

Het ziekteverzuim in de jaren zeventig risicogroepen en trends

drs. Thea P.V. Bakker en ir. Henk J. Kruidenier
Amsterdam, februari 1984

Stichting CCOZ

Het ziekteverzuim in de jaren zeventig risicogroepen en trends

Het ziekteverzuim in de jaren zeventig risicogroepen en trends

Samenvattend rapport over deel B 1 van
het onderzoeksprogramma Secundaire Analyses (SA-B-6)

drs. Thea P.V. Bakker en ir. Henk J. Kruidenier
Amsterdam, februari 1984

Stichting CCOZ Wetenschappelijke rapporten

CIP-gegevens

Bakker, Thea P.V.

Het ziekteverzuim in de jaren zeventig: risicogroepen en trends: samenvattend rapport over deel B1 van het onderzoeksprogramma Secundaire Analyses (SA-B-6)/Thea P.V. Bakker en Henk J. Kruidenier. - Amsterdam: Stichting CCOZ. - Ill. — (Wetenschappelijke rapporten/Stichting CCOZ)

Met lit.opg.

ISBN 90-6747-025-2

SISO 367.1 UDC 658.3:331.101"197"

Trefw.: ziekteverzuim/arbeidsomstandigheden.

Copyright © 1984 T.P.V. Bakker en H.J. Kruidenier, Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veeleelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever, de Stichting CCOZ, die daartoe door de auteur-rechthebbende met uitsluiting van ieder ander is gemachtigd.

Inhoud

	Pag.
Voorwoord	7
1 Inleiding	8
1.1 Achtergrond	8
1.2 Doelstelling	8
1.3 Theoretisch kader	9
1.4 De beschikbare gegevens	11
1.5 De opbouw van het rapport	11
2 De ontwikkeling van het ziekteverzuim in de jaren 70	12
2.1 De cijfers	12
2.1.1 De ontwikkeling sinds 1950	12
2.1.2 De jaren 1969-1978 nader bekeken: verzuimpercentage, frequentie en gemiddelde duur.	13
2.1.3 De daling in de periode 1979-1983	18
2.1.4 De ontwikkeling van het ziekteverzuim van vrouwen nader bekeken	19
2.2 De achtergronden van de stijging in de periode 1969-1978.	22
2.2.1 De benadering van Philipsen: beschouwingen aan de hand van het beslissingsmodel.	22
2.2.2 De benadering van Vroege: het belasting-belastbaarheidsmodel toegepast.	27
2.3 De achtergronden van de daling in de periode vanaf 1979.	30
3 Risicogroepen en trends.	32
3.1 Inleiding	32
3.2 Vergelijkbaarheid wat betreft het ziekteverzuim van de onderzochte bedrijven met het Nederlandse bedrijfsleven	33
3.3 Seizoenspatronen: maandcijfers of jaarcijfers?	37
3.4 Risicogroepen: leeftijd, geslacht en functie	37
3.4.1 Literatuur	38

3.4.1.1	Geslacht	38
3.4.1.2	Leeftijd	39
3.4.1.3	Functie	40
3.4.2	Leeftijd, geslacht en functie	41
3.4.2.1	Functie	41
3.4.2.2	Leeftijd en geslacht	42
3.4.2.3	Correctie op leeftijd, geslacht en functie	46
3.4.3	Samenhang tussen hoogte en ontwikkeling van het verzuim	48
3.5	Samenvatting	49
4	De ontwikkeling van het ziekteverzuim bij de vaste kern van het personeelsbestand (Blijvers)	51
4.1	Inleiding	51
4.2	Blijvers versus voltallig personeel	52
4.3	Het leeftijdseffect nader bekeken: negen kohorten	53
4.4	Leeftijd, geslacht en functie.	55
4.4.1	Hoogte van het verzuim	55
4.4.2	Ontwikkeling van het verzuim	56
4.4.2.1	Functie	56
4.4.2.2	Geslacht	57
4.4.2.3	Leeftijd	57
4.5	Samenhang tussen hoogte en ontwikkeling van het verzuim	58
4.6	Samenvatting	59
5	De ontwikkeling van het ziekteverzuim bij de vrouwen	62
6	Samenvatting en discussie	65
	Noten	72
	Literatuur	75

Voorwoord

In de afgelopen jaren zijn door de Stichting CCOZ diverse publicaties uitgebracht die betrekking hebben op de omvang van het ziekteverzuim in Nederland. Deels handelen deze rapporten over het verschijnsel dat het ziekteverzuim in de afgelopen decennia nogal fors is toegenomen, deels ook behandelen deze de vraag naar de achtergronden van de grote verschillen die zich in dit opzicht tussen groepen werknemers voordoen. De hier bedoelde rapporten zijn uitgebracht in het kader van het onderzoeksprogramma "Secundaire Analyses" van de CCOZ en hebben betrekking op deel B1: Risicogroepen en trends.

Het voor u liggende rapport beoogt in één publicatie een samenvattend overzicht te geven van de in deze rapporten vermelde resultaten. De volledige lijst van publicaties is bijgevoegd.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Het ziekteverzuim heeft zich in Nederland sinds de Tweede Wereldoorlog in een ruime aandacht mogen verheugen. Een aandacht die des te intensiever is geworden naarmate de afwezigheid wegens ziekte een steeds grotere omvang heeft gekregen. De ruime aandacht voor dit verschijnsel is zeker niet misplaatst als men zich realiseert hoe verstorend de (onverwachte) afwezigheid van werknemers op het productieproces werkt, de hoge kosten die met het ziekteverzuim gemoeid zijn en - last but not least - hoeveel persoonlijk leed en frustratie vaak achter de afwezigheid wegens ziekte schuilgaat.

Hoewel er veel onderzoek¹⁾ is verricht kan niet gesteld worden dat er een helder inzicht bestaat in de oorzaken van het hoge verzuim en de vaak grote verschillen tussen groepen personeelsleden. De resultaten van het onderzoek zijn vaak specifiek voor de onderzochte categorie werknemers in de onderzochte periode en derhalve nauwelijks generaliseerbaar, noch naar "de werknemer", noch naar andere perioden. Het feit dat - voor zover bekend - de daling van het verzuim sinds 1979 door niemand voorzien is, illustreert het gebrekkige inzicht in de grote lijnen, ondanks veel kennis op detail-niveau.

1.2 Doelstelling

In het deelproject "Risicogroepen en trends" van het onderzoeksprogramma "Secundaire Analyses" van de CCOZ wordt met name aandacht geschonken aan deze grote lijnen. De vragen die aan de orde zullen komen zijn de volgende:

- Hoe heeft zich in Nederland het verzuimpatroon ontwikkeld, gelet op het ziekteverzuimpercentage, de frequentie en de duur der gevallen. Wat is er bekend over de achtergronden/oorzaken van deze ontwikkeling.
- Welke risicogroepen kunnen worden onderscheiden, hoe ziet het verzuimpatroon van deze groepen eruit en hoe heeft het verzuim van deze groepen zich in de afgelopen periode ontwikkeld. Wat kan er gezegd worden over de oorzaken van verschillen in verzuimniveau en -ontwikkeling.

De onderzochte periode beperkt zich met een enkele uitzondering tot de jaren

vanaf 1969. De beperkingen die inherent zijn aan sekundaire analyses (het cijfermateriaal is zelden of nooit toegesneden op de vraagstelling) zullen ook in dit verslag blijken. De gerapporteerde resultaten hebben vooral een beschrijvend karakter.

De achterliggende processen zijn goeddeels aan directe waarneming onttrokken en kunnen slechts veronderstellenderwijs aan de orde gesteld worden. Aanvullend onderzoek met een toegespitste gegevensverzameling is nodig om een beter inzicht in de werking van relevante factoren te verwerven.

1.3 Theoretisch kader

Een ander aspect dat in dit verband aandacht vraagt betreft het theoretisch kader van waaruit het onderzochte verschijnsel (ziekteverzuim) benaderd is. In de literatuur kunnen twee stromingen onderscheiden worden.

De eerste en invloedrijkste benadering is vooral ontwikkeld door Philipsen (1969) en is bekend geworden onder de naam "beslissingsmodel". Deze benadering is in essentie van gedragswetenschappelijke aard: ziekteverzuim wordt opgevat als ziektegedrag. Dit gedrag, in casu zich al of niet ziekmelden, wordt niet alleen beïnvloed door de mate van onwelbevinden, maar ook door talloze andere factoren die deels van psychologische, deels ook van sociologische aard zijn.

Centraal staat de notie dat een ziekmelding een beslissingsmoment (voor de betrokken werknemer) kent en dat de ziekteverzuimproblematiek inzichtelijk wordt door kennis van de invloeden die op deze individuele beslissingen inwerken.

De andere benadering is geworteld in de biologische wetenschappen. Ziekte, stress en onwelbevinden worden gezien als gevolgen van lichamelijke en/of psychische overbelasting. Deze stroming staat bekend onder de aanduiding "belasting-belastbaarheidmodel".

Ziekteverzuim ontstaat als (en duurt voort zolang) de arbeidsbelasting kwalitatief en/of kwantitatief niet in overeenstemming is met de belastbaarheid van het individu. Deze opvatting legt, in tegenstelling tot de vaak individualiserende benadering in het kader van het beslissingsmodel, de nadruk op de belastingsfactoren die voor individuele werknemers in het algemeen niet direct beïnvloedbaar zijn: taakinhoud en arbeidsomstandigheden (zie bijv. Vroege, 1982a).

Zoals vaker het geval is, lijkt een synthese van beide benaderingen het meest

vruchtbaar te zijn. Immers, ook in het door Philippsen geformuleerde model, speelt de ziekte of het onwelbevinden een belangrijke rol als noodzakelijke voorwaarde voor ziekteverzuim. Het model verschaft echter vooral inzicht in de vraag waarom de ene werknemer zich bij een aandoening ziek meldt en een andere met dezelfde aandoening niet. Het belasting-belastbaarheidsmodel geeft daarentegen inzicht in het ontstaan van aandoeningen, maar gaat voorbij aan het feit dat werknemers daar in termen van gedrag verschillend op kunnen reageren. Een geïntegreerd model is in de literatuur niet beschikbaar. Uiteraard ontbreekt ook onderzoek waarin nagegaan wordt wat het relatieve belang is van enerzijds een discrepantie tussen belasting en belastbaarheid en anderzijds diverse (sociaal-)psychologische en sociologische factoren. Het zal duidelijk zijn dat door dit gemis ook de interpretatie van de hierna te presenteren gegevens een enigszins heikele zaak is.

Wij zullen ons in dit rapport (evenals wij gedaan hebben in de diverse deelpublicaties) bij de interpretatie van de gegevens richten op één van beide benaderingen: het belasting-belastbaarheidsmodel. De aanwezigheid van ziekte of tenminste verminderd welbevinden is immers een noodzakelijke voorwaarde voor "afwezigheid wegens ziekte". Dat geldt ook voor het omvangrijke "grijze" verzuim waarbij de arbeidsongeschiktheid niet volgens strikte, objectieve criteria kan worden vastgesteld. Ziekte en onwelbevinden laten zich - in het kader van een onderzoek naar de grote lijnen - het best beschrijven als gevolgen van een langdurige discrepantie tussen belasting en belastbaarheid.

En tenslotte: het beslissingsmodel is een model dat vooral voor onderzoek op individueel niveau interessant kan zijn, omdat immers individuele verschillen in gedrag daarmee verklaard kunnen worden. Bij ons onderzoek op groepsniveau lijkt het relevanter om de overeenkomsten (zoals bijvoorbeeld in belastingsniveau) centraal te stellen.²⁾

Ons exploratieve onderzoek naar de trends in het ziekteverzuim en naar de ontwikkelingen binnen risicogroepen is dus vooral gestoeld op een epidemiologische benadering. De sociaal-culturele en psychologische aspecten staan, mede ten gevolge van het ontbreken van cijfers, op de tweede plaats. In het rapport zullen verschillen in verzuimniveau tussen groepen geïnterpreteerd worden als verschillen in discrepantie tussen belasting en belastbaarheid: een hoog verzuimniveau indiceert een ten opzichte van de belastbaarheid te hoog belastingsniveau. Zowel het begrip "belasting" als het begrip "belastbaarheid" hebben in dit rapport echter een

bredere betekenis dan gebruikelijk in de arbeidsgeneeskundige literatuur. Waar gesproken wordt over een "discrepantie tussen belasting en belastbaarheid" wordt in het hierna volgende niet alleen gerefereerd aan verschijnselen als fysieke en/of psychische overbelasting maar in algemene zin aan een situatie waarin de eisen die het werk en/of de werksituatie stelt, niet overeenstemmen met het prestatievermogen of zelfs de prestatiebereidheid van de betrokken werknemers.

1.4 De beschikbare gegevens

Voor dit deel van het onderzoeksprogramma Sekundaire Analyses hebben wij gebruik gemaakt van deels openbare en gepubliceerde gegevens en deels van niet-openbare bedrijfsgegevens. De eerste soort betreft gegevens die periodiek gepubliceerd worden door de bedrijfsverenigingen, de Sociale Verzekeringsraad, het CBS, het NIPG/TNO en uiteraard de CCOZ.

Daarnaast hebben wij de beschikking gekregen over geaggregeerde gegevens van twee ondernemingen. Eén van deze twee bedrijven heeft ook gegevens op individueel niveau beschikbaar gesteld. De laatst genoemde gegevens uiteraard in anonieme vorm.

1.5 De opbouw van het rapport

In hoofdstuk 2 zal allereerst een overzicht worden gegeven van wat er over het niveau en de ontwikkeling van het ziekteverzuim bekend is. Enerzijds komen de verzuimcijfers uit de genoemde openbare bronnen aan de orde. Daarbij wordt extra aandacht besteed aan de ontwikkeling van het verzuim van de vrouwen. Anderzijds wordt ingegaan op wat er uit de literatuur naar voren komt als mogelijke oorzaken van de ontwikkelingen van het verzuim in de jaren 70.

In de daaropvolgende hoofdstukken komt het nieuw onderzochte ziekteverzuimateriaal van twee grote Nederlandse ondernemingen aan de orde. In hoofdstuk 3 wordt de relevantie van de gegevens nagegaan en worden kort de ontwikkelingen in het verzuim geschetst. Vervolgens gaat hoofdstuk 4 in op een zeer specifieke groep werknemers uit één van beide bedrijven, nl. die werknemers die de gehele onderzochte periode bij het bedrijf in dienst zijn. Ook m.b.t. deze groep wordt de verzuimontwikkeling onderzocht. In hoofdstuk 5 wordt apart gekeken naar de ontwikkeling van het verzuim van de vrouwen.

Tot slot worden in hoofdstuk 6 de resultaten op een rij gezet en waar mogelijk conclusies getrokken.

2 De ontwikkeling van het ziekteverzuim in de jaren 70

In dit hoofdstuk zal de ontwikkeling van het ziekteverzuim op macro-niveau geschetst worden en wel op basis van beschikbare (landelijke) cijfers en van de literatuur. Paragraaf 2.1 geeft eerst de cijfers. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de periode waarin het ziekteverzuim is gestegen en die waarin het is gedaald. Ook bij de in de literatuur aangetroffen verklaringen maken wij dit onderscheid: paragraaf 2.2 gaat in op de mogelijke oorzaken van de stijging, paragraaf 2.3 heeft betrekking op de achtergronden van de daling.

2.1 De cijfers

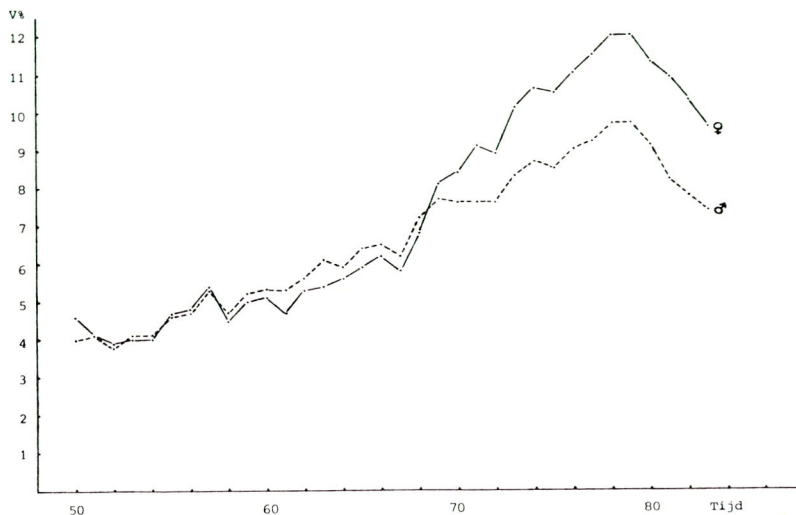
2.1.1 De ontwikkeling sinds 1950

Zoals reeds vermeld is, heeft dit rapport betrekking op het ziekteverzuim zoals zich dit in de 70'er jaren heeft gemanifesteerd. Om het beeld van deze jaren in een wat breder kader te plaatsen zullen wij eerst de ontwikkeling van het ziekteverzuim over een langere periode, te weten sinds de Tweede Wereldoorlog, weergeven. Grafiek 2.1 illustreert het overbekende feit dat het ziekteverzuim sinds de 50'er jaren langzaam, maar gestaag is toegenomen. Een nadere beschouwing leert echter dat mannen en vrouwen een duidelijk verschillende ontwikkeling hebben doorgeemaakt. Zo blijken beide geslachten in de 50'er jaren een vrijwel gelijk verzuimniveau te bezitten. In het volgende decennium zien we dat vrouwen zelfs wat lager scoren dan hun mannelijke collega's. Pas in de 70'er jaren manifesteert zich bij de vrouwen een duidelijk hoger verzuimniveau. Bovendien blijkt er sprake te zijn van een steeds verder uiteenlopen van beider verzuimniveaus.

