie. Dit betreft ongeveer even vaak een verandering van afdeling als van functiegroep of dienstrooster. Veranderingen van personeelscategorie komen minder vaak voor, door de vaak volstrekt andere aard van het werk en de andere scholing die hierdoor vereist is bij een andere personeelscategorie.

Wanneer er veranderingen plaatsvinden om reïntegratie mogelijk te maken, zijn dat er vaak meer dan één. In 20% van de gevallen werden er twee wijzigingen doorgevoerd, en in nog eens 20% was er sprake van drie of vier wijzigingen. Er werden in totaal 516 veranderingen bewerkstelligd bij 302 personen.

Tenslotte is nog nagegaan hoeveel mensen gereïntegreerd zijn via de Algemene Werkplaats (een speciale revalidatiewerkplaats). In totaal zijn er 273 mensen in de Algemene Werkplaats terecht gekomen. Van deze 273 mensen zijn er 108 als gereïntegreerd te beschouwen (40%), waarvan er 40 terug zijn in het eigen werk. Dit is een hogere reïntegratiekans dan welke geldt voor het hele bedrijf gedurende de onderzochte periode (31%).

6 SOCIAAL-MEDISCHE BEGELEIDING VAN LANGDURIG ZIEKEN MET PSYCHISCHE AANDOENINGEN

6.1 Inleiding

6.1.1 Sociaal-medische begeleiding, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

In het onderzoeksvoorstel "Longitudinaal onderzoek naar WAO-toetreding" (Van Dijk, 1985) wordt vermeld, dat tevens onderzoek zal worden uitgevoerd naar de achtergronden van arbeidsongeschiktheid vanwege bepaalde diagnose(s). In de loop van het onderzoeksproject is gekozen voor een kwalitatief onderzoek naar langdurig verzuim vanwege psychische aandoeningen. Er is tot nu toe in Nederland weinig onderzoek gedaan naar ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vanwege psychische aandoeningen. Bovendien is uit het onderzoek naar langdurig ziekteverzuim bij het bedrijf gebleken, dat personen met psychische aandoeningen gemiddeld langer ziek blijven (120 dagen tegen 100 dagen) en relatief veelvuldiger in de WAO komen. Uit het reïntegratie-onderzoek blijkt tevens dat WAO'ers jonger dan 50 jaar met psychische aandoeningen minder vaak reïntegreren dan WAO'ers met andere aandoeningen.

In het onderzoek, dat een kwalitatief karakter heeft, staat de sociaal-medische begeleiding centraal. Het onderzoek naar de sociaal-medische begeleiding beschrijft welke instanties bepaalde taken uitvoeren met betrekking tot het begeleiden van langdurig zieken. Tevens worden problemen en knelpunten geïnventariseerd, die zich bij de begeleiding voordoen. Hierdoor wordt inzicht verkregen in de achtergronden van het arbeidsongeschiktheidsproces.

Onderzoek naar sociaal-medische begeleiding binnen bedrijven is van belang omdat die begeleiding een belangrijke rol kan spelen bij het beperken van de duur van het ziekteverzuim en het voorkomen van definitieve arbeidsongeschiktheid. Zicht op knelpunten en belemmeringen bij de sociaal-medische begeleiding kan aanwijzingen leveren voor verbeteringen. In het verlengde hiervan kunnen verzuimpercentages en WAO-toetredingen verminderen.

6.1.2 Definitie en onderdelen van begeleiding binnen bedrijven

In het onderzoek naar de begeleiding van langdurig zieken met psychische aandoeningen, ligt het accent op de begeleiding door het bedrijf. De begeleiding door personen en instanties buiten het bedrijf, van bijvoorbeeld huisartsen en specialisten, komt slechts in beperkte mate aan de orde.

Bij de begeleiding door het bedrijf gaat het om een heel scala van activiteiten, die door verscheidene personen worden verricht. De Graaf (1986) definieert sociaal-medische begeleiding als: alle werkzaamheden door deskundigen (verzekeringsgeneeskundige, bedrijfsarts, huisarts, personeelszaken, psychologische dienst), door chef en collega's ten aanzien van zieke werknemers, gericht op herstel of behoud van hun geestelijke en lichamelijke gezondheid, en gericht op (gedeeltelijke) werkhervatting of op het aanpassen aan een arbeidsloos bestaan.

Bij sociaal-medische begeleiding kunnen de volgende onderdelen worden onderscheiden:

- a. preventie van ziekte;
- b. controle in verband met de rechtmatigheid van het beroep op de Ziektewet;
- c. behandeling van de aandoening;
- d. begeleiding en ondersteuning;
- e. revalidatie (met name tijdelijke werkaanpassingen);
- f. reïntegratie (langdurige werkaanpassingen);

6.1.3 Probleemstelling

In het onderzoek wordt nagegaan op welke wijze de sociaal-medische begeleiding bij het bedrijf georganiseerd is. Beschreven wordt welke afdelingen en instanties verantwoordelijk zijn voor verschillende onderdelen van sociaal-medische begeleiding, zoals preventie van ziekte, begeleiding en controle van zieke werknemers, revalidatie en reïntegratie. Daarnaast wordt nagegaan welke problemen en knelpunten zich voordoen bij de sociaal-medische begeleiding. De aandacht zal daarbij met name gericht zijn op langdurig zieken met psychische aandoeningen. Ten slotte wordt onderzocht welke vormen van werkhervatting zich voordoen

en wat de beleving van de langdurig zieken is ten aanzien van de sociaal-medische begeleiding.

6.2 Onderzoeksopzet

6.2.1 Aanpak

Het onderzoek bestaat uit twee fasen. In de eerste fase zijn 32 langdurig zieken met psychische aandoeningen geïnterviewd. De verzekeringsgeneeskundige kreeg een beknopte vragenlijst over de begeleidingsactiviteiten die hij/zij verricht heeft. Tevens ging er een beknopte vragenlijst naar de meest directe personeelschef van de geselecteerde.

In de tweede fase zijn twaalf functionarissen geïnterviewd over de sociaal-medische begeleiding van langdurig zieken in het algemeen en langdurig zieken met psychische aandoeningen in het bijzonder.

Op basis van beleidsstukken van het bedrijf is een samenvatting gemaakt van de organisatie en de structuur van de sociaal-medische begeleiding

6.2.2 Selectie van langdurig zieken

In de geautomatiseerde verzuimregistratie van het bedrijf is in april 1988 gezocht naar personen die in het voorgaande halve jaar minstens 90 dagen hadden verzuimd. Als tweede criterium werd gesteld dat de personen door de verzekeringsgeneeskundigen gediagnostiseerd moesten zijn als lijdend aan een psychische aandoening. Op basis van deze procedure zijn 112 personen gevonden.

Aan de verzekeringsgeneeskundigen is vervolgens met behulp van een checklist gevraagd of de verzekeringsgeneeskundige, gezien de aard en ernst van de aandoening en de 'interviewbaarheid' van de langdurig zieken, het wel of niet raadzaam achtte om de betrokkene te interviewen.

De verzekeringsgeneeskundigen hebben bij 30 personen aangegeven dat zij het niet raadzaam achten om de persoon in het onderzoek te betrekken. Bij 42 personen luidde het oordeel positief en bij 40 personen twijfelachtig. Bij de groep van 40 waarover het oordeel twijfelachtig werd gegeven zaten een aantal buitenlanders waarvan de beheersing van de Nederlandse taal wellicht een probleem kon vormen in verband met het interview. Deze buitenlanders zijn niet in het onderzoek betrokken. Uiteindelijk resteerden na de eerste selectie 67 personen.

De 67 personen uit de eerste selectie zijn door de verzekeringsgeneeskundigen aangeschreven. De response ziet er als volgt uit:

Tabel 17 Response in een onderzoek naar de sociaal-medische begeleiding van langdurig zieken met psychische aandoeningen

Wel mee willen doen	32 (48%)
Niet mee willen doen	21 (31%)
Geen reactie	14 (21%)
	<u>67 (100%)</u>

Uiteindelijk zijn er 32 personen die hun medewerking hebben verleend aan het onderzoek. Deze personen zijn telefonisch benaderd voor een afspraak, waarna ze thuis bezocht zijn door de onderzoeker of één van de twee onderzoeksassistenten.

6.2.3 Representativiteit

Op basis van een non-response analyse kan het volgende geconcludeerd worden met betrekking tot de representativiteit. De groep geïnterviewden is iets jonger, dan de totale groep langdurig zieken met psychische aandoeningen. Bij de geïnterviewden is het bedrijfspersoneel enigszins ondervertegenwoordigd, terwijl het onderhoudspersoneel enigszins oververtegenwoordigd is. De geïnterviewden hebben iets minder vaak het werk hervat dan de totale groep langverzuimers met psychische aandoeningen. Het aantal verzuimdagen in het laatste anderhalf jaar verschilt nauwelijks van de totale groep. De spreiding is echter kleiner. Vanwege de geringe aantallen is er van afgezien om de verschillen op statistische significantie te toetsen. Geconcludeerd is dat de groep geïnterviewden een redelijke representatie is van de groep langdurig verzuimers met psychische aandoeningen.

6.2.4 Profiel schets van de langdurig zieken met psychische aandoeningen
 De personen die aan het onderzoek hebben meegedaan kunnen globaal als volgt gekarakteriseerd worden. Het merendeel der betrokkenen heeft lager of middelbaar beroepsonderwijs gevolgd. Gemiddeld zijn ze 42 jaar oud, zijn ze veelal getrouwd of wonen ze samen en hebben ze 2 à 3 kinderen. Ze zijn gemiddeld meer dan tevreden met hun gezinssituatie, hun woonsituatie, hun vrije tijdsbesteding en sociale contacten. Ruim een derde (13 van de 32) heeft problemen in de thuissituatie, zoals echtscheiding en zieke familieleden. Van de 32 personen in het onderzoek hebben 18 hervat. Negen van die 18 hebben hun eigen werk weer volledig hervat. De andere negen hebben veelal een tijdelijke andere functie, waarvan vier in de Algemene Werkplaats.

Er zijn gegevens over diagnoses bekend vanuit de verzuim-administratie, zowel voor de groep geïnterviewden, als voor de totale oorspronkelijke steekproef van 112.

Tabel 18 Clustering van de eerste diagnoses van de geïnterviewden en de gehele oorspronkelijke steekproef, op basis van de verzuimoverzichten

	Geïnterviewden	Steekproef
- Ongespecificeerde neurosen en depressies	31%	27%
- Werkstress	19%	15%
- Aanpassingsreacties (thuis)	13%	17%
- (Psycho)somatisch	37%	41%
Totaal	100% 32	100% 112

Met betrekking tot de aard van de aandoening kan geconcludeerd worden dat ruim een derde psycho-somatische klachten heeft. Iets minder dan een derde lijdt aan ongespecificeerde neurosen en depressies. De rest lijdt aan aanpassingsreacties (werkstress en thuissituatie).

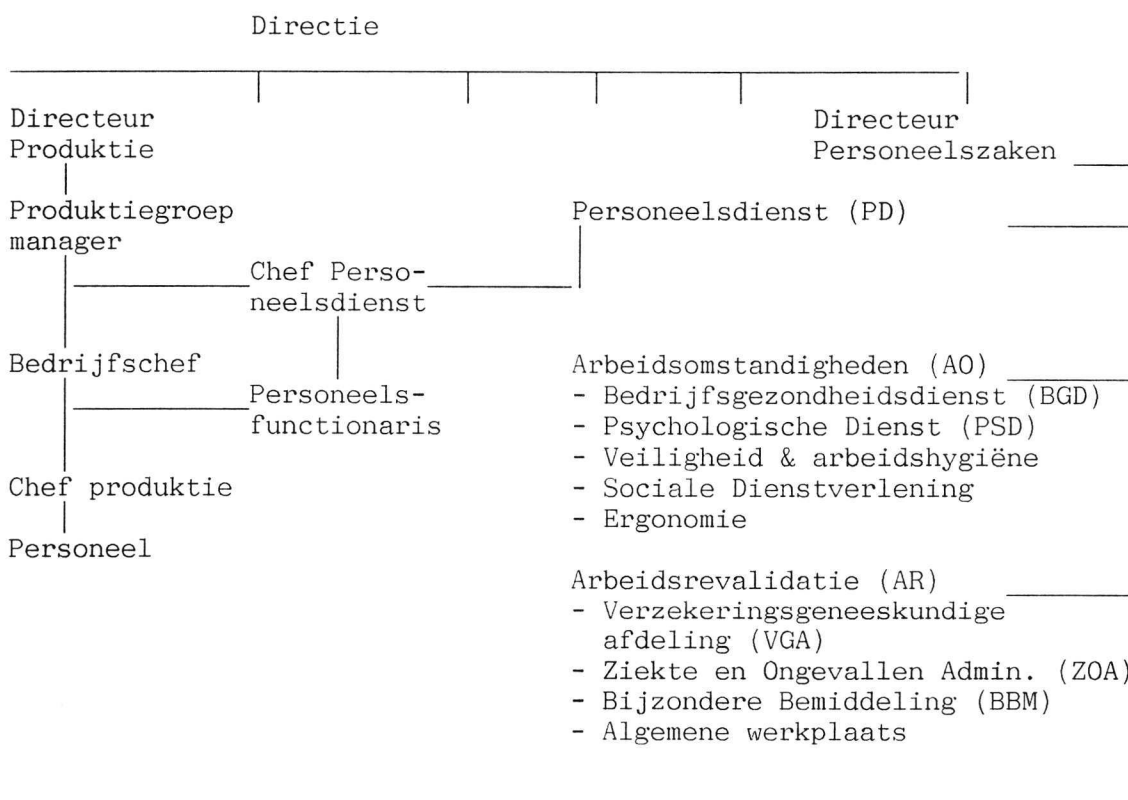
De verdeling van de diagnoses uit de verzuimoverzichten bij de groep geïnterviewden vertoont ongeveer dezelfde verdeling over de clusters als de totale oorspronkelijke steekproef van 112.

6.3 Resultaten

6.3.1 Organisatie van de sociaal-medische begeleiding

Het bedrijf is een zogenaamde superaker. Dit wil onder meer zeggen dat het bedrijf zelf de verantwoordelijkheid heeft voor de uitvoering van de Ziektewet. Tevens draait een superaker zelf op voor de kosten van de Ziektewetuitkeringen. In verband met de uitvoering van de Ziektewet heeft het bedrijf verzekeringsgeneeskundigen in dienst. Zij kunnen uit hoofde van die positie bij uitstek bedrijfsgericht werken.

Het organisatieschema van de afdelingen en functionarissen die bij de sociaal-medische begeleiding betrokken zijn, ziet er als volgt uit:



In hoofdlijnen ziet de organisatie er als volgt uit. De afdeling waarbij de zieke werknemer is ingedeeld, de personeelsdienst, de afdeling Arbeidsomstandigheden en de afdeling Arbeidsrevalidatie hebben taken en verantwoordelijkheden op het gebied van sociaal-medische begeleiding van zieke werknemers.

Deze taken en verantwoordelijkheden kunnen nader worden toegespitst op de onderdelen van sociaal-medische begeleiding. Ten aanzien van primaire preventie heeft de eigen afdeling met de lokale personeelsfunctionaris en in samenwerking met de afdeling Arbeidsomstandigheden de verantwoordelijkheid. Ten aanzien van de controle ligt de verantwoordelijkheid bij de afdeling Arbeidsrevalidatie, en wel met name bij de verzekeringsgeneeskundigen. Ten aanzien van de behandeling ligt er een (beperkte) taak bij de afdeling Arbeidsomstandigheden (met name bij bedrijfsartsen en bedrijfspsychologen). Ten aanzien van de begeleiding, de revalidatie en de reïntegratie hebben alle genoemde afdelingen verantwoordelijkheden. Uitzondering is hierbij dat de afdeling Arbeidsomstandigheden geen verantwoordelijkheid heeft met betrekking tot revalidatie.

Op basis van het voorgaande kan het volgende overzicht worden gemaakt.

Tabel 19 Overzicht van de verdeling van verantwoordelijkheden ten aanzien van onderdelen van sociaal-medische begeleiding over verschillende afdelingen

	Onderdelen van begeleiding*					
	a	b	c	d	e	f
Eigen afdeling	x			x	x	x
Personeelsdienst	x			x	x	x
Arbeidsomst.	x		x	x		x
Arbeidsrevalidatie		x		x	x	x

- * a = primaire preventie
- b = controle
- c = behandeling
- d = begeleiding
- e = revalidatie
- f = reïntegratie

De visie over de plaatsing van taken en verantwoordelijkheden van de sleutelpersonen, die in de tweede fase van het onderzoek geïnterviewd zijn, is in grote lijnen gelijk aan bovenstaande. Als het er om gaat welke afdeling de primaire verantwoordelijkheid heeft voor de begeleiding

van langdurig zieken, verschillen de sleutelpersonen van mening met elkaar. Het ene deel van de sleutelpersonen legt de primaire verantwoordelijkheid bij de afdeling waar de langdurig zieke op de personeelsrol staat; het andere deel legt de primaire verantwoordelijkheid bij de afdeling Arbeidsrevalidatie. Er is eveneens verschil van mening tussen de sleutelpersonen over de vraag welke afdeling de werkhervatting dient te coördineren. Ook hierbij wordt door een aantal de eigen afdeling als verantwoordelijke instantie gezien en door anderen wordt de coördinatie aan de afdeling Arbeidsrevalidatie toe bedacht. De helft van de sleutelpersonen vinden de plaatsing van de verantwoordelijkheden, zoals zij die zien, niet de juiste.