De grafiek geeft de NIPG-cijfers. Het belangrijkste argument daarvoor is dat dit de enige bron is waarbij de omvang van het verzuim op een betrouwbare wijze is gerelateerd aan de omvang van de verzekerde populatie.

Hoewel de representativiteit van het NIPG-bestand voor wat betreft de omvang van het verzuim niet geheel vaststaat, levert een vergelijking met de SVR gegevens voldoende grond voor vertrouwen in de representativiteit voor wat betreft de ontwikkeling. (Kruidenier, 1983 d; zie ook paragraaf 2.1.4 en paragraaf 3.2)

Grafiek 2.1 De ontwikkeling van het ziekteverzuimpercentage sinds 1950



Bron: NIPG

Het NIPG geeft geen totalen voor mannen plus vrouwen.

De grafiek laat ook zien dat het ziekteverzuim sinds 1979 aanzienlijk afgenomen is. Dit geldt voor beide geslachten. Het verschil in verzuimniveau blijft echter gelijk. Daardoor is het ziekteverzuim bij de mannen in 1983 op het niveau van 1970 gekomen, dat bij de vrouwen ligt daar nog echter duidelijk boven.

Tenslotte blijkt ook uit de grafiek dat het verzuimpercentage met name in de jaren 1967-1969 relatief sterk is toegenomen. Voor een belangrijk deel moet dit geweten worden aan de invoering van de WAO. De invoering van een heel wachtjaar heeft een toename van de gemiddelde duur van de Ziektewet-gevallen veroorzaakt. Bovendien verviel op dat moment de loongrens terwijl bovendien alle ongevallen onder het regime van de Ziektewet kwamen. Omdat deze technisch-administratieve effecten niet goed onderscheiden kunnen worden van een "echte" toename zullen wij ons in het hiernavolgende beperken tot de periode vanaf 1969.

2.1.2 De jaren 1969-1978 nader bekeken: verzuimpercentage, frequentie en gemiddelde duur

In deze paragraaf zullen de gegevens over de periode 1969-1978 wat preciezer

bekeken worden. De keuze van 1969 als eerste jaar is gebaseerd op de hiervoor vermelde technisch-administratieve wijziging die in 1967 plaatsvond. Als laatste jaar is 1978 gekozen omdat dat jaar het laatste jaar met een toename is. In paragraaf 2.1.3 wordt ingegaan op de ontwikkeling in de daaropvolgende jaren. Tabel 2.1 geeft een overzicht.

Tabel 2.1 De NIPG-cijfers (1969-1978)

	Man			Vrouw		
	verzuim perc.	meldings freq.	gem. duur	verzuim perc.	meldings freq.	gem. duur
1969	7.7	175.4	16.2	8.1	251.9	11.8
1970	7.6	165.4	16.6	8.4	258.0	11.8
1971	7.6	167.1	16.6	9.1	263.1	12.6
1972	7.6	162.4	17.1	8.9	250.9	12.9
1973	8.3	170.5	17.7	10.1	258.6	14.2
1974	8.7	183.5	17.3	10.6	283.7	13.6
1975	8.5	176.5	17.6	10.5	275.7	13.9
1976	9.0	184.8	17.9	11.0	285.3	14.2
1977	9.2	189.7	17.7	11.5	298.7	14.0
1978	9.7	204.1	17.3	12.0	317.9	13.7
Gemiddeld						
1969 t/m 1971	7.6	169.3	16.5	8.5	257.7	12.1
Gemiddeld						
1976 t/m 1978	9.3	192.9	17.6	11.5	300.6	14.0

Toename *)	21.9%	13.9%	7.0%	34.8%	16.7%	15.7%
**) idem, absolute waarden.	1.7	23.6	1.2	3.0	43.0	1.9

*) de toename tussen beide perioden, uitgedrukt in procenten van de eerste periode.

**) idem, absolute waarden.

Uit deze cijfers valt, voor wat betreft de stijging over de gehele periode het volgende op te maken:

- het verzuimpercentage is in de onderzochte periode bij de mannen gestegen met ruim 20%, en heeft in 1978 een top bereikt van 9,7%. Bij de vrouwen heeft zich zoals reeds opgemerkt de toename nog nadrukkelijker gemanifesteerd: een stijging met bijna 35% en een top van 12,0%.

- de toename van het verzuimpercentage bij de mannen is vooral het gevolg geweest van een stijging van de frequentie (met 14%) die resulteerde in gemiddeld iets meer dan 2 meldingen per persoon per jaar. In tweede instantie is de stijging van het percentage het gevolg geweest van een langere duur. Hier heeft zich een toename gemanifesteerd van 7% die in 1978 resulteerde in een gemiddelde verzuimdur van bijna twee en een halve week.

- bij de vrouwen ziet het stijgingspatroon er iets anders uit. Hier zien we dat verhoging van de frequentie en toename van de gemiddelde duur beiden een ongeveer even grote bijdrage hebben geleverd: bij beiden een toename van zo'n 16%.

De vrouwen verzuimden in 1978 ruim 3 maal per jaar, gemiddeld gedurende 2 weken per geval. In vergelijking met mannen: vaker, maar (nog) wel korter.

- kijken we naar de toename in absolute cijfers, dan blijkt dat bij alle drie de grootheden de toename bij de vrouwen bijna het dubbele te zijn van die bij de mannen.

Als gevolg van een zeer scheve frequentieverdeling is de gemiddelde duur een minder geschikte maat voor het beschrijven van de ontwikkeling in de duur. De frequentieverdeling van de ziektegevallen naar duurklasse geeft een beter inzicht. Daarom worden in tabel 2.2 de frequentie-verdelingen naar duurklasse voor de jaren 1970, 1974 en 1978 gepresenteerd op grond van SVR-gegevens.

Uit tabel 2.2 kan afgeleid worden dat de toename van de gemiddelde duur in het eerste deel van de 70'er jaren vooral veroorzaakt wordt door een toename van het aantal langdurige gevallen. Met name het aantal gevallen dat niet herstelt binnen 1 jaar (en dus in het algemeen doorloopt naar de WAO) is met bijna 50% sterk toegenomen. Weliswaar gaat het steeds om relatief weinig gevallen, maar deze hebben wel een sterke invloed op de ontwikkeling van de gemiddelde duur.

Voor deze eerste periode zien we overigens dat zich in alle andere durklassen óók toenames voordoen, die echter een minder sterke invloed uitoefenen op de ontwikkeling van de gemiddelde duur.

De daling van de duur die zich aan het einde van de periode voordoet hangt hier

Tabel 2.2 Aantal ziekmeldingen per 100 mensjaren naar ziekteduur (omslagleden, mannen + vrouwen)

	1970	1974	1978
niet tot uitkering gekomen (superkort)	19.8	24.7	35.7
1-3 dagen	15.6	19.2	21.2
4-7 dagen	33.5	40.6	45.2
totaal t/m 1 week (kort)	49.1	59.8	66.4
8-14 dagen	30.3	34.3	36.7
15-42 dagen	21.7	25.5	25.3
totaal 1 t/m 6 weken (middel)	52.0	59.8	62.0
43-182 dagen	9.1	11.5	11.5
langer dan 182 dagen, doch hersteld binnen 1 jaar	1.1	1.3	1.5
1 jaar	1.6	2.3	2.1
totaal meer dan 6 weken (lang)	11.8	15.1	15.1
Totaal	132.7	159.3	179.3
aantal verzekerde mensjaren (omslagleden)	2.471.000	2.522.000	2.746.000

Bron: eigen berekeningen op basis van SVR verslagen ziekengeldverzekering.

mee samen: de toename van het aantal langdurige gevallen is tot staan gekomen, maar die van de korterduurende gevallen (in het bijzonder de gevallen tot 1 week) gaat door. De toename van de middellange gevallen vlakt iets af. Een en ander resulteert in een geringe afname van de gemiddelde duur.

Opvallend is verder de - over de gehele periode gezien - sterke toename van het aantal niet tot uitkering gekomen gevallen. Dit betreft voornamelijk gevallen die binnen de wachtperiode (carenz-dagen) herstellen.

Samenvatting

Voor een nauwkeurige beschrijving is het zinvol om de periode 1969-1978 in enkele sub-periodes in te delen, en bovendien een onderscheid te maken tussen mannen en vrouwen.

De eerste periode (1969 t/m 1972) wordt gekarakteriseerd door een gelijkblijvend verzuimpercentage bij de mannen.

Bij de vrouwen doet zich een lichte stijging voor. Dit verschil in ontwikkeling komt op rekening van een verschil in ontwikkeling van de frequentie: bij de mannen een

daling, bij de vrouwen per saldo noch een daling noch een stijging. Deze periode kenmerkt zich voorts door een stijging van de gemiddelde duur bij beide geslachten, die het gevolg is van een sterke toename van zeer langdurige gevallen.

Schematisch ziet het beeld er dan als volgt uit:

Periode:	<u>Man</u>	<u>Vrouw</u>
I 1969 t/m 1972	<u>Verzuimperc.: stabiel</u> Meldingsfreq.: daling Gem. duur: stijging	<u>Verzuimperc.: (lichte) stijging</u> Meldingsfreq.: stabiel Gem. duur: stijging
II 1973 t/m 1976	<u>Verzuimperc.: stijging</u> Meldingsfreq.: stijging Gem. duur: stabiel	<u>Verzuimperc.: stijging</u> Meldingsfreq.: stijging Gem. duur: stabiel
III 1977, 1978	<u>Verzuimperc.: stijging</u> Meldingsfreq.: stijging Gem. duur: lichte daling	<u>Verzuimperc.: stijging</u> Meldingsfreq.: (forse) stijging Gem. duur: lichte daling

De tweede periode (1973 t/m 1976) wordt in grote lijnen gekenmerkt door een stijging van het verzuimpercentage bij zowel mannen als vrouwen. Bij beide geslachten zien we een stabilisering van de gemiddelde duur, in combinatie echter met een toename van de frequentie.

De derde periode (1977 en 1978) kenmerkt zich door een afname van de gemiddelde duur. Doordat de frequentie van de vooral kortdurende gevallen echter blijft toenemen resulteert dit in een toename van het verzuimpercentage. Dit patroon doet zich bij beide geslachten voor.

Over de gehele periode resulteert dit bij de mannen in een stijging van het verzuimpercentage met 1.67%, die vooral het gevolg is van een stijging van de frequentie en in veel mindere mate van een langere duur.

Bij de vrouwen is het stijgingsproces anders. Hier zien we dat de verhoging van het verzuimpercentage evenzeer het gevolg is van een toename van de gemiddelde duur als van de frequentie.

Kijken we naar de toename in absolute cijfers, dan blijkt dat bij alle drie de

grootheden de toename bij de vrouwen bijna het dubbele te zijn van die bij de mannen. In paragraaf 2.1.4 zal deze ontwikkeling nader worden beschouwd.

2.1.3 De daling in de periode 1979-1982

Zoals in paragraaf 2.1.1 is opgemerkt laat het ziekteverzuim sinds 1979 een aanzienlijke daling zien. Alvorens in paragraaf 2.2 nader op de achtergronden van zowel de stijging in de periode 1969-1978 als de daling in 1979-1982 in te gaan, zal eerst de afname wat preciezer in kaart worden gebracht.

Tabel 2.3 De NIPG-cijfers. (1979-1982)

	Man			Vrouw		
	verzuim perc.	meldings freq.	gem. duur	verzuim perc.	meldings freq.	gem. duur
1979	9.7	197.3	17.9	12.0	305.1	14.3
1980	9.1	193.1	17.1	11.3	298.3	13.8
1981	8.2	183.7	16.3	10.9	295.3	13.5
1982	7.8	182.0	15.6	10.3	287.0	13.1
Afname *)	19.6%	7.8%	12.8%	14.2%	5.9%	8.4%
**)	1.9	15.3	2.3	1.7	18.1	1.2

Bron: NIPG overzicht totaalcijfers 1962 t/m 1982

*) 1982 minus 1979 in procenten van 1979

**) 1982 minus 1979 in absolute waarden

Bij de mannen is het ziekteverzuimpercentage in de laatste vier jaar met bijna 20% afgenomen. Deze afname is vooral het gevolg van een daling van de gemiddelde duur die in 1982 een waarde heeft die gelijk is aan die in 1965, vóór de invoering van de WAO dus. De afname van de frequentie is minder spectaculair. In 1982 wordt een waarde bereikt die gelijk is aan die uit 1974.

Bij de vrouwen doet zich een vergelijkbaar patroon voor. De daling is echter minder pregnant dan bij de mannen. De gemiddelde duur heeft bij deze groep ongeveer de waarde bereikt van 1972. De frequentie is nog wat minder gedaald en is in 1982

ongeveer gelijk aan die van 1976.

2.1.4 De ontwikkeling van het ziekteverzuim van vrouwen nader bekeken

In de vorige paragrafen is als één van opvallende kenmerken van de ontwikkeling in de 70'er jaren genoemd de bijzonder ongunstige ontwikkeling van het ziekteverzuim van vrouwelijke werknemers. Deze opmerkelijke ontwikkeling heeft al eerder de aandacht getrokken en is voor de SVR aanleiding geweest om aan het NIPG een onderzoeksopdracht te verstrekken. Het betreffende onderzoek, uitgevoerd door Schokking-Siegerist, heeft betrekking op de periode 1962-1973. De meest opvallende conclusies uit de secundaire analyse van de gegevens op bedrijfsniveau zijn dat het verschil in ontwikkeling tussen mannen en vrouwen waarschijnlijk geringer is dan uit de totaal cijfers van het NIPG blijkt en dat de breuk in de jaren 1967-1969 (de jaren waarin volgens de totaalcijfers van het NIPG het ziekteverzuim bij de vrouwen veel sneller is gaan stijgen dan bij de mannen) veel minder geprononceerd is. Verder concludeert zij dat ook voor de jaren 1962-1967 al geldt dat de vrouwen een wat hoger verzuim scoren en een wat sterkere toename laten zien dan de mannen. Dit verschil in toename is echter, zoals gezegd, beperkt.

Bovendien wordt geconstateerd dat bij niet minder dan 18 van de 30 onderzochte bedrijven het ontwikkelingsbeeld van mannen en vrouwen vrijwel identiek is en dat bij slechts 6 bedrijven een patroon zichtbaar is dat overeenstemt met het beeld zoals dat uit totaal-cijfers tevoorschijn is gekomen. Anders gezegd: voor zover er sprake is van een explosieve toename bij de vrouwen is dit bepaald geen algemeen verschijnsel.

Door een gebrek aan relevante gegevens is het haar niet mogelijk gebleken om een nauwkeurig inzicht te geven in de vraag waar, wanneer en waarom het ziekteverzuim van vrouwen relatief sterk is toegenomen. Wel is opvallend dat de zes bedrijven waar dit wel het geval is, allen tot de groep productiebedrijven behoren, zij het dat deze groep 66k bedrijven omvat waar het verzuim slechts een geringe stijging vertoont. De ontwikkeling bij de niet-productiebedrijven (bedrijfsadministratie, groot winkelbedrijven en zuivere administratiebedrijven) blijkt in grote lijnen de algemene trend te volgen van een veel geleidelijker stijging bij zowel mannen als vrouwen.

Om hier toch iets meer greep op te krijgen zijn door Schokking-Siegerist

vervolgens de gegevens uit de NIPG Diagnosestatistiek (1962-1966) bekeken, en wel van 8 bedrijven. Uit deze gegevens blijkt dat de hiervoor genoemde snelle stijging in enkele productiebedrijven vooral in de jongste leeftijdsgroep (15-24 jaar) is gelocaliseerd. De auteur merkt naar aanleiding hiervan op dat de veel gehoorde veronderstelling dat de stijging vooral een gevolg zou zijn van het toetreden tot de arbeidsmarkt van (oudere) getrouwde vrouwen, dus niet gesteund wordt.

Deze analyse roept de vraag op of het beeld dat de totaal-cijfers van het NIPG geven over de voor ons relevante periode 1969-1978, wel een juiste afspiegeling van de werkelijkheid is.

Om in deze niet onbelangrijke kwestie wat meer licht te brengen, is de meest voor de hand liggende procedure om deze gegevens te vergelijken met die van de totale werknemers-populatie. Dergelijke gegevens zijn zoals bekend niet voorhanden. De gegevens uit de CBS Diagnosestatistiek-omslagleden benaderen de populatiegegevens echter tot op belangrijke hoogte. De belangrijkste beperkingen zijn:

- de omvang van respectievelijk de mannelijke en vrouwelijke verzekerde populatie wordt geschat. Hier komen we later op terug.
- de gegevens beperken zich tot de omslagleden. De grotere bedrijven (z.g. Akers) zijn derhalve ondervertegenwoordigd.
- op grond van het feit dat de CBS-cijfers een veel lagere gemiddelde meldingsfrequentie laten zien dan de NIPG-gegevens, bestaat het vermoeden dat de niet tot uitkering gekomen gevallen (die vooral de zeer korte gevallen omvatten) waarschijnlijk zijn ondervertegenwoordigd. De gemiddelde ziekte duur is bij het CBS veel hoger dan bij NIPG en CCOZ, hetgeen in dezelfde richting wijst.