Op bijna alle afdelingen zijn Locale Sociale Teams (LST). Het LST is een interdisciplinair samenwerkingsverband tussen deskundigen en leidinggevenden, dat gericht is op het welbevinden van de mens en de organisatie. Het LST houdt zich bezig met problemen van individuen en groepen. Het LST heeft zowel een preventieve, als een begeleidende als een probleemoplossende taak. Bijvoorbeeld langdurig zieken waarbij de inbreng van meerdere disciplines gewenst is, kunnen in het LST besproken worden.

Kanttekeningen bij de efficiëntie van de sociaal-medische begeleiding hebben veelal betrekking op de samenwerking tussen de verschillende instanties die betrokken zijn bij de sociaal-medische begeleiding. Door de problemen in de samenwerking wordt het functioneren van de LST's negatief beïnvloed. In de interviews is overigens naar voren gekomen dat er wel goed functionerende teams bestaan.

6.3.2 Knelpunten en problemen

1. Geconstateerd is dat de verzuimers uit het onderzoek veelal een goed gevuld verzuimverleden hebben opgebouwd. De betrokkenen geven aan in de toekomst te verwachten nog veelvuldig last te hebben van de aandoening. Slechts een derde van de ondervraagde groep (voornamelijk hervatters) had de indruk dat hun uitval een probleem opleverde voor de continuïteit in het werk of voor hun collega's. Voor de afdeling hebben deze personen door hun verzuimverleden voor problemen gezorgd en zullen mogelijk in de toekomst nog voor veel problemen zorgen.

Het verzuimverleden is tevens een knelpunt bij het vinden van werk op een andere afdeling.

2. Veel geïnterviewde langdurig zieken geven aan dat ze geen vertrouwenspersoon bij het bedrijf hebben. Er lijkt een knelpunt te bestaan op het gebied van de effectiviteit van de primaire preventie, n.l. het vroegtijdig signaleren en voorkomen dat ziekmelding volgt.
3. Er bestaat een verschil in visie tussen de betrokkenen, de verzekeringsgeneeskundigen en de personeelsfunctionarissen op de rol van werkgebonden factoren op het ontstaan van de psychische problemen. Personeelsfunctionarissen zien de oorzaken van psychische problemen vooral gelegen in de persoon zelf en diens privésituatie. In die gedachtengang heeft het zoeken naar ander werk niet veel zin, omdat in ander werk dezelfde problemen weer zullen optreden.
4. De langdurig zieken met psychische aandoeningen hebben weerstand tegen het zoeken van psychologische en psychiatrische hulp. In verband hiermee kan een klinisch psycholoog bij het bedrijf een belangrijke functie vervullen. 'Doorverwijzing' door bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundigen wordt erdoor vergemakkelijkt.
5. Er kan een spanningsveld bestaan tussen de controletaken en de beleidstaken van de verzekeringsgeneeskundigen. Door de controletaak kan het accent teveel op de beperkingen van de zieken komen te liggen in plaats van wat iemand nog wel kan.
6. Overleg en coördinatie van sociaal-medische activiteiten vindt veelal meer via de telefoon plaats dan in het LST. Mogelijk heeft de beperkte capaciteit bij de verzekeringsgeneeskundige afdeling in de periode waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden hierbij mede een rol gespeeld.

De knelpunten en problemen bij de sociaal-medische begeleiding van langdurig zieken met psychische aandoeningen zijn volgens de sleutelpersonen niet exclusief voor psychische aandoeningen. Een uitzondering

is probleem nummer vier. Wel wordt in meer of mindere mate aangegeven dat een probleem (met name 2 en 3) sterker speelt bij psychische aandoeningen dan bij andere diagnosecategorieën.

6.3.3 (On)mogelijkheden voor werkaanpassing

Tijdelijke aanpassingen in het eigen werk zijn beperkt mogelijk. Dit heeft vooral te maken met het feit dat de helft van het personeel bij het bedrijf in ploegendienst werkt. Bij ploegendienst wordt het zeer bezwaarlijk gevonden om werknemers halve diensten te laten draaien. Bovendien is het, bij een semi-continu productieproces, met in het proces vastliggende werkzaamheden, moeilijk om taken af te scheiden waarbij in een aangepast tempo gewerkt kan worden. In beperkte mate biedt de algemene werkplaats een oplossing voor deze problemen. In de algemene werkplaats kan part-time en/of in een aangepast tempo gewerkt worden.

Voor langdurig zieken met psychische aandoeningen is het vanwege hun verzuimverleden (probleem 1) en de door de visie van personeelsfunctionarissen op het ontstaan van de problemen (probleem 3) moeilijk om overgeplaatst te worden naar bijvoorbeeld een andere afdeling.

Deze beperkingen voor aangepast werk gelden ook voor andere aandoeningen, zij het in mindere mate wat betreft overplaatsing. Tevens is door enkele sleutelpersonen aangegeven, dat reïntegratie gemakkelijker wordt geaccepteerd door collega's en leidinggevenden als de aandoening somatisch is en iemand getroffen lijkt door het noodlot (bijvoorbeeld een hartaanval).

6.3.4 Beleving van de sociaal-medische begeleiding

In fase 1 van het onderzoek is uit interviews met 32 langdurig zieken met (voornamelijk) psychische aandoeningen het volgende over de beleving van de sociaal-medische begeleiding naar voren gekomen:

- Gemiddeld zijn de betrokkenen tamelijk tevreden over de hulp die ze van huisartsen, specialisten en psychologen hebben gekregen.
- Een derde van de groep betrokkenen heeft nog behoefte aan andere hulp.
- Gemiddeld is men noch tevreden noch ontevreden over de belangstelling van de afdeling.

- Voor zover men contact met de afdeling heeft gehad, is men gemiddeld positief over die contacten.
- Gemiddeld is men ontevreden over de personeelsfunctionaris.
- Ongeveer tweederde van de groep is tevreden over de begeleiding door de verzekeringsgeneeskundigen.
- Gemiddeld is men noch tevreden noch ontevreden over de begeleiding door het bedrijf.

In de tweede fase van het onderzoek is aan de 12 sleutelpersonen een oordeel gevraagd over de effectiviteit en efficiëntie van de sociaal-medische begeleiding. Sociaal-medische begeleiding is naar de mening van de sleutelpersonen een belangrijk instrument om zieken te begeleiden en arbeidsongeschiktheid te beperken. De sociaal-medische begeleiding wordt door de helft van de sleutelpersonen niet effectief gevonden. De efficiëntie van sociaal-medische begeleiding laat volgens de meeste sleutelpersonen te wensen over.

7 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

7.1 Tweeledige doelstelling

In de jaren 1984 t/m 1988 zijn in samenwerking met een groot industrieel bedrijf een vijftal onderzoeken uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (voorheen de Stichting CCOZ). Deze onderzoeken hadden betrekking op langdurig ziekteverzuim, sociaal-medische begeleiding, WAO-toetreding en reïntegratie bij een groot industrieel bedrijf.

De doelstelling van deze onderzoeken was tweeledig: in de eerste plaats is beoogd meer inzicht te krijgen in arbeidsongeschiktheidsrisico's. Daarnaast is getracht een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een wetenschappelijk verantwoorde methode om arbeidsongeschiktheid te registreren en te analyseren, die in de praktijk door bedrijven en bedrijfsverenigingen kan worden gebruikt.

7.2 Methode-ontwikkeling

Het tweede onderzoeksdoel (instrumentontwikkeling) is bewerkstelligd door de vergelijking van twee onderzoeksmethoden. De resultaten van transversaal onderzoek zijn vergeleken met die van een longitudinaal (cohort)onderzoek. Beide methoden zijn vervolgens beoordeeld op hun bruikbaarheid.

Uit de vergelijking van het cohortonderzoek met het transversale onderzoek blijkt dat beide methodes nagenoeg dezelfde resultaten opleveren. Voor een cohortonderzoek zijn gegevens nodig over een lange periode en op individueel niveau. Bij vele bedrijven zullen dergelijke uitgebreide en gedetailleerde gegevensbestanden niet voorhanden zijn. Een transversaal onderzoek stelt lagere eisen aan de benodigde gegevens dan een cohortonderzoek en is eenvoudiger uit te voeren. De transversale methode wordt aanbevolen voor gebruik in de praktijk. Daarbij moet wel rekening gehouden worden met de vraag die men wil beantwoorden.

De transversale analysemethode is, met enkele aanpassingen, in de praktijk goed bruikbaar gebleken en levert een wetenschappelijk aanvaardbaar

resultaat. Ook bij andere organisaties is de transversale aanpak gehanteerd, zoals in onderzoek naar arbeidsongeschiktheid bij de gemeente Amsterdam, in een onderzoek bij een groot dienstverlenend bedrijf en bij een middelgroot industrieel bedrijf. (zie Hellinga: Epidemiologisch onderzoek naar arbeidsongeschiktheid in bedrijven)

7.3 Overzicht van de deelonderzoeken

Naast het transversale onderzoek (1) en het cohortonderzoek (2) zijn nog drie deelonderzoeken uitgevoerd.

1. Transversaal onderzoek van WAO-toetredingen.
2. Cohortonderzoek van WAO-toetredingen.
3. Onderzoek naar werkhervatting na langdurige ziekte.
4. Onderzoek naar reïntegratie van WAO-toetreders.
5. Onderzoek naar de sociaal-medische begeleiding van langdurig zieken met psychische aandoeningen.

In het onderzoek naar werkhervatting na langdurige ziekte wordt bij verschillende groepen personeel, die in 1985 in dienst zijn bij het bedrijf, nagegaan wie er minstens vier weken wegens ziekte afwezig is. Gemiddeld blijkt één op de vijf werknemers minstens vier weken afwezig te zijn wegens ziekte. In sommige groepen is dat zelfs bijna één op de twee werknemers.

Bij de vier weeks-zieken wordt vervolgens nagegaan, hoe lang het verzuim duurt, welke ziekte gediagnosticeerd is, en of en zo ja op welke wijze iemand weer werk hervat heeft.

In het onderzoek naar reïntegratie van WAO-toetreders wordt van degenen die in de jaren 1980 tot en met 1983 in de WAO kwamen, nagegaan of zij binnen een tijdsperiode van twee en een half jaar na WAO-toetreding weer hun eigen of ander (aangepast) werk hebben hervat. Ongeveer een derde van alle WAO-toetreders is 2,5 jaar na WAO-toetreding weer bij het bedrijf werkzaam, hetzij zonder, hetzij met een gedeeltelijke WAO-uitkering.

Naast de 'normale' mogelijkheden tot reïntegratie, beschikt het bedrijf over een eigen zelfstandige revalidatiewerkplaats. In deze zogenaamde 'Algemene Werkplaats' kunnen mensen geplaatst worden, waarvoor (her)plaatsing op hun eigen afdeling (nog) niet mogelijk is. Degenen die op deze werkplaats terecht komen, zouden anders meestal volledig arbeidsongeschikt zijn met een geringe kans op herplaatsing. De bedoeling van de Algemene Werkplaats is dat de betrokkenen na verloop van tijd weer in de 'normale' werkeenheden terugkeren. Uit het reïntegratieonderzoek blijkt dat dit in 40% van de gevallen lukt. Daarmee is de reïntegratiekans op de Algemene Werkplaats beter dan gemiddeld bij het bedrijf.

Uit het reïntegratie-onderzoek blijkt dat 2,5 jaar na WAO-toetreding 52% van de WAO-toetreders een volledige WAO-uitkering heeft (bij toetreding 72%), dat het percentage gedeeltelijk arbeidsongeschikten is gedaald en dat 30% geen uitkering meer heeft.

In de onderzoeken naar werkhervatting van langdurig zieken en reïntegratie zijn transversale analyses uitgevoerd.

Op basis van een kwalitatief deelonderzoek wordt de organisatie van de sociaal-medische begeleiding bij het bedrijf beschreven. In het deelonderzoek worden 32 langdurig zieken geïnterviewd en wordt door middel van vragenlijsten informatie verkregen van verzekeringsgeneeskundigen en personeelsfunctionarissen. Daarnaast worden nog eens 12 sleutelpersonen geïnterviewd. Speciale aandacht wordt besteedt aan knelpunten die zich voordoen in de sociaal-medische begeleiding van langdurig zieken met psychische aandoeningen.

Voor de sociaal-medische begeleiding bij het bedrijf is de beperkte mogelijkheid bij ploegdienst voor part-time werk, maar ook beperkingen ten aanzien van werken in een aangepast tempo bij ploegdienst een knelpunt. Enkele andere, voor alle diagnosecategorieën geldende, knelpunten bij de sociaal-medische begeleiding, die uit het laatste deelonderzoek naar voren komen, zijn:

- het hoge verzuim van vele langdurig zieken en de verwachting dat deze personen ook in de toekomst veel zullen verzuimen;

- te weinig signalen voor een adequate primaire preventie;
- de visie van personeelsfunctionarissen dat in het werk gelegen oorzaken een minder grote rol spelen dan in de persoon zelf en diens privé situatie gelegen oorzaken. In die gedachtengang heeft het zoeken naar ander werk niet veel zin omdat in ander werk dezelfde problemen weer zullen optreden;
- een spanningsveld tussen de controletaken en begeleidingstaken van de verzekeringsgeneeskundigen, waardoor het accent teveel op de beperkingen van de zieken kan komen te liggen in plaats van op wat iemand nog wel kan.
- problemen in de samenwerking tussen de verschillende instanties (disciplines) die betrokken zijn bij de sociaal-medische begeleiding. Door deze problemen wordt het functioneren in de Locaal Sociale Teams negatief beïnvloed.
- tijdelijke aanpassingen in het eigen werk zijn beperkt mogelijk. Dit heeft vooral te maken met het feit dat de helft van het personeel bij het bedrijf in ploegendienst werkt. Bij ploegendienst wordt het zeer bezwaarlijk gevonden om werknemers halve diensten te laten draaien. Bovendien is het, bij een semi-continu productieproces, met in het proces vastliggende werkzaamheden, moeilijk om taken af te scheiden waarbij in een aangepast tempo gewerkt kan worden.
- overplaatsing naar een andere afdeling wordt belemmerd door het veelal hoge verzuim van de betrokkenen en de visie van personeelsfunctionarissen, dat de oorzaken van het verzuim in de persoon zelf gelegen zijn.

7.4 Omvang en ontwikkeling van WAO-toetredingsrisico's

Naast de ontwikkeling van een analysemethode, was het doel van de onderzoeken meer inzicht te krijgen in de omvang en ontwikkeling van arbeidsongeschiktheidsrisico's bij het bedrijf. Het WAO-toetredingsrisico blijkt gedurende de onderzochte periode te dalen van 2,7% naar 1,5%. Een opvallende daling van het WAO-toetredingsrisico (van 16,1% naar 4,7) doet zich vooral voor bij de oudste leeftijdscategorie, ten gevolge van de invoering van vervroegde uittredingsregelingen tijdens de periode waarop het onderzoek betrekking heeft.

Eén van de opvallende bevindingen in het trendonderzoek naar WAO-toetreding is een piek in 1979 en 1980 van 2,9%, bij een over het algemeen dalende lijn. Deze piek in WAO-toetredingen deed zich bij alle persoonscategorieën en vrijwel alle leeftijdsgroepen voor in ongeveer gelijke mate. Aangenomen wordt dat deze piek het gevolg is van groot-scheepse reorganisaties in de jaren 1975-1978. Een uitzondering op deze tijdelijke stijging vormt de oudste leeftijdsgroep, waar het aantal WAO-toetredingen een continu dalende lijn vertoont. Waarschijnlijk hangt dit samen met de invoering van VUT- en SOP-regelingen, die 'concurrerend' werken voor de WAO.

De gevonden resultaten bij het bedrijf zijn vergeleken met cijfers van de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) over WAO-toetredingen (loontrekkenden) en met cijfers van de bedrijfsvereniging waaronder het bedrijf valt. Hieruit bleek dat het WAO-risico bij het bedrijf gemiddeld iets lager is dan bij bedrijven, die aangesloten zijn bij deze bedrijfsvereniging. Bij vergelijking met de GMD-cijfers heeft het bedrijf soms een iets lager en soms een iets hoger risico, maar gemiddeld komen beide WAO-toetredingscijfers ongeveer overeen. Het aantal gedeeltelijk arbeidsongeschikten is bij het bedrijf groter: bijna 30% tegenover 17% bij de GMD (loontrekkenden in 1980).