De door het CBS gehanteerde schattingsprocedure voor de bepaling van de omvang van de werknemerspopulatie per leeftijd/geslachtsgroep is gebaseerd op de veronderstelling dat de opbouw naar leeftijd en geslacht van de omslagledenpopulatie gelijk is aan die van de totale afhankelijke beroepsbevolking. Dit laatste gegeven wordt voor de jaren t/m 1977 ontleend aan de Volkstelling 1971 en voor de jaren 1978 en 1979 aan de Arbeidskrachtentellingen 1977 en 1979. Het zal duidelijk zijn dat voor de jaren 1972-1977 niet gesproken kan worden van betrouwbare schattingen omdat steeds de leeftijds/geslachts verdeling uit 1971 van toepassing wordt verklaard. De schattingen voor 1978 en 1979 lijken beter gefundeerd. Een en ander is aanleiding om de ontwikkeling van het ziekteverzuim te beoordelen aan de hand

van de niveauverschillen tussen 70/71 en 78/79.

Tabel 2.4 geeft enerzijds de cijfers van het NIPG en anderzijds die van het CBS.

De stijging van het verzuim van de vrouwen t.o.v. de mannen is in de CBS-cijfers duidelijk kleiner dan in de NIPG-cijfers. De stijging van de meldingsfrequentie is bij de CBS-vrouwen 6.5 melding groter dan bij de mannen en bij de NIPG-vrouwen

16.5 melding groter. Wanneer we deze stijging echter relateren aan de erg grote niveauverschillen die er tussen CBS- en NIPG-gegevens bestaan, dan worden de cijfers ongeveer gelijk. De door Schokking-Siegerist geopperde conclusie dat de NIPG-cijfers geen goed beeld geven van de mate van stijging van het verzuim van de vrouwen, wordt bij de vergelijking met het CBS met betrekking tot de meldingsfrequentie niet bevestigd.

Tabel 2.4 De ontwikkeling van de frequentie tussen '70/'71 en '78/'79

		1970/71	1978/79	Toename 78/79 minus 70/71	Relatief 78/79 in % van 70/71
NIPG	man	166.3	200.7	34.4	121
	vrouw	260.6	311.5	50.9	124
	niveauverschil	94.3	110.8	16.5	3
CBS	man	103.5	125.5	22.0	121
	vrouw	118.0	146.5	28.5	120
	niveauverschil	14.5	21.0	6.5	-1

Een zeer opvallend verschil tussen de CBS- en NIPG-cijfers betreft het niveau van meldingsfrequentie. In 1970/71 is het niveauverschil tussen mannen en vrouwen bij het CBS 14.5 melding en bij het NIPG 94.5 melding. In 1978/79 zijn deze cijfers respectievelijk 21.0 en 110.8. Het is niet waarschijnlijk dat het feit dat de CBS-cijfers beperkt zijn tot die van de omslagleden dit verschijnsel verklaart. De onderschatting van de niet tot uitkering gekomen gevallen kan echter wel een lagere meldingsfrequentie bij de vrouwen t.o.v. de mannen tot gevolg hebben, aangezien vrouwen over het algemeen een iets hogere meldingsfrequentie in de

korte duurklasse hebben. Tot dergelijke grote verschillen lijkt dat echter geen aanleiding te kunnen geven.

Ook in vergelijking met de CCOZ-gegevens blijkt het NIPG een beduidend hogere meldingsfrequentie bij de vrouwen te laten zien. Dat geldt zowel voor hand- als voor hoofdarbeidsters (Besseling, 1982).

Concluderend kunnen we zeggen dat de verzuimgegevens uit de NIPG-registratie waarschijnlijk een goede indruk geven van de ontwikkeling van het verzuim van de vrouwen in de jaren zeventig. Dit geldt in veel mindere mate voor de hoogte van verzuim van de vrouwen. Waarschijnlijk zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen minder groot dan de NIPG-verzuimgegevens doen veronderstellen.

In de volgende hoofdstukken zal dit aspect nog nader aan de orde komen.

2.2 De achtergronden van de stijging in de periode 1969-1978

De hiervoor geschetste bewegingen in het ziekteverzuim zijn uiteraard reeds eerder opgemerkt. Met name de gestage toename sinds de 50'er jaren heeft veel aandacht getrokken en aanleiding gegeven tot diverse publicaties. In dit hoofdstuk zal aan de literatuur die betrekking heeft op de periode van stijging aandacht worden geschonken. Dat zal in een drietal paragrafen geschieden: de eerste geeft de opvattingen van Philipsen weer. Deze auteur is zoals reeds is opgemerkt de belangrijkste exponent van de school die de aandacht vooral richt op de beslissing zich al of niet ziek respectievelijk hersteld te melden. De tweede paragraaf geeft in het kort de visie van Vroege weer. Deze auteur baseert zich op een arbeidsge-neeskundige benadering die de discrepantie tussen belasting en belastbaarheid centraal stelt.

2.2.1 De benadering van Philipsen: beschouwingen aan de hand van het beslissings-model

Philipsen heeft in een tweetal bijdragen zijn visie gegeven op de achtergronden van het gestegen ziekteverzuim in Nederland. De eerste stamt uit het jaar 1967 en heeft betrekking op de periode 1955-1965. Ook in deze periode is het ziekteverzuim gestaag toegenomen. De desbetreffende beschouwing kan daarom in principe ook relevant geacht worden voor de periode 1969-1978. Het tweede rapport stamt uit 1977 en neemt ook cijfers uit de jaren tot en met 1975 in beschouwing.

Philipsen (1967)

Het stijgingspatroon zoals dat blijkt uit de NIPG-cijfers voor de periode 1955-1965 laat een frappante overeenkomst zien met dat voor de - in paragraaf 2.1.2 beschreven - periode 1969-1978. Het ziekteverzuimpercentage is met 35% toegenomen. De detaillering naar frequentie en duur laat zien dat de frequentie met 21% is gestegen en de gemiddelde duur met 10%. (Dit betreft gegevens voor de mannen, die voor de vrouwen worden niet gegeven). De overeenkomstige cijfers voor de 70'er jaren zijn 22%, 14% en 7%. Ook voor de periode 1955-1965 geldt dus dat de stijging van de frequentie sterker is dan die van de gemiddelde duur.

De cijfers over de ontwikkeling per macro-diagnosegroep²⁾ laten het volgende zien:

objectieve syndromen: deze laten qua frequentie geen toename zien, de gemiddelde duur stijgt echter met 23%.

objectieve-subjectieve syndromen: hier vindt de grootste stijging van de frequentie plaats van 28%. De toename van de gemiddelde duur is beperkt: 8%.

aandoeningen van de ademhalingswegen: ook hier is sprake van een stijging, zij het dat deze beperkter is dan die bij de voorgaande categorie: 17%. De gemiddelde duur neemt met 13% toe.

Op basis van deze gegevens wordt vervolgens nagegaan wat de verklaringen zouden kunnen zijn van respectievelijk de toename van de gemiddelde duur en van de frequentie.

Centraal staat de opvatting dat de toename geen gevolg is van een verslechterde gezondheidstoestand³⁾. Het kan daarom slechts worden toegeschreven aan een lagere ziektedrempel, d.w.z. "die intensiteit van klachten, welke het omslagpunt vormt, waarbij men (de patient en/of zijn omgeving) meent zodanig ziek te zijn dat men arbeidsongeschikt is".

Deze verlaging van de ziektedrempel kan door drie algemene factoren tot stand komen:

- "De verzuimnoodzaak. Medische en maatschappelijke opvattingen bepalen, wanneer iemand door zichzelf of door zijn (medische) omgeving als ziek wordt beschouwd, en wanneer iemand door zichzelf of door zijn (medische) omgeving arbeidsongeschikt wordt geacht.

- de verzuim-gelegenheid en -mogelijkheid. Maatschappelijke normen en gewoonten omtrent het afwezig zijn, die meer of minder strikt kunnen zijn, en financiële regelingen, die meer of minder gunstig voor de verzuimer kunnen zijn, bepalen mede de hoogte van de ziektedrempel.
- De verzuimbehoefte. De relatie tussen een zieke en zijn werk en/of andere aspecten van zijn totale situatie bepalen mede, hoe snel hij geneigd is zijn gewone rol van werknemer in te wisselen voor die van patiënt."

Per factor onderzoekt de auteur of er reden is te veronderstellen dat er verandering heeft plaatsgevonden. De conclusies luiden als volgt:

"Het gemiddelde aantal ziekmeldingen per man per jaar is gestegen door

- De toegenomen verzuimnoodzaak. Vooral ten aanzien van ziekten als spierreuma wordt subjectief de verzuimnoodzaak eerder ingezien en hanteert men als het ware thans een ruimere ziekte-definitie. Ten aanzien van de Ziektewet-ongevallen is de objectieve verzuimnoodzaak groter geworden.
- De toegenomen verzuimgelegenheid. In de eerste plaats zijn de uitkeringsvoorwaarden verbeterd, waardoor meer kortdurende ziektemeldingen mogelijk worden. In de tweede plaats speelt de conjunctuur een rol. Niet alleen omdat bij volledige werkgelegenheid de ziektedrempel hoger komt te liggen, maar vooral ook door het afstoten bij werkloosheid van minder-validen, etc.
- de toegenomen verzuimbehoefte. In het algemeen is de oriëntatie ten aanzien van de werksituatie aan het veranderen, o.a. door de schaalvergroting, de bewustwording van verschillen in afwezigheidsmogelijkheden, de veranderde grondslag voor gezagsaanvaarding en de verstedelijking. Daarnaast spelen aanpassingsproblemen en verschuivingen in de aantalsverhoudingen met betrekking tot de welstandsgrens een rol.

Niet alleen leiden de genoemde factoren tot een verlaging van de ziektedrempel en dus tot meer ziekmeldingen, een aantal andere factoren heeft aan deze meerdere meldingen ook een duurverlengende impuls gegeven.

De duur van de ziektegevallen is toegenomen door:

- een langere objectieve verzuimnoodzaak, veroorzaakt door de veroudering van de fabrieksbevolking.
- een langere verzuimnoodzaak ten aanzien van enkele ziekte-categorieën, namelijk

de psychische ziekten en de ziekte-ongevallen.

- de zich uitbreidende mogelijkheden door uitbouw van de individuele gezondheidszorg, waarbij nog geen optimale organisatorische afstemming van alle betrokken activiteiten en instanties op elkaar is bereikt.
- de onder andere door de massaliteit van het ziekteverzuim toegenomen mogelijkheden voor duurverlenging wegens de problemen rond de controle en de begeleiding van ziektegevallen.

Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de verbetering van de uitkeringsvoorwaarden welke tot meer meldingen heeft geleid, daarentegen een duurverkortende invloed heeft gehad.

De bovenstaande samenvatting is in stellige bewoordingen geformuleerd. Ik vestig er misschien ten overvloede nog eens de aandacht op dat het voor een groot deel om veronderstellingen gaat. Ik heb niet gepoogd het relatieve gewicht van de verschillende factoren te schatten. Slechts van de veroudering bleek het mogelijk om te bepalen hoe groot de invloed ervan is". (einde citaat)

Philipsen (1977)

In een recentere publicatie is Philipsen ook ingegaan op de latere ontwikkeling van het ziekteverzuim (tot en met 1975).

Tabel 2.5 is aan deze publicatie ontleend. Met nadruk moet hier overigens bij aangetekend worden dat de in onderstaande tabel vermelde gegevens betrekking hebben op een bijzondere groep werknemers, te weten 3726 mannelijke handarbeiders die gedurende de hele periode 1958-1970 bij één en hetzelfde bedrijf in dienst waren. In Hoofdstuk 4 zal blijken dat "blijvers" zich in belangrijke opzichten onderscheiden van de andere werknemers, maar vooral dat de ontwikkeling van het ziekteverzuim bij deze groep geheel anders kan zijn dan die bij de totale werknemerspopulatie.

De auteur geeft bij deze cijfers het volgende commentaar.

"Bij de jongeren valt vooral op dat het percentage verzuimers sterk is toegenomen, terwijl bij de ouderen de stijging van de ziekteduur hoog is.

Daarnaast kan ten aanzien van de ziektefrequentie worden vastgesteld dat de stijging van het aantal ziektemeldingen niet ontstaat omdat men gemiddeld steeds vaker gaat verzuimen, maar omdat steeds meer mensen gaan verzuimen.

De toename wordt veroorzaakt door het percentage verzuimers en niet door het

Tabel 2.5 De stijging van het verzuim per leeftijdscategorie tussen 1959*) en 1969*)

Leeftijd op 1 jan. 1969	Percentage verzuimers			Meldings- freq.			Gem. duur			Verzuim- perc.		
	1959	1969	V**)	1959	1969	V	1959	1969	V	1959	1969	V
25-40	56	70	14	2.4	2.4	0	9.2	11.6	2.4	3.4	5.3	1.9
41-55	54	63	9	2.4	2.3	-0.1	13.9	16.9	3.0	5.0	6.8	1.8
56-65	48	55	7	2.1	1.9	-0.2	20.6	30.0	4.4	5.7	8.6	2.9

*) Voortschrijdende gemiddelden.

**) V = absoluut verschil 1969-1959.

Bron: Philipsen (1977), pag. 47.

aantal verzuimen per verzuimer. Ziekteverzuim is niet alleen door zijn omvang een massaal verschijnsel, maar ook omdat de meerderheid van de werknemers er aan deelneemt."

Bij de verklaring van het toegenomen ziekteverzuim richt de auteur zich vooral op de twee belangwekkendste verschijnselen: de toename van de frequentie en de stijging van de gemiddelde duur. Voor wat betreft het laatste speelt, naast de eerder genoemde veroudering van de beroepsbevolking, volgens de auteur de betere en beter toegankelijke gezondheidsvoorzieningen een belangrijke rol. Hij pleit in dat verband voor meer aandacht voor een efficiënte organisatie van de gezondheidszorg en voor de sociaal-medische begeleiding van langdurig zieken. Bovendien wijst hij op de duurverlengende invloed van de invoering van de WAO.

Voor wat betreft de ontwikkeling van de frequentie wijst hij er op dat de maatschappelijke ontwikkelingen die hieraan ten grondslag liggen (en die hiervoor reeds aangeduid zijn) niet uitsluitend als negatief bestempeld mogen worden. Als positief te waarderen ontwikkelingen (die tot méér ziektemeldingen leiden) noemt hij:

"-De arbeidsrol als dominerende functionele rol boet aan betekenis in. Bij gezondheidsstoornissen en bijzondere omstandigheden worden daardoor arbeids-, gezins- en vrijetijdssfeer beter tegen elkaar afgewogen.

- Met deze wijziging gaat gepaard een andere waardenoriëntatie, die zich door een grotere vrijetijdsbehoefte en een 'moderne' gezagsopvatting kenmerkt.
- De spreiding van deze waarden leidt er bovendien toe, dat ondanks verbetering van het personeelsbeleid in het werk en de maatschappelijke hulpverlening in de privé-sfeer, belastende arbeids- en maatschappelijke problemen in het gezichtsveld van het beleid komen.
- Een vaak met deze trends gekoppelde vrijetijdsbesteding met een nadruk op sport, uitgaan, en verenigingsleven werkt vanuit het gezichtspunt van het ziekte-verzuim evenzeer 'belastend' ".

Negatieve ontwikkelingen zijn:

"-Toenemende grootschaligheid en complexiteit leidt tot een groter gevoel van misbaarheid, machteloosheid en gebrek aan eigen verantwoordelijkheid van de werknemer.

- De wijziging in de waardeoriëntatie krijgt onder sommige omstandigheden de kleur van vervreemding, een verschijnsel dat ook in zijn politieke complicaties een besmettelijk karakter kan hebben.

- Door gebrek aan passende normen voor het dagelijks leven krijgen riskante gewoonten bij toenemende welvaart de kans degeneratieve ziekteprocessen te versnellen. Vermoedelijk zal de samenleving in de naaste toekomst (zonder ingrijpende wijzigingen) de rekening van de stijging van het roken, het alcoholgebruik, het overgewicht en de bewegingsarmoede gepresenteerd krijgen onder andere in de vorm van ziekteverzuim. Hetzelfde is macro-sociaal niet uitgesloten bij kwesties van milieubeheer".

In de volgende paragraaf zullen we aandacht schenken aan de verklaring van de verzuimtrends die vanuit een geheel andersoortig gezichtspunt zijn gegeven.

2.2.2 De benadering van Vroege: het belasting-belastbaarheidsmodel toegepast

In een recent verschenen artikel geeft Vroege zijn opvattingen weer over de achtergronden van de stijging van het ziekteverzuim.

Zijn betoog is gebaseerd op het door hem uitgewerkte en aangepaste belasting-belastbaarheidsmodel dat verder door anderen is beschreven.

In de nieuwste versie ligt de nadruk op een drietal aspecten:

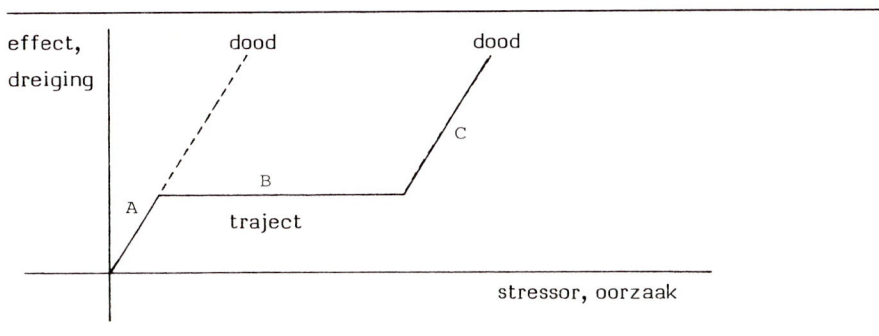
- De tijdsfactor: dit is het fundamentele begrip waar alles om draait, omdat

overbelasting altijd tijdsgebonden is, namelijk te grote belasting per tijdseenheid, of normale belasting over te lange tijd en/of met onvoldoende hersteltijd. Er bestaat dus een directe relatie tussen arbeidstijd en vrije tijd, of, in termen van de arbeidsfysiologie gezegd tussen "volhoudtijd" en "hersteltijd". Onvoldoende hersteltijd leidt tot schade: ofwel in de vorm van prestatiedaling ofwel in de vorm van ziekteverzuim (als uitbreiding van de hersteltijd) ofwel in de vorm van gezondheidsschade door het ineenstorten van de belastbaarheid.

- Het cybernetische karakter van het model.

Essentiële is het hiervoor aangeduide terugkoppelingsmechanisme: de dreigende ontregeling van het organisme ten gevolge van overbelasting leidt tot een aanpassingsreactie waardoor een evenwichtstoestand gehandhaafd of hersteld kan worden. Aan de werking van deze terugkoppeling zijn echter grenzen gesteld: worden deze overschreden dan wordt de evenwichtstoestand verlaten en kan het organisme zich in het uiterste geval niet langer handhaven. De volgende figuur moge dit verduidelijken.

Figuur 2.2 Cybernetisch model



Bron: Vroege (1981).

Voor de arbeidsbelasting bestaan er drie terugkoppelingsmechanismen: hersteltijd, prestatiedaling en ziekteverzuim.

De beide laatstgenoemde fenomenen hebben een pathologisch karakter en kunnen worden opgevat als effecten van overbelasting bij een onvoldoende hersteltijd.

Het ziekteverzuim kan zich, aldus Vroege, onder bepaalde omstandigheden bij toenemende belasting in de tijd manifesteren in de vorm van het cybernetisch

model (zoals hierboven grafisch voorgesteld).

- Het derde essentiële element is het begrip integrale belasting. De opkomst van de ergonomie in de veertiger en vijftiger jaren betekende een stimulans voor de introductie van het biologische belasting-belastbaarheidsmodel in de bedrijfsgezondheidszorg.

Door latere auteurs, en ook door Vroege, is het - oorspronkelijk vooral fysiologische - belastingsbegrip zodanig uitgebreid dat ook de mentale belasting en belastbaarheid hieronder begrepen kunnen worden. Dit is van belang voor de interpretatie van ziekteverzuim trends omdat immers in de loop der jaren de belasting in de arbeidssituatie kwalitatieve veranderingen zal hebben ondergaan.

In dat verband wordt bijvoorbeeld gewezen op het feit dat het relatieve aandeel van fysiek zware arbeid door mechanisering en automatisering zal zijn verminderd. Tegelijkertijd zullen deze processen tot een verhoogde psychische belasting leiden (bijv. in de vorm van méér te verwerken informatie per tijdseenheid). Daarbij kan ook aan gerelateerde verschijnselen gedacht worden als de toegenomen arbeidsdeling en vaak een kortere arbeidscyclus en een toegenomen tempo.

Besseling (1983) merkt hierover op dat het begrip "integrale belasting" moeilijk te operationaliseren is en dat er (nog) geen bevredigende maat voor bestaat. Als oplossing heeft Vroege daarom de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit als indicatie gekozen voor de mate van arbeidsbelasting.⁴⁾

Op grond van beschikbare onderzoeksresultaten en op basis van een omvangrijke hoeveelheid statistisch materiaal concludeert Vroege dat zijn hypothese (afgeleid uit het door hem beschreven model) dat het hoge ziekteverzuim in Nederland het gevolg is van een in onvoldoende mate toegenomen hersteltijd (ten opzichte van de sterk toegenomen arbeidsproductiviteit), niet verworpen kan worden. Met name wijst hij op het feit dat in Nederland en Engeland het aantal vrije dagen duidelijk is achtergebleven bij dat in Duitsland en Frankrijk, twee landen waar géén sprake is van een trendmatige toename van het ziekteverzuim.

Dat in Engeland de stijging geringer is geweest dan in Nederland wijst hij aan de achterblijvende productiviteitsstijgingen in dat land.

Besseling is van mening dat de arbeidsproductiviteit van het CBS geen valide maat is voor de integrale belasting. Hij heeft daarom voor zijn eigen analyse een arbeidsproductiviteitsmaat ontwikkeld die een betere indruk geeft van de "workload".

Voor gediplomeerde verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen kan hij het ver-

moede verband inderdaad aantonen: een toename van de arbeidsbelasting gaat samen met een toename van het ziekteverzuimpercentage en andersom.

Voor een viertal bedrijfstakken (textiel, zuivel, bouwmaterialen en metaal) is dit verband - op basis van de minder valide CBS productiviteitsgegevens - voor de periode 1970-1980 niet aantoonbaar.

2.3 De achtergronden van de daling in de periode vanaf 1979

Tot zover de in de literatuur aangetroffen verklaringen voor een stijging van het ziekteverzuim.

Enerzijds is gewezen op enkele maatschappelijke ontwikkelingen die het verzuimgedrag beïnvloeden terwijl recentelijk - vanuit het belasting-belastbaarheidsdenken - ook aandacht is geschonken aan ontwikkelingen op de arbeidsplek: de toegenomen - vooral psychische - belasting en de gestegen arbeidsproductiviteit. In deze paragraaf zal ingegaan worden op de mogelijke achtergronden van de daling van het verzuim zoals die zich in de laatste jaren van het onderzochte tijdvak heeft gemanifesteerd.

Omdat dit vraagstuk de laatste tijd in de vaktijdschriften ruime aandacht heeft gekregen, zullen wij hier slechts de belangrijkste conclusies vermelden. Voor meer gedetailleerde informatie verwijzen wij naar het verslag van de deel-analyse die in het kader van het onderzoeksprogramma Sekundaire Analyses van de CCOZ is verschenen, alsmede naar de rapporten van enkele andere auteurs (Kruidenier, 1983 c).

In de recente Nederlandse literatuur wordt de verklaring van de daling vooral gezocht in de economische crisis die ons land heeft getroffen. In het bijzonder is daarbij de aandacht uitgegaan naar de mogelijke rol van de werkloosheid.

De beschikbare analyses, en vooral die welke betrekking hebben op de Nederlandse cijfers, laten zien dat een toename van het aantal werklozen in hetzelfde jaar een afname, dan wel geringere stijging van het aantal ziekmeldingen bewerkstelligt.

Mogelijke verklaringen die uit de literatuur naar voren komen, zijn selectie op gezondheid bij de (grootscheepse) uitstoot van werknemers en bij de aanname van nieuw personeel, een geringe arbeidsbelasting in tijden van laagconjunctuur, die leidt tot een kleinere kans op ziekte en ongevallen en een lagere terugkeerdrempel en tot slot een bereidheid tot het leveren van extra inspanningen van de zijde van de werknemers.

In de eigen analyse is ook gekeken naar de effecten op wat langere termijn. Voor de periode 1969-1980 is gebleken dat een toename van de werkloosheid gevolgd wordt door een toename van de duur van de ziektegevallen, en wel in die mate, dat het aanvankelijke gunstige effect (namelijk een kleiner aantal ziekmeldingen), in het daarop volgende jaar grotendeels teniet wordt gedaan.

Dit is een fenomeen dat sterke overeenkomsten vertoont met de gevolgen van repressieve maatregelen die wel geopperd (en toegepast) worden om het ziekteverzuim terug te dringen zoals verscherpte controle en de invoering van carenzdagen. Ook daarbij wordt nogal eens geconstateerd dat weliswaar het aantal gevallen vermindert, maar dat dit eveneens gepaard gaat met een verlenging van de duur der gevallen.

Voor de periode met beperkte werkloosheidsfluctuaties is het plausibel te veronderstellen dat de lagere frequentie vooral het gevolg kan zijn dan een zekere terughoudendheid ten aanzien van het zich ziek melden. Dit kan in een later stadium het gevolg hebben dat men ernstiger ziek en langduriger arbeidsongeschikt wordt.

Kijken we echter naar de cijfers van de jaren 1981 en 1982 (met een zeer sterk toegenomen werkloosheid) dan moet vastgesteld worden dat de forse daling van het verzuimpercentage vooral het gevolg is van een sterke afname van de duur (paragraaf 2.1.3) en in veel mindere mate van een afname van de frequentie. Dit is dus niet in overeenstemming met hetgeen verwacht mag worden op grond van de analyse van de periode met min of meer normale fluctuaties in de werkloosheid. Dit wijst er op dat de in de laatste jaren explosief toegenomen werkloosheid (vooral, maar niet uitsluitend, het gevolg van een massale uitstoot van arbeidskrachten) andere processen in werking heeft gesteld. Met name kan daarbij gedacht worden aan strenge selectie op gezondheid.

In hoofdstuk 4 zullen wij daarom uitgebreid nagaan hoe het ziekteverzuim zich bij het "stabiele deel" (de werknemers die in 1982 gedurende een onafgebroken periode van 5 jaar in dienst van hetzelfde bedrijf zijn gebleven) van de werknemerspopulatie heeft ontwikkeld, en wel in vergelijking met het totale werknemersbestand. Eerst zullen wij echter in het volgende hoofdstuk de ontwikkeling van het ziekteverzuim bij de totale bedrijfspopulatie wat nauwkeuriger in kaart brengen dan in paragraaf 2.1 op basis van de landelijke cijfers gedaan kon worden.

3 Risicogroepen en trends

3.1 Inleiding

De doelstelling van het onderhavige verslag is om, zoals in de inleiding is opgemerkt, een beter inzicht te verkrijgen in de ontwikkeling in aard en omvang van het verzuim in Nederland. In het vorige hoofdstuk is daartoe gebruik gemaakt van openbare en reeds gepubliceerde gegevens van de CCOZ, het NIPG-TNO, het CBS, de bedrijfsverenigingen en de SVR. De verzuimcijfers die deze organisaties verstrekken zijn zoals we hebben gezien niet altijd even vergelijkbaar. Belangrijker evenwel is het bezwaar dat deze cijfers slechts een globaal beeld geven, omdat de ontwikkelingen niet gespecificeerd kunnen worden naar belangrijke persoons- en functiemarken.

Daarom zijn als aanvulling ook de verzuimgegevens geanalyseerd van twee grote Nederlandse ondernemingen. Beide bedrijven hebben gegevens op geaggregeerd niveau verstrekt. Deze betreffen uitsluitend verzuimpercentages. Dit hoofdstuk doet verslag van de analyse van deze cijfers. Eén van de bedrijven heeft ook individuele verzuimgegevens verstrekt. Van de analyse van deze gegevens wordt in het volgende hoofdstuk verslag gedaan.¹⁾

Drie vragen staan centraal. Wat kunnen we zeggen over de ontwikkeling van het verzuim in Nederland? Welke risicogroepen, d.w.z. groepen met een hoog ziekteverzuim, kunnen we onderscheiden als we kijken naar drie kenmerken, waarvan verondersteld wordt dat ze een sterke samenhang vertonen met het ziekteverzuim, nl. functie, leeftijd en geslacht? Maken risicogroepen ook een andere verzuimontwikkeling door?

In paragraaf 3.2 worden allereerst de verzuimcijfers van beide arbeidsorganisaties vergeleken met de situatie in het Nederlandse bedrijfsleven. Deze vergelijking is met name van belang voor de mate van generaliseerbaarheid van de conclusies.

Van één bedrijf zijn maandgegevens voorhanden, van het ander slechts gegevens op jaarbasis. In paragraaf 3.3 worden voor- en nadelen van beide soorten gegevens op een rij gezet.

Na een kort literatuuroverzicht m.b.t. de kenmerken functie, leeftijd en geslacht worden in paragraaf 3.4 de resultaten van de analyse vermeld.

In paragraaf 3.5 volgt nog een korte samenvatting van de bevindingen.

3.2 Vergelijkbaarheid wat betreft het ziekteverzuim van de onderzochte bedrijven met het Nederlandse bedrijfsleven

De beide ondernemingen, die ons verzuimcijfers ter beschikking hebben gesteld, behoren tot de grootste bedrijven in Nederland. Bedrijf A telt bijna 30.000 werknemers en bedrijf B ruim 10.000. Bedrijf A heeft één duidelijk afgebakend werkterrein. Bij bedrijf B is dat veel minder het geval. Dit bedrijf bestaat uit een groot aantal dochterondernemingen met een tamelijk onafhankelijke bedrijfsvoering en dito personeelsbeleid. De ondernemingen zijn in acht verschillende industriële sectoren werkzaam.

Het is de vraag of bedrijven die zich vrijwel tot één werkterrein beperken (bedrijf A), respectievelijk in een beperkt aantal sectoren actief zijn (bedrijf B), een goede afspiegeling kunnen zijn van het Nederlandse bedrijfsleven in zijn totaliteit. Om dit na te gaan zijn de gegevens van beide arbeidsorganisaties vergeleken met ziekteverzuimcijfers, zoals het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg TNO (NIPG-TNO) die verstrekt. In een enkel geval zullen cijfers uit de eigen CCOZ-registratie worden gebruikt.

Bedrijf A kent een onderverdeling in 9 qua werk(omstandigheden) tamelijk homogene groepen, die zo'n 40% van de totale personeelsbezetting vormen. Deze groepen zullen personeelsgroepen worden genoemd.

Daarnaast kent het bedrijf een onderverdeling in 10 minder homogene groepen, die tezamen wel het voltallig personeel vormen. Deze groepen zullen we in het vervolg functiegroepen noemen.

Bedrijf B kent cijfers inclusief en exclusief werknemers, die niet maandelijks maar wekelijks hun salaris ontvangen. Voor deze werknemers zal de term "weekloners" worden gehanteerd. De weekloners zijn vrijwel uitsluitend in de productiesfeer werkzaam. Het verzuim van deze groep is beduidend hoger dan dat van het overig personeel van bedrijf B.

Dit bedrijf heeft verzuimgegevens verstrekt gedetailleerd naar functie (een vierdeling), leeftijd en geslacht. Hierin zijn de weekloners echter niet opgenomen. Tabel 3.1 geeft de verzuimpercentages van bedrijf A en B met ter vergelijking de totaalcijfers uit de registratie van het NIPG-TNO.

Als we ons eerst beperken tot het niveau van het verzuim, dan zien we dat de verschillen tussen de bedrijven en de Nederlandse situatie niet erg groot zijn. Het verzuimpercentage van bedrijf A is in de beginjaren iets kleiner, maar komt al snel

Tabel 3.1 Verzuimpercentages van twee ondernemingen en het NIPG-TNO

Jaar	Bedrijf A		Bedrijf B		NIPG-TNO
	gemiddelde 9 personeels- groepen	gemiddelde 10 functie- groepen volt. pers.	inclusief weekloners volt. pers.	exclusief weekloners	
1971	6.4	6.5	-	-	7.8
1972	6.9	6.8	-	-	7.8
1973	7.6	7.6	-	-	8.5
1974	8.1	8.0	-	-	9.0
1975	8.7	8.4	-	-	8.8
1976	9.2	9.2	-	-	9.3
1977	9.5	9.4	9.85	8.24	9.5
1978	10.3	10.0	9.53	8.20	10.0
1979	9.9	9.2	9.30	8.00	10.0
1980	-	8.8	8.98	7.83	9.4
1981	-	8.5	8.20	6.99	8.5

op landelijk niveau. Dit geldt zowel voor het voltallige personeel, als voor het gemiddelde over de 9 personeelsgroepen.

Bedrijf B is qua hoogte van het verzuim redelijk vergelijkbaar met de Nederlandse industrie, zoals geïndiceerd door de NIPG-cijfers. Op het jaar 1977 na is het verzuim bij bedrijf B iets minder hoog. Laten we de weekloners buiten beschouwing dan vallen de cijfers van bedrijf B nog 17% lager uit.

Voor wat betreft de ontwikkeling van het verzuim valt het volgende op te merken. Bedrijf A laat evenals de landelijke cijfers een gestage toename zien tot en met 1978, met een top die gelijk is aan het landelijke cijfer (10%). Daarna zet zich bij dit bedrijf één jaar eerder dan landelijk, een daling in die in 1981 resulteert in een verzuimpercentage van 8.5 %. Ook dit is weer gelijk aan het landelijke cijfer.