In de onderzochte periode (1974-1985) wordt gemiddeld per jaar één op de veertig mannen (= 2,5%) geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt. Bij vrouwen ligt dit getal lager (1,7%). Dit komt enerzijds omdat vrouwen al bij 60 jaar gepensioneerd worden, anderzijds omdat bij het bedrijf voornamelijk jongere vrouwen werken.

Op basis van WAO-cijfers is het cumulatief WAO-risico berekend. Dit is de kans dat iemand ooit geheel of gedeeltelijk in de WAO dreigt te komen voor het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Daarbij wordt aangenomen dat men niet voor het 65e jaar uit dienst treedt of overlijdt. Het cumulatieve risico voor alle mannen bij het bedrijf bedraagt 79%. Dit betekent dat, indien de WAO-risico's tijdens de observatieperiode van 1975-1985 zouden gelden voor een langere periode, 79% van de mannen tijdens hun arbeidsleven (van 20 tot 65 jaar) geheel of gedeeltelijk

arbeidsongeschikt wordt. Ruim 40% van de werknemers zal voor het 55e jaar een gehele of gedeeltelijke WAO-uitkering krijgen.

Ter vergelijking zijn de cumulatieve risico's van de GMD (loontrekkenden mannen van 1980) berekend. Het blijkt dat het landelijke cumulatieve risico om voor het 65e jaar arbeidsongeschikt te worden gelijk is aan dat bij het bedrijf. Bij vergelijking van cumulatieve risico's op lagere leeftijden komt het bedrijf iets gunstiger tevoorschijn. Geconcludeerd kan worden dat bij het bedrijf uiteindelijk evenveel mensen arbeidsongeschikt worden als landelijk, maar dat de gemiddelde leeftijd waarop mensen arbeidsongeschikt worden bij het bedrijf hoger ligt.

Het cumulatieve risico is een theoretische grootte die op een aantal aannames stoelt. De berekende percentages zullen niet gehaald worden omdat sommige mensen wel overlijden voor het 65e levensjaar of ontslagen worden. Hoeveel procent van de mensen uiteindelijk arbeidsongeschikt worden is nu nog niet empirisch vast te stellen, omdat daarvoor de observatieperiode nog te kort is. Bij het bedrijf was het mogelijk om het verloop van personeel na te gaan over een periode van 11 jaar. Van het personeel dat op 31 december 1974 in actieve dienst was, is de situatie op 31 december 1985 nagegaan. Uit het onderzoek blijkt dat eind 1985, van de mannelijke actieve bezetting eind 1974, ongeveer de helft nog bij het bedrijf werkt. Twintig procent van de werknemers heeft in deze periode een gedeeltelijke of gehele WAO-uitkering ontvangen; 14% is met (vervroegd) pensioen; van 16% is het dienstverband beëindigd wegens ontslag op eigen verzoek en van 3% om andere redenen. Van de vrouwen is na 11 jaar slechts nog 24% in dienst doordat vrouwen veelvuldig ontslag nemen (64%). Arbeidsongeschikt werd 9% van de vrouwen.

7.5 Verskil in Arbeidsongeschiktheidsrisico's

De gegevens bij het bedrijf maakten het mogelijk om op basis van persoonskenmerken (leeftijd, geslacht, nationaliteit) en functiekenmerken (personeelscategorie, functieniveau, dienstrooster) onderscheid te maken tussen verschillende groepen personeel. Tevens waren de diagnoses bekend van de ziektes die aan de arbeidsongeschiktheid ten grondslag lagen. Uit

de verschillende deelonderzoeken blijkt dat er met betrekking tot de kans op langdurig verzuim (vier weken of langer), WAO-toetreding en reïntegratie grote verschillen bestaan tussen de onderscheiden groepen personeel.

Leeftijd blijkt ook in dit onderzoek van grote betekenis. Hoe hoger de leeftijd, hoe groter het WAO-toetredingsrisico. Werknemers van 50 jaar of ouder hebben bovendien een tweemaal kleinere kans op reïntegratie dan WAO'ers jonger dan 50 jaar, waardoor uiteindelijk vijfmaal meer ouderen (50+) definitief in de WAO komen dan jongeren (50-).

Verder zijn grote verschillen geconstateerd tussen personeelscategorieën. Bedrijfspersoneel (= personeel dat direct bij de productie betrokken is) heeft een driemaal zo grote kans op ziekteverzuim van minstens vier weken in vergelijking met leiding- en stafpersoneel. Met betrekking tot WAO-toetreden en definitieve arbeidsongeschiktheid is de kans van bedrijfspersoneel twee keer zo groot als van leiding- en stafpersoneel. Onderhoudspersoneel neemt een tussenpositie in qua ziekteverzuim van minstens vier weken en WAO-toetreden. Door een betere reïntegratiekans (44%) van onderhoudspersoneel in vergelijking met leiding- en stafpersoneel (34%) en bedrijfspersoneel (29%) is de kans op definitieve arbeidsongeschiktheid van onderhoudspersoneel ongeveer gelijk aan die van leiding- en stafpersoneel.

Schoonmaakpersoneel (waaronder veel buitenlandse vrouwen) en buitenlandse werknemers bij bedrijfspersoneel hebben de grootste kans op minimaal 4 weken ziekte (ongeveer 45%). Het percentage niet-herstelden van de groep, die 4 weken ziek is geweest in 1985, bedraagt gemiddeld ruim 8% van de onderzochte populatie. Bij de categorie niet-herstelden vallen de hoge percentages op voor buitenlandse mannen bij het bedrijfspersoneel en voor het schoonmaakpersoneel. Bij beide groepen is 12 à 14% van de langdurig zieken een jaar na ziekmelding nog steeds niet hersteld. Bij deze twee groepen is er dus niet alleen een hogere kans op 4 weken ziekte, maar de personen die 4 weken ziek zijn, hebben tevens een kleinere kans om voor het eind van het ziektejaar te herstellen en in de WAO te belanden. De WAO'ers hebben vervolgens ook nog een kleinere kans

dan andere personeelsgroepen om gereïntegreerd te worden. In verschillende fasen van het arbeidsongeschiktheidsproces zijn de buitenlanders bij bedrijfspersoneel en het schoonmaakpersoneel dus steeds de klos.

Bij zowel onderhoudspersoneel als leiding- en stafpersoneel worden aanzienlijke verschillen tussen functiegroepen aangetroffen. De laagste functiegroepen hebben daarbij een ongeveer anderhalf keer zo groot risico op arbeidsongeschiktheid dan de hoogste functiegroepen.

Onderzoek naar het verschil tussen werknemers die eind 1974 werkten bij het bedrijf en nieuwkomers na die tijd, laat zien dat nieuwkomers een iets lager WAO-toetredingsrisico hebben, met uitzondering van (met name buitenlands) bedrijfspersoneel.

7.6 Bijzonderheden per personeelscategorie

7.6.1 Bedrijfspersoneel

Bij mannen zijn de WAO-toetredingsrates voor bedrijfspersoneel het hoogst van alle personeelscategorieën; er is tevens sprake van relatief veel volledige arbeidsongeschiktheid. Het maakt daarbij niet veel verschil op welke afdeling gewerkt wordt. Bijzonder hoge risico's bestaan voor arbeidsongeschiktheid vanwege ziekten van het bewegingsapparaat, ademhalingsstoornissen, neurologische en zintuiglijke aandoeningen en maagzweren. Verrassend is het tweemaal hogere risico vanwege psychische problematiek bij bedrijfspersoneel in vergeleken met leiding- en stafpersoneel.

Buitenlandse werknemers hebben een wat hoger WAO-toetredingsrisico dan de Nederlandse collega's. Buitenlandse mannen hebben bijzonder hoge risico's vanwege ademhalingsstoornissen, maagzweren, maag- en darmstoornissen, nek- en rugklachten (met uitzondering van hernia) en verkeersongevallen.

In lage functiegroepen bij bedrijfspersoneel is het risico vanwege psychische problematiek beduidend hoger dan in hogere functiegroepen.

Voor arbeidsongeschiktheid vanwege hart- en vaataandoeningen is de situatie precies omgekeerd (bij Nederlanders).

Bedrijfspersoneel kent een iets groter aantal gereïntegreerden vergeleken met het bedrijfsgemiddelde. Het aantal WAO-toetreders is echter veel hoger dan het gemiddelde. De reïntegratiekans voor WAO'ers is daarom relatief laag. Dit geldt in het bijzonder bij psychische problemen, ademhalingsstoornissen en bewegingsapparaataandoeningen bij WAO'ers jonger dan 50 jaar en bij bewegingsapparaataandoeningen bij WAO'ers van 50 jaar of ouder. Gunstiger perspectieven bestaan voor jongere ongevalsslachtoffers en voor mensen met neurologische of zintuiglijke aandoeningen. Jongere buitenlandse werknemers hebben een tweemaal zo groot risico op definitieve afkeuring als hun Nederlandse collega's.