Bij bedrijf B doet zich over de gehele periode waarover cijfers beschikbaar zijn (vanaf 1977) een daling voor. De afname over de jaren 1978-1981 bedraagt 1.3 procentpunt hetgeen goed overeenkomt met de afname in bedrijf A (1.5 procentpunt) en die in de landelijke cijfers (ook 1.5 procentpunt).

Bij bedrijf B treedt de sterkste daling in 1981 op, hetgeen overeenkomt met het

jaar waarin in de landelijke cijfers de sterkste daling te zien is. Met enig voorbehoud ten aanzien van de ontwikkeling van 1977 op 1978 kan geconcludeerd worden dat de beweging van het ziekteverzuimpercentage in dit bedrijf de landelijke ontwikkeling lijkt te weerspiegelen.

Om wat meer inzicht in de mate van representativiteit van bedrijf B te krijgen zijn de verzuimcijfers van dit bedrijf ook vergeleken gedetailleerd naar geslacht en functie (NIPG-cijfers) en naar leeftijd en geslacht (CCOZ-cijfers).²⁾

Tabel 3.2 en 3.3 geven de cijfers.

Tabel 3.2 Verzuimpercentages van bedrijf B en NIPG-TNO gedetailleerd naar geslacht en functie (1977-1981)

Jaar	NIPG		Bedrijf B					
	Handarbeiders		Hoofdarbeiders		Handarbeiders		Hoofdarbeiders	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
1977	9.7	12.3	5.8	9.5	11.8	18.7	5.8	7.2
1978	10.2	12.6	6.2	10.5	12.1	19.1	5.7	6.8
1979	10.3	13.0	5.8	9.1	12.1	19.4	5.5	6.0
1980	9.6	12.2	5.3	8.4	12.1	17.8	5.0	5.6
1981	8.5	11.7	4.9	8.5	10.0	17.8	4.7	5.5

Tabel 3.3 Verzuimpercentages van bedrijf B en CCOZ gedetailleerd naar leeftijd en geslacht (1980)

Leeftijd	CCOZ		Bedrijf B	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
16-24 jaar	7.5	7.3	5.6	6.2
25-34 jaar	8.5	10.9	6.5	8.3
35-44 jaar	8.9	10.2	7.3	8.6
45-54 jaar	10.4	14.2	8.0	8.5
55 jaar en ouder	14.6	19.4	12.4	9.1

Wanneer we allereerst de aandacht richten op tabel 3.3, zien we dat zowel mannen als vrouwen van bedrijf B een wat lager verzuim hebben dan de vergelijkbare groepen uit het CCOZ-bestand. Deels is dit het gevolg van het ontbreken van de (hoge) verzuimcijfers van de weekloners.

Het onderscheid naar leeftijd en geslacht leert verder dat de mannen van bedrijf B met het ouder worden eenzelfde verzuimontwikkeling doormaken als de CCOZ-mannen. Hetzelfde kan gezegd worden van de jongere vrouwen in bedrijf B. De oudere vrouwen verzuimen duidelijk minder dan de CCOZ-cijfers aangeven.

Wanneer we vervolgens kijken naar tabel 3.2, zien we het lagere ziekteverzuim van de mannen en vrouwen van bedrijf B uitsluitend weerspiegelt in het iets geringere verzuim van de hoofdarbeid(st)ers.

De handarbeid(st)ers van bedrijf B verzuimen duidelijk meer dan de vergelijkbare groepen bij het NIPG. Wanneer de weekloners in de verzuimcijfers van bedrijf B zouden worden meegerekend, zou het verschil in verzuim van de handarbeid(st)ers tussen bedrijf B en het NIPG nog toenemen.

Deels zullen de verzuimverschillen tussen bedrijf B en het NIPG bij hand- en hoofdarbeid(st)ers het gevolg zijn van het verschil in indeling naar hand- en hoofdarbeid. We moeten echter constateren dat er qua verzuimniveau wel enkele verschillen optreden tussen bedrijf B en de NIPG- en CCOZ-cijfers.

Kijken we echter naar de ontwikkeling van het verzuim dan zien we sterke overeenkomsten.

Wat betreft de mannelijke handarbeiders zien we dat zowel bij het NIPG als bij bedrijf B de sterkste daling in 1981 heeft plaatsgevonden en dat in beide gevallen in 1978 een stijging heeft plaatsgevonden.

Bij de vrouwelijke handarbeiders zien we in beide gevallen de sterkste daling in 1980 en een toename tot 1979.

Bij de mannelijke hoofdarbeiders is in beide gevallen sprake van een geleidelijke daling, die bij bedrijf B al vanaf het eerste meetpunt (1978) valt te constateren en die bij de NIPG-cijfers later is ingezet (1979).

Ook bij de vrouwelijke hoofdarbeiders is de ontwikkeling sterk identiek: een relatief sterke daling in 1979 gevolgd door een geringere afname in 1980 en een stabilisering in 1981. Wel zien we ook hier dat de daling bij bedrijf B eerder inzet dan bij het NIPG-bestand.

Al met al kunnen we concluderen dat én bedrijf A (voor zover dat controleerbaar

is) én bedrijf B een redelijke afspiegeling vormen van de situatie in het Nederlandse bedrijfsleven voor wat betreft de hoogte en een goede afspiegeling wat betreft de ontwikkeling van het verzuim.

3.3 Seizoenspatronen: maandcijfers of jaarcijfers?

De verzuimcijfers van bedrijf A gedetailleerd naar 9 personeelscategorieën betreffen maandgegevens. Wanneer we iets willen zeggen over de ontwikkeling van het verzuim, zal de invloed die het seizoen heeft op de hoogte van de verzuimcijfers, verstorend werken op de algemene trend. In de winter is het verzuim over het algemeen aanzienlijk hoger dan in de zomermaanden.

Er zijn twee mogelijkheden om te corrigeren voor de verstorende invloed van de seizoenen op de algemene ontwikkeling van het verzuim. Men kan de gegevens per maand corrigeren voor de gemiddelde invloed die een bepaalde maand op de hoogte van het verzuim heeft.³⁾ Men kan ook de maandcijfers uitmiddelen tot jaarcijfers ervan uitgaand dat de invloed van het seizoen over de jaren niet wezenlijk verschilt.

Beide correctiemethoden zijn gehanteerd. Een trendanalyse op grond van voor seizoenverschillen gecorrigeerde cijfers levert geen andere conclusies op dan bij de niet gecorrigeerde cijfers. Hetzelfde geldt voor de trendanalyse op grond van de jaargegevens. Wel komt bij beide correctiemethoden de trend duidelijker naar voren. Veruit het sterkst is dat het geval bij de tot de jaargegevens samengevoegde cijfers. Toevallige fluctuaties worden door de langere waarnemingsperiode goed uitgemiddeld.

We kunnen concluderen dat wanneer slechts jaarcijfers beschikbaar zijn, dit geen overwegend bezwaar hoeft te betekenen, aangezien bij trendanalyse waarschijnlijk geen relevante informatie verloren gaat. We kunnen met een gerust hart overgaan naar de cijfers van het voltallig personeel van bedrijf A en de cijfers van bedrijf B, die slechts op jaarbasis zijn gegeven.⁴⁾

3.4 Risicogroepen: leeftijd, geslacht en functie

Bij het onderzoek naar hoogte en ontwikkeling van het verzuim van risicogroepen d.w.z. groepen met een hoog ziekteverzuim, is aan drie aspecten aandacht geschonken. Het betreft de persoonskenmerken functie, geslacht en leeftijd. Het doel is daarbij tweeledig. Enerzijds is gekeken naar de specifieke invloed van

de drie kenmerken afzonderlijk op het niveau en de trend van het verzuim. In paragraaf 3.4.1 komt eerst een kort literatuuroverzicht aan de orde. De eigen bevindingen worden vervolgens in paragraaf 3.4.2 gepresenteerd.

Anderzijds is onderzocht in hoeverre groepen (gedetailleerd naar de drie genoemde kenmerken) met een hoog verzuim een al dan niet ongunstiger ontwikkeling doormaken dan groepen met een minder hoog verzuim. Hiervan wordt in paragraaf 3.4.3 verslag gedaan.

3.4.1 Literatuur

3.4.1.1 Geslacht

In de meeste literatuur over de verzuimverschillen tussen mannen en vrouwen komt naar voren dat vrouwen hogere verzuimpercentages hebben. Daarnaast verzuimen vrouwen vaker, maar korter dan mannen.

Philipsen wijt het hogere verzuim van de vrouwen aan de mate van misbaarheid op het werk en de mate waarin de beroepsarbeid voor vrouwen de dominerende functionele arbeidsrol is.

Het hogere aantal ziekmeldingen schrijft hij toe aan de gemiddeld jonge leeftijd van de vrouwelijke werknemers, die vaak weinig geschoolde arbeid verrichten met weinig kansen op eigen verantwoordelijkheid. Bovendien anticiperen vrouwen vaak op de rol van huisvrouw en mogen zij in onze cultuur meer klagen dan mannen. Een laatste oorzaak die hij noemt betreft de dubbele belasting van vrouwen in arbeidsproces en huishouden. Iedere belasting leidt statistisch gezien tot ziekteverschijnselen (Philipsen, 1977).

De dubbele belasting van de vrouw wordt ook elders vaak als verzuimbevorderende omstandigheid genoemd. Schokking-Siegerist stelt daarentegen vast dat vrijwel nooit de objectieve zwaarte van de gezinstaat van invloed is op het verzuim. Wel van invloed is het belang dat de vrouw hecht aan werknemersrol of traditionele vrouwenrol. Zij stelt dat gehuwden met kinderen en oudere vrouwen ten onrechte tot de risicogroepen worden gerekend (Schokking-Siegerist, 1982).

Toch blijkt steeds weer dat gehuwde vrouwen veel vaker verzuimen dan ongehuwde vrouwen. Ook verzuimen ze meer dagen. Een mogelijke oorzaak is gelegen in het meetellen van zwangerschapsverlof als ziekte dagen. Een onderzoek noemt het cijfer van 10%, dat zwangerschapsverlof uitmaakt van het totale ziekteverzuim van vrouwen (Schellart-Hokkeling, 1977). Uit de CBS Diagnosestatistiek 1979 blijkt

dat normaal verlopende zwangerschappen voor 8.5% van het totaal aantal ziekte-dagen verantwoordelijk zijn. Zwangerschapsziekten voegen daar nog eens 3.5% bij. Ook het feit dat vrouwen onder de 35 jaar iets langer verzuimen dan mannen, terwijl vrouwen boven de 35 duidelijk korter verzuimen, wijst in deze richting (de Graaf, 1972).

Ook het verzuimbevorderend effect van het over het algemeen weinig geschoolde werk zonder verantwoordelijkheden komt men vaker in de literatuur tegen. Vrouwen zijn gemiddeld lager opgeleid, hebben minder sociale zekerheid, slechter loon (ook in gelijke functies), minder carrière-perspectief en een grotere kans op werkeloosheid (Vrouwen, Arbeid en Gezondheid, 1981). In dat licht worden er wel vraagtekens gezet bij de stelling of vrouwen ook werkelijk meer verzuimen dan mannen, wanneer er sprake is van gelijke arbeid. Wanneer de cijfers van mannen en vrouwen worden gedetailleerd naar bijvoorbeeld functieniveau zijn de verschillen gering (Verbaan, 1980).

Twee aspecten zullen bij het bespreken van onze eigen cijfers aan de orde worden gesteld. Enerzijds zal worden nagegaan in hoeverre functie (als indicator voor verschillen in arbeidsomstandigheden) verschillen tussen de verzuimcijfers van mannen en vrouwen verklaart, anderzijds zal een detaillering naar leeftijd meer licht kunnen werpen op de mogelijke oorzaken voor seksegebonden verzuimverschillen.

De relatief sterke toename voor het verzuim van de vrouwen in de jaren zeventig zal verder aan de orde komen in hoofdstuk 5.

3.4.1.2 Leeftijd

Over het algemeen wordt er een rechtstreeks verband verondersteld tussen leeftijd en ziekteverzuim. Met het ouder worden neemt de ziekte duur per geval sterk toe. Ook het verzuimpercentage wordt hoger. De meldingsfrequentie neemt echter af. Ouderen hebben minder, maar wel ernstiger aandoeningen.

Ondanks een sterke daling van de meldingsfrequentie is de toename van de gemiddelde ziekte duur zo groot, dat werknemers ouder dan 55 jaar twee maal zo veel dagen verzuimen als degenen onder 35 jaar (Philipsen, 1977).

Ook de CCOZ-gegevens geven eenzelfde beeld te zien. De meldingsfrequentie is bij de jongste groep (tot 26 jaar) twee maal zo groot als bij de oudste groep (56 jaar en ouder). Het verzuim duurt bij de jongeren echter zoveel korter dat zij slechts de helft van het aantal dagen van de ouderen afwezig zijn (Kruidenier, 1982a).

Volgens Philipsen worden jongere werknemers gekenmerkt door hoge ziektefre-

quentie ten gevolge van een lage ziekte- en afwezigheidsdrempel. Ouderen worden gekenmerkt door een hoog ziektepercentage en lange duur ten gevolge van een minder goede gezondheidstoestand (Philipsen, 1977).

Het langduriger verzuim bij ouderen wordt over het algemeen toegeschreven aan een relatief slechte gezondheidstoestand, waardoor een verminderde belastbaarheid ontstaat.

De lage meldingsfrequentie op oudere leeftijd heeft direct te maken met de relatief lange ziekteduur. Tijdens een ziektegeval kan immers geen nieuwe ziekmelding plaatsvinden. De gemiddelde langere ziekteduur bij ouderen verklaart de afname van de meldingsfrequentie met de helft (Schellart-Hokkeling, 1977).

Janmaat wijst er op dat het niet op de eerste plaats de leeftijd zelf is, maar dat het veeleer de arbeidsomstandigheden zijn die een stijgend ziekteverzuim tot gevolg hebben. Door langdurige lichamelijke en geestelijke overbelasting en/of langdurige blootstelling aan schadelijke stoffen treedt een té snelle slijtage op (Janmaat, 1982).

Dit zou betekenen dat ouderen in functies met een relatief hoog verzuim een ongunstiger verzuimontwikkeling zouden moeten hebben dan ouderen in weinig verzuimende functies. Wij zullen dit aspect in onze cijfers nagaan.

3.4.1.3 Functie

Reeds lang is bekend dat er grote verschillen bestaan in het verzuimniveau van functiegroepen. Onder andere wijst de onderverdeling van de NIPG-TNO-cijfers en de CCOZ-cijfers in handarbeiders-beambten dit uit.

Als oorzaken worden genoemd dat het productiepersoneel gemiddeld ouder is, meer fysiek belastende arbeid verricht, meer eentonig werk heeft zonder ontplooiingskansen waardoor een geringere werkbinding ontstaat en dat mensen met een lagere sociaal-economische status vaker ziek zijn (Becker, 1980).

Ook Philipsen noemt een aantal verzuimbevorderende omstandigheden, die met functie en arbeidsomstandigheden te maken hebben. Veel van deze omstandigheden treft men vooral in de productiesfeer aan (Philipsen, 1977).

Ook Verbaan stelt dat de functie en de daarbij horende arbeidsomstandigheden bepalende factoren voor de hoogte van het verzuim zijn (Verbaan, 1980).

Vroege schat het "natuurlijk" verzuimpercentage op ongeveer 4 à 5%. Alles wat daarboven zit, is het gevolg van belastende arbeidsomstandigheden (Vroege, 1983).

De minder goede gezondheidstoestand wordt bevestigd in een onderzoek naar de gezondheid van mensen met verschillende functies. De groep met een lage functie

(productie- en kantinepersoneel) heeft iets minder gunstige gezondheidswaarden (Jonkers e.a., 1981).

Over een samenhang tussen functie en daarmee samenhangende arbeidsomstandigheden enerzijds en ontwikkeling van het verzuim anderzijds, is weinig bekend. Becker noemt een grotere stijging van de meldingsfrequentie bij de productiesector chemie/metaal in 1955-1975 t.o.v. de administratieve dienst (NIPG-cijfers). Verder is tot nu toe geen verband vastgesteld (Becker, 1980).

De samenhang tussen functieniveau en hoogte en ontwikkeling van het verzuim zal uitgebreid aan de orde komen in de volgende paragrafen.

3.4.2 Leeftijd, geslacht en functie

In deze paragraaf komen de verzuimcijfers van bedrijf B aan de orde gedetailleerd naar functie, leeftijd en geslacht.⁵⁾ Allereerst wordt het verzuimniveau gegeven naar functie gecorrigeerd voor verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw. Vervolgens wordt de ontwikkeling van het verzuim naar functie gegeven.

Daarna komt de invloed van geslacht en leeftijd op hoogte en ontwikkeling van het verzuim aan de orde. Tot slot wordt ingegaan op het belang van de correctie op functie-, leeftijds- en geslachtsinvloed, wanneer het verzuim van groepen werknemers wordt onderzocht.

3.4.2.1 Functie

Tabel 3.4. geeft de ziekteverzuimpercentages van bedrijf B voor de jaren 1977-1981 en het gemiddelde over de gehele periode onderverdeeld in vier functiegroepen: fabriekspersoneel, beampten, assistent-managers en managers.

Tabel 3.4 Ziekteverzuimpercentages voor bedrijf B naar functie 1977-1981 (gecorrigeerd voor verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw)

Functie	1977	1978	1979	1980	1981	Gemiddeld
Fabriekspersoneel	12.9	13.2	13.3	13.3	11.6	12.9
Beampten	7.8	7.3	7.0	6.5	5.9	6.9
Ass. managers	4.9	4.7	4.0	3.7	3.5	4.2
Managers	3.1	2.8	3.0	3.0	2.5	2.9

Na correctie op verschillen in de opbouw naar leeftijd en geslacht blijkt de hoogte van het ziekteverzuim sterk samen te hangen met de functie.⁶⁾ Fabrieksarbeiders verzuimen bijna tweemaal zo veel wegens ziekte als beambten, ruim drie maal zo veel als assistent-managers en zelfs vier maal zo veel als de managers.

Er is geen duidelijk verband tussen functie en de mate van afname van het verzuim. Beambten geven de sterkste afname te zien (1.9%), gevolgd door de assistent-managers (1.4%) en de fabrieksarbeiders (1.3%). De managers hebben de geringste afname van het verzuim (0.6%).

Ook de niet voor leeftijds- en geslachtsinvloed gecorrigeerde CCOZ-cijfers geven grote verschillen te zien in verzuimniveau tussen handarbeiders en beambten. Tabel 3.5 brengt dit in beeld.

Tabel 3.5 Ziekteverzuimpercentages van de CCOZ-registratie naar functie 1977-1980 (ongecorrigeerde cijfers).

Functie	1977	1978	1979	1980	Gemiddeld
Fabriekspersoneel	12.8	14.2	13.4	13.0	13.4
Beambten	5.3	5.6	6.3	6.5	5.9

Het fabriekspersoneel verzuimt ruim twee maal zo veel als de beambten. De toename van het verzuim is onder beambten echter groter dan onder handarbeiders, 1.2% tegen .2%.

3.4.2.2 Leeftijd en geslacht

Tabel 3.6 geeft het gemiddeld verzuimpercentage van bedrijf B over 1977-1981 gedetailleerd naar leeftijd, functie en geslacht.

Over het algemeen treedt het bekende verband tussen leeftijd en hoogte van het verzuim ook hier op. Vooral bij de mannen is het leeftijdseffect duidelijk zichtbaar. Voor alle functiegroepen geldt bij de mannen dat het verzuim toeneemt met het stijgen der jaren.

De vrouwen geven een minder duidelijke samenhang te zien. Wel is het verzuim in de oudste groep in alle gevallen hoger dan bij de jongste vrouwen. Er is echter

Tabel 3.6 Ziekteverzuimpercentages van bedrijf B naar functie, leeftijd en geslacht, gemiddelden over 1977-1981.

Functie	Man				Vrouw			
	16-29 jaar	30-39 jaar	40-49 jaar	50 jaar en ouder	16-29 jaar	30-39 jaar	40-49 jaar	50 jaar en ouder
Fabr.pers.	8.8	10.9	11.2	14.7	18.4	21.0	16.3	18.7
Beambten	4.0	5.4	6.6	10.6	5.8	7.2	7.1	9.5
Ass.man.	2.1	3.0	3.9	7.4	3.0	3.8	2.9	8.5
Managers	1.3	2.0	2.7	5.2	1.5	4.9	2.7	2.4
Totaal	5.9	6.7	7.2	10.7	7.1	9.6	9.0	11.2

sprake van een piek in het verzuim bij de dertigers, die in alle functiegroepen is terug te vinden.

De cijfers uit de CCOZ-registratie geven een zelfde verzuimpiek te zien in de groep van 26 t/m 35 jaar (Kruidenier, 1982a). Tabel 3.7 geeft de cijfers. Een detaillering naar functie is niet voorhanden.

Tabel 3.7 Verzuimpercentages van vrouwen uit de CCOZ-registratie naar leeftijd, gemiddelden over 1977-1980

Leeftijd	V%
16-25 jaar	7.7
26-35 jaar	11.1
36-45 jaar	8.4
46-55 jaar	9.6
56 jaar en ouder	13.5

In Nederland valt zwangerschapsverlof onder de Ziektewet. De CCOZ registreert zwangerschapsverlof dan ook als ziekteverzuim. Dit is naar mededeling van

bedrijf B niet het geval bij hun eigen verzuimregistratie waarbij het verlof wordt opgevat als niet gewerkte dagen (met behoud van de ziektewet-uitkering).

We hebben gezien dat zwangerschap ongeveer 10% van het ziekteverzuim bij vrouwen voor haar rekening neemt. In de levensfase van 20 tot 30 jaar worden de meeste kinderen ter wereld gebracht. In de betreffende leeftijdsklassen zal zwangerschap dus nog een beduidend groter deel uitmaken dan de genoemde 10%.⁷⁾

Een groot deel van de verzuimpiek rond het dertigste levensjaar zoals uit de CCOZ-cijfers blijkt, zou het gevolg kunnen zijn van het meetellen van zwangerschap als ziekte. Aangezien bedrijf B zwangerschap niet als ziekteverzuim registreert, kan de piek bij de dertigers van deze arbeidsorganisatie daar natuurlijk niet aan worden toegeschreven. We zien echter dat de piek bij de CCOZ-cijfers hoger uitvalt. De groep van 26 t/m 35 jaar verzuimt ruimt 40% meer dan de groep onder 26 jaar en ruim 30% meer dan de groep van 36 t/m 45 jaar. Bij bedrijf B is het verzuim van de dertigers zo'n kleine 30% hoger dan dat van de jongere groep en ongeveer 25% hoger dan dat van de veertigers.

Aangezien het grootste deel van de bevallingen gelegen is in de leeftijdsklasse van 25 t/m 29 jaar, is het niet waarschijnlijk dat de verzuimpiek van de dertigers bij bedrijf B, die niet het gevolg kan zijn van normaal verlopende bevallingen, verklaard kan worden uit zwangerschapsziekten, zoals te hoge bloeddruk, afgebroken zwangerschappen, etc. Veeleer zal moeten worden gedacht aan een verklaaringsmechanisme als de dubbele belasting die het werk buitenshuis en het huishouden vaak voor de vrouw meebrengen. De dubbele belasting is in de leeftijdsperiode van 30 tot 40 jaar misschien relatief het zwaarst. Het is de periode waarin de verzorging van de (nog jonge) kinderen de meeste tijd zal kosten.

De voorgaande alinea's samenvattend kan gesteld worden dat de invloed van de factor leeftijd voor mannen en vrouwen verschillend is: bij de mannen een hoger ziekteverzuim naarmate de leeftijd toeneemt, maar bij de vrouwen een piek in de leeftijdsklasse 30-39 jaar. Dit patroon blijkt zich voor te doen binnen elk van de vier onderscheiden functiegroepen.

Als tenslotte gekeken wordt naar de verschillen in ziekteverzuim tussen mannen en vrouwen per leeftijdsgroep en per functie, dan valt het volgende op.

Het vrouwelijk fabriekspersoneel vertoont in alle leeftijdsklassen een hoger verzuim dan hun mannelijke collega's. De verschillen zijn echter in de twee jongste

leeftijdscategorieën aanzienlijk groter dan in de twee oudste.

Het verschil tussen vrouwelijke en mannelijke hoofdarbeiders is ook gelegen in de leeftijdsklassen tot 40 jaar. De oudere hoofdarbeidsters verzuimen niet meer dan de mannen wanneer we de leeftijdsklassen boven 40 jaar en ouder samennemen. De oudere vrouwelijke managers verzuimen zelfs beduidend minder dan hun mannelijke collega's.⁸⁾

Een en ander wijst erop dat de dubbele belasting van vrouwen, die vooral op de groep tot 40 jaar van toepassing zal zijn, het verschil in verzuim van de vrouwelijke hoofdarbeidsters kan veroorzaken.

Er moet worden geconstateerd dat er voor het grote verschil in verzuim tussen handarbeidsters en -arbeiders zeker ook andere oorzaken zijn, aangezien bij deze groep ook de oudere vrouwen duidelijk meer verzuimen.

In ieder geval lijkt het onjuist om op voorhand vrouwen tot risicogroep te bestempelen. Er zijn immers groepen vrouwelijke werknemers aan te wijzen die nauwelijks meer of zelfs minder verzuimen dan hun qua leeftijd en functie vergelijkbare mannelijke collega's.

Een duidelijk verband tussen leeftijd en de ontwikkeling van het verzuim in de periode 1977-1981 kan niet worden aangetoond.⁹⁾

De verschillen tussen mannen en vrouwen worden in de loop der jaren wel kleiner. Tabel 3.8 laat zien, dat de afname bij de vrouwen groter is dan bij de mannen.

Tabel 3.8 De afname van het ziekteverzuim van functiegroepen gedetailleerd naar geslacht (gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdsopbouw)
Verskil in verzuim% (1977-1981)

Functie	Man	Vrouw
Fabriekspersoneel	1.7	2.4
Beambten	1.7	2.2
Ass. managers	1.1	2.3
Managers	0.2	2.1
Totaal	1.4	2.2

In paragraaf 3.4.3 zullen we uitgebreider ingaan op de vraag in hoeverre het ziekteverzuim van de diverse risicogroepen zich anders ontwikkelt dan die van de groepen met een laag ziekteverzuim.

3.4.2.3 Correctie op leeftijd, geslacht en functie

In de vorige paragrafen hebben we kunnen zien dat de drie onderzochte aspecten (leeftijd, geslacht en functie) samenhangen met de hoogte van het verzuim.

Daarnaast is er sprake van samenhang tussen geslacht en ontwikkeling van het verzuim. Uit de geconstateerde relaties blijkt het belang van correctie op de drie kenmerken, wanneer men groepen vergelijkt die met betrekking tot deze kenmerken verschillend zijn opgebouwd.¹⁰⁾

Een bevestiging hiervan blijkt uit het effect van standaardisering op functie van 8 bedrijfsgroepen van bedrijf B. Een groot deel van de sterke verschillen in hoogte van het verzuim tussen de bedrijfsgroepen wordt hiermee weggenomen, zoals tabel 3.9 laat zien.

Tabel 3.9 Verzuimpercentages van bedrijf B naar bedrijfsgroep (voor en na correctie voor verschillen in opbouw naar functie), 1981

Bedrijfsgroep	Gecorrigeerd verzuimperc.	Ongecorrigeerd verzuimperc.
Vlees	9.7	12.4
Voedsel en drank	9.2	9.5
Reinigingsartikelen	6.9	7.2
Zuivel	6.5	6.8
Chemicaliën	6.7	6.9
Veevoeders	8.5	8.2
Papier en transport	6.8	7.4
Administratie en diversen	6.7	4.4
Totaal	8.2	8.2

Het verschil in ziekteverzuim tussen de sector met het hoogste en die met het laagste verzuim wordt van 8% teruggebracht tot 3%. De standaard-deviatie van de verzuimcijfers van de 8 bedrijfsgroepen is vóór correctie 2.33 en erna 1.29. De

standaardisatie heeft plaatsgevonden op de tamelijk grove indeling in fabriekspersoneel, beambten, assistent-managers en managers. Correctie aan de hand van een meer verfijnde indeling in qua werk homogenere functiegroepen zou de verschillen mogelijk nog kleiner maken. We mogen constateren dat een groot deel van de verschillen tussen de bedrijfsgroepen van bedrijf B het gevolg zijn van verschillen in functie-opbouw.

Ook het standaardiseren op leeftijd en geslacht is niet onbelangrijk, zoals moge blijken uit tabel 3.10.

Tabel 3.10 Hoogte en ontwikkeling van verzuimpercentages van bedrijf B naar functie, voor en na correctie voor verschillen in opbouw naar leeftijd en geslacht, 1977-1981

Functie	Verzuimniveau		Verzuimontwikkeling	
	gecorrigeerd verzuimperc.	ongecorrigeerd verzuimperc.	gecorrigeerd verzuimperc.	ongecorrigeerd verzuimperc.
Fabriekspers.	12.9	12.1	- 1.3	- 1.7
Beambten	6.9	6.5	- 1.9	- 1.6
Ass.manager	4.2	4.7	- 1.4	- 0.9
Managers	2.9	3.3	- 0.6	+ 0.2

Zowel qua hoogte als qua trend levert standaardisatie aanzienlijke verschillen op. Bij het fabriekspersoneel is het verzuimniveau na correctie .8% hoger. Ook bij de beambten is het niveau hoger. De correctie doet het verzuimniveau bij de (assistent-)managers daarentegen afnemen. In dit geval is het effect dus omgekeerd aan dat van standaardisatie naar functie: de verschillen worden juist groter.

Na correctie is de mate van afname van het verzuim bij het fabriekspersoneel kleiner. De correctie levert bij de overige groepen juist een gunstiger verzuimontwikkeling op. De correctie werkt vooral door in de ontwikkeling van het verzuim van de managers.

Na correctie op leeftijds- en geslachtsopbouw zijn de verschillen in verzuimniveau tussen de onderscheiden functiegroepen nog groter dan voor correctie. Vaak wordt bij onderzoek naar groepsgebonden verschillen in verzuim de nadruk gelegd op

standaardiseren naar leeftijd en geslacht. Uit het voorgaande blijkt dat een standaardisatie naar functie minstens even belangrijk is.

3.4.3 Samenhang tussen hoogte en ontwikkeling van het verzuim

Bij bedrijf A is er m.b.t. de onderverdeling in 9 qua werk(omstandigheden) tamelijk homogene personeelsgroepen sprake van een relatie tussen hoogte en ontwikkeling van het verzuim. Personeelsgroepen met een hoog verzuim in 1971 hebben een ongunstiger verzuimontwikkeling dan groepen met een laag verzuim. Dat wil zeggen dat groepen met een hoog verzuim sterker stijgen (Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt = .83; $P = .01$).

Het sterke verband tussen hoogte en ontwikkeling van het verzuim kan bij de onderverdeling van bedrijf A in functiegroepen niet worden aangetoond. Dit is mogelijk het gevolg van de minder sterke homogeniteit van de functiegroepen. De groep met het laagste gemiddelde verzuim heeft echter wel een aantoonbaar minder snelle toename van het verzuim dan de rest van het personeel.

Bij bedrijf B is er daarentegen sprake van een omgekeerd verband tussen hoogte en ontwikkeling van het verzuim wanneer risicogroepen worden onderscheiden op basis van de kenmerken functie, leeftijd en geslacht (Spearman's $r = -.57$; $P = .01$). Groepen met een hoog verzuim laten een sterkere daling zien dan groepen met een laag verzuim. Op grond van de relatief grote afname van het verzuim van de vrouwen, die in de meeste, maar niet alle gevallen meer verzuimen, lag een dergelijke samenhang voor de hand.

De positieve samenhang tussen hoogte en ontwikkeling van het verzuim van personeelsgroepen bij bedrijf A treedt op in een periode van toename van het verzuim en van een relatief gunstige conjunctuur. De negatieve relatie bij bedrijf B doet zich voor in een periode van laag-conjunctuur en van dalend ziekteverzuim. Waarschijnlijk doen zich in de laatste periode selectieprocessen op gezondheid voor, die de verschillen tussen groepen kleiner maakt en die in perioden met een krappere arbeidsmarkt niet kunnen optreden. In verband daarmee zal in het volgende hoofdstuk, dat handelt over de ontwikkeling bij een vaste groep werknemers, uitgebreider op de relatie tussen hoogte en ontwikkeling van het ziekteverzuim worden ingegaan.

3.5 Samenvatting

Zowel bedrijf A, als bedrijf B lijken een goede afspiegeling te vormen wat betreft hoogte en ontwikkeling van het verzuim van het Nederlandse bedrijfsleven.

Bij het onderzoeken van trends is de beschikbaarheid van verzuimgegevens op jaarbasis zoals in dit onderzoek vrijwel uitsluitend het geval is, geen overwegend bezwaar gebleken.

De uit de literatuur bekende verschillen tussen functiegroepen worden ook in onze gegevens aangetroffen. Ook leeftijd hangt sterk samen met de hoogte van het verzuim. Bij mannen, hoe ouder des te meer ziekteverzuim. Bij vrouwen is er sprake van een verzuimpiek bij de dertigjarigen op alle functieniveaus. Als mogelijke oorzaken kunnen het meerekenen van zwangerschapsverlof als ziekte (alleen bij de CCOZ-cijfers) of een extra grote invloed van de dubbele belasting in die leeftijdsklasse genoemd worden. Vrouwen verzuimen meer dan mannen. De seksgebonden verzuimverschillen blijken echter sterk samen te hangen met functie en leeftijd. Vrouwelijke hoofdarbeiders ouder dan 40 jaar verzuimen niet meer dan de mannelijke collega's.

Uit een en ander kan geconcludeerd worden dat wanneer het verzuim wegens ziekte van groepen werknemers wordt onderzocht, naast correctie voor verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw, vooral moet worden gelet op verschillen in functieopbouw.

Wanneer we kijken naar de ontwikkeling van het verzuim kan geen relatie worden geconstateerd met leeftijd en met functie. Vrouwen geven een sterkere vermindering van het verzuim te zien dan mannen.