7.6.2 Onderhoudspersoneel

Het WAO-toetredingsrisico voor onderhoudspersoneel is hoger dan bij leiding- en stafpersoneel en lager dan dat voor bedrijfspersoneel. Er zijn met name minder toetredingen vanwege psychische problematiek dan bij het bedrijfspersoneel. Over het algemeen is er echter weinig verschil tussen het aandoeningenpatroon van het onderhoudspersoneel en dat van bedrijfspersoneel. Er zijn relatief veel toetredingen met een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Ook na de WAO-toetreding lijken de mogelijkheden voor reïntegratie bij het onderhoudspersoneel gunstig. Veel, met name oudere, WAO'ers keren terug op de werkplek. Het aantal definitief afgekeurden is vooral bij jongeren laag. De reïntegratiekans voor WAO'ers is gunstig bij maag- en darmstoornissen, ongevallen en ischaemische hartziekten. Ongunstig is de reïntegratiekans bij psychische problematiek.

Bij onderhoudspersoneel komt naar voren dat ploegendienstpersoneel een grotere risico op langdurig ziekteverzuim heeft dan dagdienst: 23 % van het ploegendienstpersoneel is in 1985 minstens 4 weken wegens ziekte afwezig tegen 16 % van het dagdienstpersoneel. Het werken in ploegendienst gaat tevens gepaard met een hoger WAO-toetredingsrisico, in het bijzonder vanwege ademhalingsstoornissen en ziekten van het bewegingsapparaat.

7.6.3 Leiding- stafpersoneel

Leiding- en stafpersoneel kent een relatief laag WAO-toetredingsrisico binnen het bedrijf. De risicoverschillen tussen de functiegroepen binnen leiding- en stafpersoneel zijn echter verrassend groot: werknemers in lagere functiegroepen hebben een veel hoger risico. Een vergelijking tussen mannen en vrouwen wijst niet op beduidende verschillen in WAO-toetredingsrisico. Wel blijken vrouwen vaker volledig en mannen vaker gedeeltelijk afgekeurd te worden.

Bij leiding- en staf personeel blijken aan het eind van het ziektejaar percentueel gezien veel meer mensen part-time te werken dan bij de andere personeelsgroepen (18%). Bij bedrijfspersoneel en ploegendienstwerkers bij onderhoudspersoneel komt part-time werken slechts weinig voor (respectievelijk 2 en 3%). Dit hangt samen met de ploegendienst (ook bedrijfspersoneel werkt in ploegendienst), waarbij het met name door de nachtdiensten het zeer bezwaarlijk wordt geacht om werknemers halve diensten te draaien. Wel komt het nog eens voor dat iemand tijdelijk niet alle wachten loopt maar bijvoorbeeld twee van de drie.

Het aantal definitief afgekeurden is lager dan het bedrijfsgemiddelde. De reïntegratiekans voor WAO'ers is iets hoger dan gemiddeld. Opvallend is de goede reïntegratiekans bij hart- en vaataandoeningen. Er zijn relatief weinig jongere gereïntegreerden bij leiding- en stafpersoneel.

7.6.4 Schoonmaakpersoneel

Het vrouwelijk schoonmaakpersoneel heeft een driemaal hoger WAO-toetredingsrisico dan vrouwelijk kantoorpersoneel. Volledige arbeidsongeschiktheid komt bij hen bovendien vaker voor dan gemiddeld bij het bedrijf. De reïntegratiekans voor WAO'ers is lager dan gemiddeld. Het aantal definitief afgekeurden is dan ook het hoogste van alle personeels-categorieën.

7.7 Generaliseerbaarheid van de bevindingen

De verschillende onderzoeken, die hiervoor besproken zijn, zijn uitgevoerd bij één groot industrieel bedrijf. Het bedrijf is een zogenaamde super-aker. Dit wil zeggen dat het bedrijf zelf de verantwoordelijkheid heeft voor de uitvoering van de Ziektewet. In verband met de uitvoering van de Ziektewet heeft het bedrijf verzekeringsgeneeskundigen in dienst. Ook andere diciplines zijn in dienst van het bedrijf: bedrijfsgeneeskundigen, psychologen (o.a. een psycho-therapeut), bedrijfsmaatschappelijk werk en personeelsfunctionarissen. Er zijn multi-diciplinaire samenwerkingsverbanden. Uit het onderzoek is bovendien gebleken dat het bedrijf er vaker in slaagt om aangepast werk te vinden voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten. Daarbij speelt mede een rol dat het bedrijf de beschikking heeft over een eigen revalidatiewerkplaats.

Ondanks dat een groot aantal bevindingen in overeenstemming is met resultaten uit onderzoek bij andere bedrijven is de generaliseerbaarheid vooralsnog beperkt. De betekenis van het onderzoek ligt veel meer in de voorbeeldfunctie met betrekking tot registratie en analyse van personeels- en medische gegevens en wellicht in de organisatie van de sociaal-medische begeleiding.

Bij het formuleren van beleidsaanbevelingen is vanwege de beperkte generaliseerbaarheid, mede gebruik gemaakt van de resultaten van ander onderzoek. Voor literatuurverwijzingen wordt verwezen naar de verschillende rapporten en artikelen waarop dit eindrapport gebaseerd is en die achterin vermeld staan.

8 BELEIDSAANBEVELINGEN

8.1 Optimaliseren, differentiëren en maatwerk

Voor de preventie van beroepsziekten in brede betekenis*, van al dan niet daarmee samenhangende arbeidsongeschiktheid en voor de bevordering van reïntegratie van arbeidsongeschikt geworden werknemers, zijn verschillende maatregelen nodig. Een aantal maatregelen is samen te vatten onder de noemer van optimaliseren van arbeid, arbeidsomstandigheden en sociaal beleid. Hierbij wordt gestreefd naar omstandigheden die voor de meeste werknemers geen overbelasting veroorzaken. Soms worden hierbij normen gehanteerd zoals met betrekking tot fysisch-chemische arbeidsomstandigheden en fysiek belastende arbeid. In dit kader horen tevens maatregelen als tijdige om-, her- en bijscholing van het personeel teneinde het arbeidsongeschiktheidsrisico te beperken, bijvoorbeeld bij optredende medische beperkingen voor lichamelijk belastend werk.

Andere maatregelen vallen onder de categorie "differentiatie van arbeidsplaatsen". Hiermee wordt bedoeld op de noodzaak van voldoende "lichte" arbeidsplaatsen (zowel lichamelijk als mentaal bedoeld) voor bijvoorbeeld oudere en beperkt belastbare werknemers. Vanwege de stelselherziening sociale zekerheid, maar ook vanwege demografische ontwikkelingen is in de nabije toekomst een forse toename te verwachten van werknemers met medische beperkingen die aangepast werk wensen. Loopbaanplanning en reservering van lichte functies behoren tot de beleidsmogelijkheden. Het aantal benodigde lichte functies dient daarbij niet te worden onderschat. Als vuistregel is wellicht te hanteren: 30% van alle functies.

* beroepsziekte in de brede betekenis van "work-related diseases" (World Health Organization, 1985), overeenkomend met de brede betekenis gehanteerd in de Arbwet (artikel 9): van beroepsziekte wordt hier gesproken wanneer de ziekte niet ontstaan zou zijn wanneer belastende arbeidsfactoren niet aanwezig waren geweest.

Een derde soort maatregel is samen te vatten onder de noemer van individueel maatwerk bij reïntegratie. Gedoeld wordt op de noodzakelijk persoonlijke sociaal-medische en soms psychologische begeleiding van langdurig zieken als ook op gewenste specifieke aanpassingen van de arbeidsplaats en van de taak.

8.2 Aanbevolen maatregelen

De maatregelen dienen primair genomen te worden op het niveau van de bedrijven. Daarbij kan ondersteuning geboden worden door bedrijfsgezondheidsdiensten, bedrijfsverenigingen, werknemers- en werkgeversverenigingen en last but not least de overheid. Achtereenvolgens zullen beleidsaanbevelingen gepresenteerd worden op bedrijfs- en het daarboven liggende niveau.

Bedrijfsniveau

Lichamelijk belastende arbeidsomstandigheden blijken in dit onderzoek, overeenkomstig bevindingen in andere Nederlandse onderzoeken, een grote rol spelen. Het is aannemelijk dat zowel sprake is van meer voorkomen van bepaalde beroepsziekten als van reïntegratieproblemen bij produktie- en schoonmaakpersoneel en in mindere mate bij het technisch onderhoudspersoneel. Algemene ergonomische maatregelen verdienen een hoge prioriteit. Speciale ergonomische maatregelen zijn nodig voor individuele werknemers met lichamelijke beperkingen. Er moeten bovendien voldoende fysiek lichte arbeidplaatsen aanwezig zijn in de bedrijven om een reïntegratiebeleid mogelijk te maken en om arbeidsongeschiktheid te voorkomen voor werknemers die geleidelijk aan minder fysiek belastbaar zijn.

Het beschikbaar hebben en houden van voldoende lichte arbeidplaatsen wordt ons inziens veel te weinig benadrukt. Hier ligt een belangrijke bottleneck voor zowel de preventie als de reïntegratie, veroorzaakt door het voortdurend streven naar het schrappen van lichte functies en naar functieverbreding. Op de achtergrond speelt vermoedelijk de absolute daling van het aantal functies in de produktiesfeer een belangrijke rol. Een recente publicatie wijst daarnaast op mogelijke problemen als gevolg van het werken in teams (Nijhuis en Bullinga, TSG 25, 1987).

Reorganisaties al dan niet gepaard gaande met personeelsinkrimpingen kunnen leiden tot een duidelijke toename van het aantal arbeidsongeschikten. Daarom moet bij reorganisaties speciale aandacht besteed worden aan werknemers, die wegens gebrek aan opleiding dan wel om medische redenen moeilijk herplaatsbaar zijn. In dergelijke situaties hebben VUT- en sociaal-planregelingen de voorkeur boven WAO-toetreding om onnodige medicalisering en stigmatisering te voorkomen.

Een weinig verrassende beleidsaanbeveling is dat een sociaal beleid gericht op knelpunten in het functioneren van oudere werknemers noodzakelijk is, gezien de hoge WAO-toetredingsrisico's en geringe reïntegratiekansen. Hetzelfde geldt de noodzaak van een beleid gericht op het functioneren van en reïntegratieproblemen bij buitenlandse werknemers gezien de ongunstige risico's op WAO-toetreding.

Bij sociaal-medische begeleiding is afbakening van taken en verantwoordelijkheden van groot belang. Voorkomen moet worden dat de primaire verantwoordelijkheid voor preventie, begeleiding en reïntegratie wordt afgeschoven naar ondersteunende en adviserende diensten. Tevens dient voorkomen te worden dat de sociaal-medische begeleiding versnipperd over de verschillende disciplines. Daar waar verschillende disciplines betrokken zijn bij de begeleiding verdient de verantwoordelijkheid voor de coördinatie duidelijk te worden vastgelegd.

Bedrijfsgezondheidsdiensten

Preventie van beroepsziekten en arbeidsongeschiktheid en bevordering van reïntegratie zijn hoofdtaken voor bedrijfsgezondheidsdiensten. Bij de prioriteitsstelling in hun beleid dienen zij meer gebruik te maken van ziekteverzuim-, arbeidsongeschiktheids- en reïntegratiegegevens. Bij het betrokken bedrijf is een dergelijke intentie uitdrukkelijk naar voren gebracht.

Bedrijfsverenigingen, GMD, ABP, SVr

De onderzoeksresultaten ondersteunen de inspanningen om te komen tot een bedrijfsgerichte in plaats van een regiogerichte reïntegratiebevordering, uit te voeren onder andere door verzekeringsgeneeskundigen van bedrijfsverenigingen.

De ziekteverzuimbegeleiding (controle) bij meer dan 45% gedeeltelijk arbeidsongeschikten dient zodanig te worden herzien dat volledige arbeidsongeschiktheid effectiever wordt voorkomen. Bij een superaker kan de begeleiding van reeds gedeeltelijk arbeidsongeschikten ook na de eerste maand van hernieuwde volledige uitval vermoedelijk beter door de Ziektewet-verzekeringsartsen plaatsvinden. Overname van de begeleiding door andere instanties lijkt ongunstig te zijn.

Differentiatie van door de werkgever betaalde premies dient overwogen te worden. Voor bedrijven (afdelingen, bedrijfssectoren) met goede arbeidsomstandigheden en een goed sociaal beleid is het niet stimulerend om steeds weer te constateren dat die bedrijven "beloond" worden waar vele werknemers via de WAO vertrekken.

De beste maat voor het bepalen van de hoogte van premies is niet het aantal WAO-toetreders, maar het aantal uiteindelijk 'niet-gereïntegreerde WAO-gerechtigden' bijvoorbeeld per 1000 werknemers en gestandaardiseerd voor leeftijd. Hierin wordt uitgedrukt het percentage "definitief" in de WAO terecht gekomen werknemers. Het beleid van de bedrijven dient erop gericht te zijn om dit percentage zo laag mogelijk te houden.

Werknemers- en werkgeversorganisaties

Afbouw van bestaande VUT- en sociaal-planregelingen zal een stijging van het aantal WAO-toetreders tot gevolg hebben. Dit heeft tot gevolg een verminderende sociale zekerheid voor de betrokkenen, doch ook medicalisering en stigmatisering hetgeen tevens maatschappelijke kosten met zich meebrengt.

Werknemers- en werkgeversorganisaties dienen bijvoorbeeld bedrijfssector-gewijs, tot onderlinge afspraken te komen ter bevordering van de preventie van beroepsziekten en van reïntegratie van beperkt belastbare werknemers.

Overheid

De volledige invoering van de Arbowet en invulling van de raamwet met onder andere ergonomische normen of richtlijnen is gewenst in het kader van de preventie van beroepsziekten.

Bij de geplande evaluatie van de WAGW dient aandacht besteed te worden aan de voor- en nadelen van invoering van de voorgestelde quoteringsregeling. Het bestand van gedeeltelijk arbeidsongeschikten dat werkzaam is, is een belangrijke parameter ter beoordeling van het (re)integratiebeleid van een onderneming. Vanuit dit onderzoek is daarop het volgende commentaar te leveren. Gebleken is dat veel meer werknemers blijvend gereïntegreerd zijn (namelijk 544 van de 1663 WAO'ers), dan uit het bestand aan werkende gedeeltelijk arbeidsongeschikten blijkt (namelijk 319), als gevolg van het niet meerekenen van de werknemers die uiteindelijk volledig hebben hervat. Bovendien is gebleken dat zeer veel mutaties en activiteiten hebben plaatsgevonden zonder te resulteren in een blijvende reïntegratie. Er is dus een discrepantie tussen de over het algemeen gewenste intensieve bedrijfsinspanning en de eventueel in te voeren quoteringsregeling, voorzover deze voornamelijk werkende gedeeltelijk arbeidsongeschikten zou omvatten.

De beste maat voor het (reïntegratie)beleid op bedrijfsniveau is overigens niet het aantal gereïntegreerden per 1000 persoonsjaren (een goede maat voor eventuele opvangmogelijkheden), maar het uiteindelijk aantal niet-gereïntegreerde WAO-gerechtigden bijvoorbeeld per 1000 werknemers en gestandaardiseerd voor leeftijd.

8.3 Beleid gericht op verkleinen van risicoverschillen

Het arbeidsongeschiktheidsrisico is heel ongelijk verdeeld. De grote risicoverschillen geven aanleiding voor een beleid gericht op het terugdringen van deze grote verschillen. Prioriteit dient daarom gegeven te worden aan maatregelen ten gunste van werknemers die handarbeid verrichten, werknemers in lagere functies ook in de administratieve sector en aan maatregelen ten gunste van oudere werknemers (met name in ploegdienst). Hoge risico's op arbeidsongeschiktheid ten gevolge van bepaalde aandoeningen kunnen daarbij aanwijzingen geven in welke richting gezocht moet worden om een preventief beleid te voeren. In een groot aantal gevallen kunnen nu reeds maatregelen getroffen worden. Vaak is echter ook nader onderzoek gewenst, zoals verderop zal worden aangegeven.

Bij het formuleren van de beleidsaanbevelingen is gekozen voor beleidsmaatregelen gericht op een aantal ons inziens belangrijke oorzaken voor het arbeidsongeschikt worden en blijven. Verlaging van de uitkeringen en verhoging van toegangsdrempels tot arbeidsongeschiktheidsuitkeringen zullen niet leiden tot het verkleinen van de door ons én anderen gevonden grote verschillen in risico op arbeidsongeschiktheid. Wij vrezen daarentegen dat de werknemers in de meest zware beroepen en bedrijfssectoren persoonlijk de rekening betalen voor sociaal-economische ontwikkelingen waar zijzelf niet veel invloed op kunnen uitoefenen. Zij betalen zelfs tweemaal: eerst door verlies van de gezondheid en vervolgens door verlies van arbeidszekerheid en inkomen.