Mede hierdoor is de afname van het verzuim van hoge risicogroepen bij bedrijf B aantoonbaar groter. De resulterende vermindering van verschillen tussen groepen treedt op in een periode van verzuimdaling en van een zeer ongunstige conjunctuur. De ruime arbeidsmarkt maakt kennelijk een selectie op gezondheid bij aanname van nieuw personeel mogelijk. Een selectie die in een periode met een gunstige conjunctuur in mindere mate gestalte kan krijgen. Zo is uit de gegevens van bedrijf A gebleken dat zich in de periode met een relatief geringe werkloosheid een omgekeerd verband tussen niveau en ontwikkeling heeft voorgedaan: bij deze onderneming is de toename van het verzuim bij de risicogroepen juist groter geweest dan bij de groepen met een laag verzuim.

In het volgende hoofdstuk zullen we nagaan, hoe de relatie tussen hoogte en

ontwikkeling van het verzuim is, wanneer we een vaste groep door de tijd heen volgen.

4 De ontwikkeling van het ziekteverzuim bij de vaste kern van het personeelsbestand (blijvers)

4.1 Inleiding

De cijfers uit het vorige hoofdstuk zijn gebaseerd op geaggregeerde gegevens. Wat betreft bedrijf B hebben zij betrekking op het voltallig personeel.

Dit is echter niet een vaste groep door de tijd heen. Aan de ene kant verlaten mensen het bedrijf d.m.v. pensionering, V.U.T., WAO-toetrede of ontslagname. Aan de andere kant komen nieuwe arbeidskrachten hen gedeeltelijk vervangen. Dergelijke vervangingsprocessen kunnen het beeld dat de verzuimontwikkeling te zien geeft, verstoren.

De gegevens op individueel niveau die uitsluitend betrekking hebben op bedrijf B maken het mogelijk om een vaste groep door de tijd heen te volgen. Het verzuim van een dergelijke groep komt hier aan de orde. In dit hoofdstuk worden die mensen onderzocht, die de gehele onderzochte periode (1977-1981) bij bedrijf B in dienst zijn geweest. Bovendien betreft het mensen, die full-time werken. We zullen deze groep in het vervolg de "blijvers" noemen.

Op grond van een aantal veronderstellingen mogen we aannemen dat de blijvers een relatief gezonde groep werknemers zijn. Een groot deel van de niet-blijvers hebben een hoog verzuimrisico, zoals de WAO-ers en gepensioneerden. Bovendien ontbreken in de groep blijvers degenen die ontslag hebben gekregen of genomen. Blijkens de (buitenlandse) literatuur is met name het verzuimrisico bij de eerstgenoemde groep vrij hoog en zijn er aanwijzingen, dat dit ook voor de laatstgenoemde groep geldt (mede op grond van CCOZ-gegevens).

Evenmin in de groep blijvers vertegenwoordigd zijn de werknemers die in de loop van de vijf jaar in dienst zijn getreden, een categorie die in aantal niet onbelangrijk is. Over het ziekteverzuim van dergelijke nieuwkomers is nog weinig bekend. Het beschikbare materiaal kan hieromtrent evenmin nadere informatie leveren.

Van de blijvers mag men bovendien veronderstellen dat zij een iets grotere binding hebben met het bedrijf, waardoor de afwezigheidsdrempel iets hoger zal liggen.

Philipsen en De Vries-van der Zee concluderen dat bij een groep blijvers die uitsluitend mannelijke handarbeiders betreft, zowel jongeren als ouderen duidelijk minder vaak verzuimen als de niet-blijvers (Philipsen, De Vries-van der Zee, 1977).

Al is de samenstelling van de blijvers het gevolg van selectie, zoals hiervoor is

aangegeven, bij de ontwikkeling van het verzuim van deze groep spelen dergelijke selectieprocessen verder geen rol meer.

Ook voor de blijvers komen dezelfde drie vragen als in het vorige hoofdstuk aan de orde. Wat kunnen we zeggen over de ontwikkeling van het verzuim in het algemeen? Welke risicogroepen kunnen worden onderscheiden gelet op functie, leeftijd en geslacht? Is de verzuimontwikkeling van risicogroepen anderssoortig? Vooral zal nu worden nagegaan of en in hoeverre de blijvers als vaste groep een ander beeld te zien geven dan het voltallig personeel.

In het individuele bestand zijn naast het verzuimpercentage ook de meldingsfrequentie, de gemiddelde duur per ziektegeval¹⁾ en het percentage verzuimers bekend. Deze kenmerken zullen in de beschouwing worden meegenomen.

In paragraaf 4.2 wordt de algemene ontwikkeling van het verzuim van de blijvers geschetst. Aangezien de blijvers een vaste groep in de tijd vormen, worden zij in de periode van 1977 en 1981 ook 5 jaar ouder. In paragraaf 4.3 wordt onderzocht in hoeverre de veroudering van de blijvers hun verzuimontwikkeling verklaart.

Paragraaf 4.4 gaat in op de relatie tussen functie, leeftijd en geslacht enerzijds en hoogte en ontwikkeling van het verzuim anderzijds. In paragraaf 4.5 wordt het verband tussen hoogte en ontwikkeling weer nagegaan.

Tot slot worden in paragraaf 4.6 de conclusies op een rij gezet.

4.2 Blijvers versus voltallig personeel

Tabel 4.1 geeft een overzicht van het verzuim van blijvers, niet-blijvers en voltallig personeel van bedrijf B van 1977 tot en met 1981.

Wanneer we voor het verschil in hoogte naar de rij met de gemiddelden kijken, zien we dat de veronderstelling dat de blijvers relatief gezond zijn, gerechtvaardigd is. Het verzuim is ongeveer tweederde van dat van het voltallig personeel en minder dan de helft van dat van de niet-blijvers.

Wanneer we vervolgens naar de ontwikkeling van het verzuim kijken worden de verschillen des te opmerkelijker. In het vorige hoofdstuk is vastgesteld dat het verzuim bij bedrijf B zich kenmerkt door een voortdurende daling. In schril contrast hiermee staan de gegevens van de blijvers. Deze groep laat een vrijwel voortdurende toename van het verzuim zien. Tegenover een afname van ruim 1.2% bij het

Tabel 4.1 Verzuimpercentages van (niet-)blijvers en voltallig personeel, 1977-1981

Jaar	Voltallig personeel	Blijvers	Niet-blijvers
1977	8.24	4.73	13.17
1978	8.20	5.10	13.00
1979	8.00	5.04	12.93
1980	7.83	5.73	11.68
1981	6.99	6.16	8.63
Gemiddeld	7.85	5.35	11.88

voltallig personeel staat een stijging van bijna 1.5% bij de blijvers.

Het verzuimpercentage van het voltallig personeel kan blijkbaar dalen doordat werknemers met een relatief hoog verzuim (ouderen, zieken, ontevredenen) voor een deel worden vervangen door relatief gezonde werknemers. Wanneer een vaste groep werknemers wordt gevolgd, blijkt dat het verzuim feitelijk wel toeneemt.

De stijging van het verzuimpercentage bij de blijvers is evenzeer het gevolg van een toename van de meldingsfrequentie als van een verlenging van de gemiddelde duur. Beide stijgen in de jaren '77-'81 met een factor van 12%. Dat betekent dat vooral het langdurig verzuim, hetgeen over het algemeen wordt toegeschreven aan objectieve ernstiger aandoeningen, is toegenomen.

Het percentage verzuimers neemt nauwelijks toe. (Deze gegevens zijn voor het voltallig personeel niet beschikbaar).

4.3 Het leeftijdseffect nader bekeken: 9 kohorten

De blijvers vormen over de gehele onderzochte periode een vaste groep. Zij worden in de periode 1977-1981 gemiddeld 5 jaar ouder. We zullen hier kort nagaan in hoeverre de sterke stijging van het verzuim van de blijvers te maken heeft met het ouder worden.

Daartoe hebben we steeds de cijfers van elkaar opvolgende zogenaamde "kohorten" naast elkaar gezet. Tabel 4.2 geeft een overzicht.

Allereerst iets over de tabel. De leeftijd die wordt vermeld, wordt gegeven per 31-12-1981. De leeftijdsklasse-indeling geldt dan ook slechts voor die datum. Dit betekent dat de groep van 20 tot en met 24 jaar eind 1980 één jaar jonger is, dus eigenlijk 19 tot en met 23 jaar. Eind 1977 is zij zelfs 4 jaar jonger, d.w.z. 16 tot en met 19 jaar. Het betreft hier dus geen leeftijdsindeling in strikte zin. Er is sprake

Tabel 4.2 Verzuimpercentages van elkaar opvolgende kohorten

Kohort (i)	V% kohort (i) 1981	V% kohort (i+1) 1977
20-24	4.9	4.4
25-29	6.0	4.9
30-34	5.6	4.9
35-39	5.3	5.3
40-44	5.5	4.7
45-49	6.1	4.9
50-54	6.2	4.8
55-59	7.2	4.9
60 en ouder	12.7	

van een zogenaamde kohortindeling, waarbij mensen die in eenzelfde tijdvak zijn geboren, bij elkaar zijn genomen. Op deze wijze kijken we niet steeds naar wisselende groepen mensen met dezelfde leeftijd, maar naar gelijke groepen mensen met veranderende leeftijd. Een dergelijke groep wordt een kohort genoemd. In 1981 zijn de mensen in de jongste groep (het kohort van 20-24 jaar) nog slechts één jaar jonger dan de mensen in het kohort van 25 tot 30 jaar in 1977. Wanneer er alleen een leeftijdseffect zou optreden, zou het verzuimcijfer van het kohort 25-29 jaar in 1977 logisch moeten volgen op het verzuimcijfer van het kohort 20-24 jaar in 1981. Hetzelfde geldt voor het verzuim van het kohort 30-34 jaar in 1977 t.o.v. dat van het kohort 25-29 jaar in 1981, etc. In de tabel zijn ze naast elkaar gezet. Er is zeker geen sprake van elkaar logisch opvolgende verzuimcijfers. Op het kohort 35-39 jaar na vertonen alle kohorten in 1981 een veel hoger verzuimcijfer dan men op grond van het normale leeftijdseffect zou verwachten. Met andere woorden: er is niet alleen sprake van een leeftijdseffect, maar er zijn ook andere effecten zichtbaar.

4.4 Leeftijd, geslacht en functie

4.4.1 Hoogte van het verzuim

De samenhang tussen hoogte van het verzuim en functie, geslacht en leeftijd geeft bij de blijvers hetzelfde beeld te zien als bij het voltallig personeel.

Het functieniveau hangt ook bij de blijvers samen met de hoogte van het verzuim. De grootste verschillen tussen functieniveau's worden bij de gemiddelde verzuimduur gevonden, d.w.z. dat in lagere functies de werknemers relatief ernstiger aandoeningen krijgen. Ook de meldingsfrequentie en het percentage verzuimers nemen toe naarmate het functieniveau lager is.

Terwijl bij de blijvers alle vrouwen die na de bevalling het arbeidsproces verlaten, niet meer voorkomen, wordt ook bij hen de verzuimpiek van de dertigjarige vrouwen teruggevonden. Het verschil in verzuim tussen de dertigers en jongere vrouwen is gelegen in een beduidend langere duur voor de dertigers, terwijl de meldingsfrequentie iets lager is. Ook in het verschil tussen dertigers en veertigers speelt de gemiddelde verzuimduur een grotere rol dan de meldingsfrequentie. Tabel 4.3 zet de cijfers op een rij.

Tabel 4.3 Verzuimpercentage, meldingsfrequentie en gemiddelde duur van blijvers - vrouwen naar leeftijd, gemiddelde over 1977-1981

Leeftijd	Verzuimperc.	Meldingsfreq.	Gem. duur
16-29 jaar	6.0	2.7	6.9
30-39 jaar	7.6	2.6	10.2
40-49 jaar	5.9	1.9	9.0
50 jaar en ouder	4.1	1.6	8.5

In hoeverre het feit dat het hogere verzuim van de dertigers vooral het gevolg is van een langere duur een bevestiging is voor de "dubbele belasting"-theorie, is moeilijk te bepalen. De cijfers staan geen definitieve conclusies toe.

Bij de mannelijke blijvers wordt ook het verband tussen leeftijd en verzuimpercentage teruggevonden. Ook de andere in de literatuur genoemde verbanden treden op. Met het ouder worden neemt het aantal meldingen af (ook bij de vrouwen) en neemt de gemiddelde ziekteduur sterk toe (niet bij de vrouwen!).

Het verzuim van de vrouwen boven veertig is ook bij de blijvers eerder lager dan hoger dan bij de mannen in dezelfde leeftijdscategorieën met uitzondering van dat van de veertigjarige handarbeidsters.

4.4.2 Ontwikkeling van het verzuim

In tegenstelling tot de hiervoor gerapporteerde bevindingen omtrent het niveau van het verzuim van de blijvers treden er bij de ontwikkeling van het verzuim wel aanzienlijke verschillen op tussen de blijvers en het voltallig personeel.

4.4.2.1 Functie

Op de eerste plaats ontwikkelt het verzuim van fabrieksarbeiders en beambten zich op geheel andere wijze dan dat van de (assistent-)managers.

Tabel 4.4 geeft de verschillen in ontwikkeling weer.

Tabel 4.4 De ontwikkeling van het ziekteverzuim van blijvers naar functie, 1977-1981 (gecorrigeerd voor verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw)

Functie	Verzuimper.	Meldingsfreq.	Gem. duur
Fabriekspersoneel	2.0	.3	2.5
Beambten	0.8	.3	- 0.1
Ass. managers	0.0	.1	- 2.0
Managers	0.1	.3	- 2.3

Het fabriekspersoneel vertoont een sterke toename van het verzuim, beambten laten een veel minder sterke stijging zien, terwijl (assistent-)managers niet of nauwelijks stijgen qua verzuim. De meldingsfrequentie neemt voor alle groepen in vrijwel gelijke mate toe. Alleen de assistent-managers zitten iets lager. De toename van het verzuim van het fabriekspersoneel is vooral het gevolg van een relatief sterke stijging van de verzuimduur.

Dit betekent dat bij de handarbeiders vooral het langdurig verzuim toeneemt, bij de (assistent-)managers vooral het kortdurend verzuim.

4.4.2.2 Geslacht

Bij het voltallig personeel is de ontwikkeling van het ziekteverzuim gunstiger voor de vrouwen. Bij de blijvers is dit nauwelijks het geval. Tabel 4.5 brengt dit in beeld.

Tabel 4.5 De ontwikkeling van het ziekteverzuim van blijvers naar functie en geslacht, 1977-1981 (gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdsopbouw).

	Verzuimpercentage		Meldingsfrequentie		Gemiddelde duur	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Fabriekspers.	2.2	5.4	.19	.59	3.0	0.3
Beambten	0.7	1.4	.11	.41	0.3	- 0.2
Ass. manager	1.2	- 3.3	.19	- .21	0.7	- 12.3
Manager	1.2	- 3.6	.19	.00	0.8	- 12.6
Gemiddeld	1.4	1.3	.17	.36	1.4	- 1.7

Het verzuimpercentage neemt bij de vrouwen ongeveer even sterk toe, als bij de mannen. De ontwikkeling hangt bij de vrouwen echter sterk samen met het functieniveau. De handarbeiders vertonen een veel grotere toename dan de mannen. Ook de vrouwelijke beambten nemen sterker toe dan hun mannelijke collega's. De ontwikkeling bij de vrouwen wordt weer gelijkgetrokken aan die van de mannen door de scherpe afname van het verzuim bij de vrouwelijke (assistent-) managers.

De toename van het verzuim van vrouwelijke handarbeiders en beambten is vooral het gevolg van een toename van de meldingsfrequentie. De afname van het verzuim van de vrouwelijke (assistent-)managers is het gevolg van een daling in meldingsfrequentie (alleen assistent-managers), maar vooral van zeer sterke dalingen van de gemiddelde duur (beide groepen).

De toename van het verzuim bij de mannen is bij de handarbeiders vooral het gevolg van een langere ziekteduur, hoewel ook de meldingsfrequentie toeneemt. Bij de hoofdarbeiders is de toename van de meldingsfrequentie vergelijkbaar met die van de handarbeiders. De stijging van de gemiddelde duur van de mannelijke hoofdarbeiders is klein.

4.4.2.3 Leeftijd

In tegenstelling tot de situatie bij het voltallig personeel blijkt er bij de blijvers wel

sprake van een verband tussen leeftijd en ontwikkeling van het verzuim. Tabel 4.6 brengt het in beeld.

Tabel 4.6 De ontwikkeling van het ziekteverzuim van blijvers naar leeftijd en geslacht 1977-1981

	Verzuimpercentage		Meldingsfrequentie		Gemiddelde duur	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
16-29 jaar	1.6	1.4	.40	.76	1.1	- 1.7
30-39 jaar	0.5	1.0	.15	.09	0.1	- 2.8
40-49 jaar	0.9	0.5	.10	.25	0.5	- 4.6
50 jaar en ouder	2.6	2.4	.20	.05	3.5	2.9

Over het algemeen kunnen we zeggen dat de toename van het verzuimpercentage in de groep van 50 jaar en ouder groot is, evenals in de groep onder de 30 jaar. Bij de oudste groep is dit vooral het gevolg van een toename van de gemiddelde duur, bij de jongste van een toename van de frequentie.