8.4 Aanbevelingen voor registratie

Onderzoek, deels op basis van reeds geregistreerde gegevens dient bevorderd te worden zowel op humanitaire als op economische gronden. Er is momenteel een gebrek aan gegevens met betrekking tot de oorzaken van geconstateerde knelpunten met betrekking tot beroepsziekten, arbeidsongeschiktheid en reïntegratie. Dit geldt zowel op bedrijfs-, categoriaal (bedrijfsverenigingen, ABP, GMD), regionaal, als op landelijk niveau.

Voor het inventariserend en evaluerend onderzoek naar knelpunten met betrekking tot arbeidsongeschiktheidsrisico's, bevelen wij het gebruik aan van de "transversale onderzoeksmethode". De methode is wetenschappelijk verantwoord, met name bij vraagstellingen waarbij het recente verleden centraal staat. De methode is bruikbaar zowel voor analyses van één jaar of meerdere jaren samengenomen, als voor trendanalyses over verschillende jaren, bij werknemerspopulaties vanaf 2000 persoonsjaren.

Aanbevolen wordt om (indirecte) leeftijdsstandaardisatie toe te passen en, waar mogelijk, diagnoses bij de analyse te betrekken. Te overwegen is om dezelfde methode toe te passen bij één-, drie- en zesmaandsverzuim, hetgeen aanvullende relevante gegevens oplevert.

Toepassing van de transversale methode met indirecte leeftijdsstandaardisatie als standaardmethode, biedt aanzienlijke voordelen met betrekking tot:

- de kwaliteit van de verkregen gegevens.
- de mogelijkheid tot onderlinge vergelijking.
- het vormen van referentiebestanden.

Wij bevelen aan, dat een haalbaarheidsonderzoek wordt verricht door het NIA, naar de bereidheid en mogelijkheden om ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidsgegevens op een dergelijke gestandaardiseerde wijze te registreren en te analyseren. Een verkennend onderzoek is reeds verricht door de Stichting CCOZ, (F. van Dijk: Verslag werkconferentie 'Gebruik van arbeidsongeschiktheidsdiagnosegegevens' CCOZ, 1986). Overwogen dient te worden, om de registratie van arbeidsongeschiktheidsgegevens naar beroep en bedrijfscategorieën in de nabije toekomst verplicht te stellen.

8.5 Aanbevelingen voor onderzoek

Een aantal bevindingen in dit onderzoek zijn reden om wetenschappelijk onderzoek voor te stellen met als doel om in de eerste plaats de generaliseerbaarheid van de bevindingen te testen en in de tweede plaats om achterliggende oorzaken op te sporen. Het betreft de volgende bevindingen:

- Het uitzonderlijk hoge arbeidsongeschiktheidsrisico en de geringe reïntegratiekansen bij het schoonmaakpersoneel doet de vraag rijzen naar de situatie in soortgelijke bedrijven en instellingen, mede naar aanleiding van soortgelijke bevindingen bij het gemeentelijk schoonmaakbedrijf in Amsterdam.
- Buitenlandse werknemers in de produktie worden relatief frequent arbeidsongeschikt vanwege ademhalingsstoornissen en maag- en darmaandoeningen. De vraag is hoe de situatie bij andere bedrijven is en wat bij gebleken generaliseerbaarheid, de achterliggende oorzaken zijn.
- Bij produktiepersoneel neemt het risico op arbeidsongeschiktheid vanwege hart- en vaataandoeningen toe naarmate de functiegroep hoger is. Voor psychische problematiek geldt het omgekeerde. Wederom de vraag naar generaliseerbaarheid en determinanten.
- Overeenkomstig landelijk onderzoek is gebleken dat vrouwen vaker volledig en minder vaak gedeeltelijk arbeidsongeschikt worden verklaard dan mannen, vermoedelijk samenhangend met geringere reïntegratiekansen voor vrouwen. Aanbevolen wordt om na te gaan wat hiervan de achtergronden zijn.
- Grote verschillen in langdurig ziekteverzuim, WAO-toetreding en definitieve arbeidsongeschiktheid zijn geconstateerd bij een groot industrieel bedrijf. Leiding- en stafpersoneel heeft relatief lage risico's, produktie- en schoonmaakpersoneel hebben relatief hoge risico's. Opvallend is de ongunstige situatie voor ouderen en voor buitenlandse werknemers. De vraag is in welke mate determinanten van invloed zijn op dit verschil in kansen, zoals de interne arbeidsmarktpositie (samenhangend met opleiding en leeftijd van betrokkene(n) en de arbeidsvraag), medische beperkingen en de kwaliteit van de sociaal-medische of psychologische begeleiding.

Overzicht rapporten en artikelen van auteurs.

1. Verschil in WAO-toetredingsrisico.
F. van Dijk, D.A. van Haselen, D.E. Lenshoek. Stichting CCOZ, juni 1985.
2. Vervolgrapport "Verschil in WAO-toetredingsrisico".
D.E. Lenshoek, D.A. van Haselen, F. van Dijk
C. Koffeman, S. de Boer en P. Hellinga. Stichting CCOZ, maart 1987.
3. WAO-toetreding: Trends en risicogroepen in een groot industrieel bedrijf.
Dr. F. van Dijk, Drs. D.A. van Haselen, Drs. D.E. Lenshoek,
Drs. P. Hellinga, S. de Boer, C. Koffeman/TSG 65 (1987) nr. 20.
4. Weer aan 't werk. Reïntegratie van langdurig zieken en WAO'ers bij een groot bedrijf.
D.A. van Haselen, D.E. Lenshoek (Red.), F. van Dijk, S. de Boer, P. Hellinga, C. Koffeman. Wetenschappelijk rapport NIA, 1988.
5. Trends in de reïntegratie van WAO-toetreders.
D.E. Lenshoek, D.A. van Haselen, F. van Dijk, S. de Boer, P. Hellinga, C. Koffeman. TSG 66 (1988) 249-252.
6. Verschil in reïntegratiekansen.
D.E. Lenshoek, D.A. van Haselen, F. van Dijk, S. de Boer,
C. Koffeman. NIA, 1988. Concept-artikel.

7. Voorstudie voor cohortonderzoek naar WAO-toetreden bij een groot industrieel bedrijf.
P. Hellinga, F. van Dijk, C. Koffeman, D.A. van Haselen, D.E. Lenshoek. NIA, 1988.
8. Cohortonderzoek naar WAO-toetreden bij een groot industrieel bedrijf.
P. Hellinga, F. van Dijk, C. Koffeman, D.A. van Haselen, D.E. Lenshoek. NIA, 1988.
9. WAO-toetreden bij afdelingsclusters bij een groot industrieel bedrijf.
P. Hellinga, C. Koffeman, D.A. van Haselen, D.E. Lenshoek, S. de Boer. NIA, 1988.
10. Evaluatie van epidemiologische analysemethoden toegepast op WAO-toetreden.
P. Hellinga, F. van Dijk, D.E. Lenshoek. NIA, 1988.
11. Samenvatting rapportages WAO-onderzoek bij een groot industrieel bedrijf (versie voor het bedrijf).
D.E. Lenshoek (redactie), S. de Boer, F. van Dijk, D.A. van Haselen, P. Hellinga, C. Koffeman. NIA, 1987.
12. Ziekteverzuim, WAO-toetreding en reïntegratie bij een groot industrieel bedrijf (eindrapport).
D.E. Lenshoek en P. Hellinga (redactie), F. van Dijk, D.A. van Haselen, S. de Boer, C. Koffeman. NIA, 1989.

13. Tussenrapportage van het longitudinaal onderzoek naar WAO-toetreding. (intern rapport)
P. Hellinga, F. van Dijk, D. Lenshoek. NIA, 1987.
14. Epidemiologisch onderzoek naar arbeidsongeschiktheid in bedrijven (Conceptartikel), P. Hellinga en F. van Dijk. NIA, 1988
15. Ziekte duur, diagnose en werkhervatting.
D.E. Lenshoek, S. de Boer, C. Koffeman, P. Hellinga.
Tijdschrift voor verzekeringsgeneeskunde, jrg.27 (1989), nr.1, 6-10.
16. Onderzoek naar de sociaal-medische begeleiding van langdurig zieken met psychische aandoeningen. P. Hellinga. NIA, 1988.