Het verzuim ontwikkelt zich bij de groep van 50 jaar en ouder het meest ongunstig. Bij zowel mannen als vrouwen is er in deze groep sprake van een scherpe stijging van het verzuimpercentage.

Maken we vervolgens een uitsplitsing naar functie dan blijkt dat de stijging in de oudste leeftijdscategorie zich bij de mannen in alle functies voordoet, maar het scherpst bij het fabriekspersoneel. Een en ander wijst erop dat de relatief sterke toename van het verzuim veroorzaakt wordt door de "toekomstige WAO-ers" die in 1981 nog meetellen voor het verzuim.²⁾

Bij de oudere vrouwelijke (assistent-)managers zien we een opvallende daling. Tabel 4.7 geeft de cijfers.

4.5 Samenhang tussen hoogte en ontwikkeling van het verzuim

Functie, leeftijd en geslacht hangen bij de blijvers samen met de hoogte van het verzuim.

Functie en leeftijd hangen ook samen met de ontwikkeling van het verzuim, terwijl ook de vrouwelijke handarbeiders die een duidelijke risicogroep vormen wat betreft het verzuimniveau, een relatief ongunstige verzuimontwikkeling doormaken.

Bij het voltallig personeel is een negatieve samenhang vastgesteld tussen hoogte en ontwikkeling van het verzuim: de verschillen worden kleiner. Bij de blijvers is het

Tabel 4.7 De ontwikkeling van het ziekteverzuim van blijvers van 50 jaar en ouder naar functie en geslacht, 1977-1981

	Verzuimpercentage		Meldingsfrequentie		Gemiddelde duur	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Fabriekspers.	3.7	7.9	6.8	11.3	.21	.64
Beambten	2.0	3.6	1.1	6.6	.13	.03
Ass.managers	2.2	- 1.7	3.2	- 9.2	.21	- .22
Managers	1.9	- 3.9	1.1	- 6.2	.24	.13
Gemiddeld	2.6	2.4	3.5	- 2.9	.20	.05

omgekeerde het geval: groepen met een hoog verzuim ontwikkelen zich juist ongunstiger dan weinig verzuimende groepen. De verschillen worden dus groter (Spearman's $r = .45$; $P = .01$). Deze tegengestelde resultaten wijzen erop dat het voortdurende vervangingsproces versluierend werkt op de werkelijke processen die zich rond werk en gezondheid afspelen. Het vervangingsproces speelt met name op de lagere functieniveau's een grote rol. Het percentage blijvers is onder het fabriekspersoneel kleiner dan onder beambten en onder beambten kleiner dan onder assistent-managers ongeacht leeftijd of geslacht. Alleen de managers gedragen zich anders.

De samenhang is overigens volledig het gevolg van de sterke toename van de handarbeid(st)ers. Wanneer het fabriekspersoneel niet in de cijfers wordt meegenomen, kan er geen verband worden geconstateerd.

Al met al kunnen we zeggen dat de ziektesituatie van groepen met een hoog verzuim er eerder ongunstiger op wordt.³⁾

4.6 Samenvatting

Het verzuim van het voltallig personeel van bedrijf B geeft, zoals in het vorige hoofdstuk is gebleken, een voortdurende daling te zien. Wanneer we echter de blijvers - een vaste groep werknemers met een relatief laag ziekteverzuim - volgen, blijkt het verzuim juist toe te nemen.

Deze toename kan slechts ten dele worden verklaard door het ouder worden van de blijvers. Zij is kennelijk mede het gevolg van een andere met de tijd samenhangende oorzaak.

De stijging bij de blijvers is echter niet algemeen: groepen met een hoogverzuim blijken sterker te zijn toegenomen dan de groepen met een laag verzuim en de verschillen zijn dus groter geworden. Dit in tegenstelling tot het ontwikkelingspatroon bij het voltallig personeel. Daar vinden wij immers dat de verschillen tussen enerzijds de risicogroepen en anderzijds de groepen met een laag verzuim juist kleiner zijn geworden.

De risicogroepen zijn bij de blijvers dezelfde groepen als bij het voltallig personeel. Qua verzuimniveau levert de nadere detaillering naar functie, leeftijd en geslacht voor de blijvers dus hetzelfde patroon op als voor de totale bedrijfspopulatie. De verschillen in ziekteverzuim van de onderscheide groepen zijn vooral het gevolg van verschillen in gemiddelde duur.

Binnen de groepen blijvers doen zich, zoals gezegd, echter wél belangrijke verschillen in ontwikkeling van het ziekteverzuim voor.

Een detaillering naar functie levert de volgende resultaten op. De stijging van het ziekteverzuim is bij het productiepersoneel veruit het grootst, hetgeen vooral het gevolg is van een toename van de gemiddelde ziekteduur. Ook het verzuim van de beampten neemt toe, zij het in veel mindere mate. De gemiddelde duur blijft bij hen ongeveer gelijk. De (assistent-)managers laten geen stijging van het verzuimpercentage zien. Wel is er sprake van een verschuiving van het verzuim naar de kortere duurklasse.

Verdere uitsplitsing naar seks leert, dat de toename van het verzuim van het vrouwelijk productiepersoneel nog veel groter is dan de toch al sterke verzuimtoename van de mannelijke handarbeiders. Dit verschil in ontwikkeling tussen mannen en vrouwen doet zich in veel mindere mate voor bij de beampten, terwijl de vrouwelijke (assistent-)managers zelfs een daling van het verzuim laten zien tegenover een stijging bij de mannelijke collega's. In hoofdstuk 5 zullen we nog nader op de ontwikkeling van het ziekteverzuim bij de vrouwen ingaan.

Wanneer we tot slot kijken naar de ontwikkeling van het ziekteverzuim per leeftijdsklasse, dan blijkt dat de jongste en de oudste groep een grotere toename laten zien dan de middengroepen. Bij de jongste groep is dat vooral het gevolg van een toename van de meldingsfrequentie, bij de oudste groep vooral van een toename van de gemiddelde duur.

Als mogelijke oorzaak voor de verschillen in verzuimontwikkeling tussen blijvers en voltallig personeel kunnen selectieprocessen op gezondheid worden genoemd. Aan de ene kant verlaten mensen met een relatief hoog verzuim het bedrijf (WAO-ers,

gepensioneerden, ontslagenen), aan de andere kant kan er, gegeven de ruime arbeidsmarkt, bij de aanname van nieuw personeel ook een selectie op gezondheid plaatsvinden.

Zo zien we bijvoorbeeld dat bij het voltallig personeel er een duidelijk verschil is in verzuimontwikkeling tussen mannen en vrouwen, dat bij de blijvers vrijwel is verdwenen. Het verloop is bij de vrouwen dan ook het hoogst. Een en ander wijst er op dat bij onderzoek naar de ontwikkeling van het verzuim rekening moet worden gehouden met de effecten van de bovengenoemde selectieprocessen.

De vraag naar de achtergronden en de verklaringen van de toename bij de blijvers, respectievelijk het verschillende ontwikkelingspatroon van de binnen de blijvers onderscheiden groepen laat zich, zoals in de inleiding is opgemerkt, zonder nader toegespitst onderzoek niet zonder meer beantwoorden.

De stijging van het ziekteverzuim van de blijvers is zoals we hebben geconstateerd, slechts zeer ten dele het gevolg van een leeftijdseffect. De ongunstige verzuimontwikkeling van de risicogroepen, die vooral het gevolg is van méér langdurige gevallen, wijst in de richting van een toenemende discrepantie tussen arbeidsbelasting en belastbaarheid. Met name kan daarbij het vrouwelijk productiepersoneel als groep worden genoemd. Zowel ten opzichte van hun mannelijke collega's, als ten opzichte van de overige vrouwen is hun verzuimsituatie erg negatief. In dit licht kunnen we vaststellen dat de arbeidsomstandigheden (in de meest ruime zin) van dergelijke risicogroepen alle aandacht verdienen.

5 De ontwikkeling van het ziekteverzuim bij vrouwen

In paragraaf 2.1.2 is geconstateerd dat de NIPG-verzuimgegevens van het vrouwelijk deel van de werknemers een explosieve stijging van zowel verzuimpercentage als meldingsfrequentie laten zien. Nader onderzoek van Schokking-Siegerist wijst echter zowel in de richting van een minder sterke toename van het verzuim van de vrouwen als op minder grote niveauverschillen in verzuim tussen vrouwen en mannen. Vergelijking met de CBS-gegevens bevestigt de laatst genoemde conclusie. Een globale vergelijking van de CCOZ- en NIPG-cijfers (Besseling, 1982) suggereert hetzelfde. De ontwikkeling van het verzuim bij de NIPG-vrouwen lijkt daarentegen wel een goede afspiegeling van de Nederlandse situatie (paragraaf 2.1.4). Vergelijking van de gegevens van het voltallig personeel van bedrijf B, die in hoofdstuk 3 aan de orde zijn gekomen, leiden tot dezelfde conclusies.

De oorzaken voor de sterke toename van het verzuim van de vrouwen in de jaren zeventig worden in het algemeen gezocht in het vaker doorwerken van vrouwen na het huwelijk en aan een toegenomen herintrede van gehuwde vrouwen in het arbeidsproces. En dat terwijl gehuwde vrouwen over het algemeen vaker zouden verzuimen. Hetgeen overigens door onderzoek van Schokking-Siegerist wordt tegengesproken. (Philipsen, 1977; de Graaf, 1972; Schokking-Siegerist, 1979). Systematisch onderzocht is deze stelling echter niet. Zoals we in hoofdstuk 2 hebben gezien, is de snelle stijging van het verzuim van vrouwen in enkele productiebedrijven, vooral in de jongste leeftijdsgroep (15-24 jaar) gelocaliseerd. Dit is in tegenspraak met de veronderstelling dat herintrede en doorwerken van (oudere) vrouwen de verzuimtoename zou veroorzaken (Schokking-Siegerist, 1979). Vroege wijt de stijging bij de vrouwen aan de algemene productiviteitsstijging. Deze doet zich voor zowel mannen als vrouwen voor, maar "... het zwakke geslacht blijkt in die situaties in het arbeidsproces eveneens de zwakste schouders te hebben" (Vroege, 1982 b).

Het ons ter beschikking staande materiaal over de ontwikkeling van het verzuim van de totale populatie werkende vrouwen geeft verder geen aanknopingspunten voor een verklaring van dit verschijnsel, te meer daar de ontwikkeling van het verzuim van de vrouwelijke blijvers bij bedrijf B ongeveer gelijk is aan die van de

mannen. Hier zullen we de ontwikkeling van het verzuim van de vrouwen nog eens apart onder de loupe nemen, aan de hand van de cijfers van de blijvers.

In het vorige hoofdstuk hebben we gezien dat evenals in het onderzoek van Schokking-Siegerist, bij de blijvers van bedrijf B de jongste groep vrouwen (jonger dan 30 jaar) een sterke toename van het verzuim laten zien. Bij dit bedrijf kent echter ook de oudste groep een sterke stijging.

Tabel 5.1 De ontwikkeling van het ziekteverzuim van blijvers-vrouwen naar leeftijd, 1977-1981

Leeftijd	Verzuimpercentage
	Vrouw
16-29 jaar	1.4
30-39 jaar	1.0
40-49 jaar	0.5
50 jaar en ouder	2.4

De ongunstige ontwikkeling van het verzuim in de jongste en in de oudste groep doet zich niet in alle functiegroepen voor.

Tabel 5.2 geeft een overzicht van de verzuimontwikkeling van de vrouwen gedetailleerd naar leeftijd en functieniveau. De assistent-managers en managers, die een gelijksoortige ontwikkeling doormaken, zijn bijeengenomen.

Tabel 5.2 De ontwikkeling van het ziekteverzuimpercentage van vrouwelijke blijvers naar leeftijd en functie, 1977-1981

Functie	16-29 jaar	30-39 jaar	40-49 jaar	50 jaar en ouder	Totaal
Fabriekspersoneel	6.9	1.5	6.4	7.9	5.4
Beambten	.8	1.9	0.0	3.6	2.4
(Ass.)managers	- 3.6	- 6.3	- 2.8	- 2.3	- 3.4

De toename van het verzuim in de jongste en de oudste groep vrouwen is vooral het gevolg van een zeer sterke stijging van het verzuim van het fabriekspersoneel en in

mindere mate van een stijging bij de beambten. De vrouwelijke (assistent-) managers geven in beide groepen een vrij sterke daling van het verzuim te zien.

Concluderend kunnen we zeggen dat de veronderstelling dat de stijging van het verzuim bij de vrouwen vooral het gevolg zou zijn van een groter aantal (oudere) gehuwde vrouwen in het arbeidsproces, niet wordt gesteund.

Waar de verzuimtoename bij de vrouwen groot is, moet als verklaringsmechanisme gedacht worden aan arbeidsbelasting. Bij het fabriekspersoneel kan er gesproken worden van een explosieve stijging. De beambten laten ook een stijging zien. Deze is echter veel kleiner dan de toename van de handarbeidsters. De beide andere groepen dalen echter sterk. Ook uit het onderzoek van Schokking-Siegerist is naar voren gekomen dat de sterke stijging van de vrouwen zich tot productiebedrijven beperkt.

De relatief sterke toename van het verzuim van de vrouwen t.o.v. de mannen lijkt daarmee eerder gebonden aan functie en daarmee samenhangende arbeidsbelasting, dan dat ze een specifiek kenmerk van de vrouwelijke sekse zou zijn. Vroege's stelling dat de stijging gebonden is aan arbeidsbelasting lijkt te worden bevestigd. In hoeverre de toename mede te wijten is aan een mindere belastbaarheid van de vrouw kan op grond van deze gegevens niet worden nagegaan.

6 Samenvatting en discussie

Doelstelling

Dit rapport beoogt een overzicht te geven van de resultaten van deel B1 van het onderzoeksprogramma Sekundaire Analyses dat de afgelopen jaren door de Stichting CCOZ is uitgevoerd. Deel B1 bestaat uit een aantal afzonderlijke analyses die alle ten doel hadden meer inzicht te verwerven in de volgende vragen:

- Hoe heeft zich in Nederland het ziekteverzuim ontwikkeld in het afgelopen decennium, gelet op het ziekteverzuimpercentage, de frequentie en de duur der gevallen? Wat is er bekend over de achtergronden/oorzaken van deze ontwikkeling?
- Welke risicogroepen kunnen worden onderscheiden, hoe ziet het verzuimpatroon van deze groepen eruit en hoe heeft het verzuim van deze groepen zich in de afgelopen periode ontwikkeld. Wat kan er gezegd worden over de oorzaken van verschillen in verzuimniveau en ontwikkeling.

De 13 publicaties die aan dit samenvattende eindrapport ten grondslag liggen zijn vermeld in het literatuuroverzicht.

Theoretisch kader

De beperkingen die inherent zijn aan sekundaire analyses, en die vooral voortvloeien uit het feit dat het cijfermateriaal zelden of nooit is toegesneden op de vraagstelling manifesteren zich ook in dit verslag. De gerapporteerde resultaten hebben vooral een beschrijvend karakter omdat de achterliggende processen goeddeels aan directe waarneming zijn onttrokken. Dat neemt niet weg dat, weliswaar met enige terughoudendheid en gegeven een theoretische benadering, zo'n beschrijvende aanpak ruimte laat voor zinvolle interpretatie van de gevonden verschijnselen. De in dit rapport gekozen theoretische benadering is die welke in de literatuur bekend staat als het belasting-belastbaarheidsmodel. De belangrijkste determinant van ziekteverzuim is in dit kader een langerdurende discrepantie tussen arbeidsbelasting en belastbaarheid. In dit rapport echter hebben deze begrippen een bredere betekenis dan gebruikelijk is in de arbeidsgeneeskundige literatuur. Waar in dit rapport gesproken wordt over een discrepantie tussen belasting en belastbaarheid wordt niet alleen gerefereerd aan verschijnselen als fysieke en/of psychische overbelasting, maar in algemene zin aan een situatie waarin de eisen die het werk en/of de werksituatie stelt, niet overeenstemmen met

het prestatievermogen of zelfs de prestatiebereidheid van de betrokken werknemers.

Resultaten.

* De ontwikkeling van het ziekteverzuim in de nationale cijfers.

Zoals bekend heeft het ziekteverzuimpercentage in Nederland sinds de Tweede Wereldoorlog een gestage toename laten zien, althans tot en met 1978. Een wat nauwkeuriger beschouwing laat zien

- dat de ontwikkeling van de achterliggende grootheden, frequentie en gemiddelde duur, in enkele periodes niet gelijk is aan die van het verzuimpercentage
 - dat de toename bij de vrouwen wat sterker is dan die bij de mannen
 - dat over de gehele periode 1969-1978 de toename van het verzuimpercentage bij de mannen op de eerste plaats het gevolg is van een toegenomen frequentie en in mindere mate van een toegenomen duur. Bij de vrouwen zijn frequentie en gemiddelde duur in gelijke mate toegenomen
 - opvallend is het over de gehele periode sterk gestegen aantal ziektegevallen met een duur van één week of korter. Dat zich tot 1976 toch een toename van de gemiddelde duur voor heeft gedaan, is het gevolg van de toename van de zeer langdurende gevallen (die voor een belangrijk deel doorlopen naar de WAO).
- Sinds 1979 is er sprake van een opvallende afname van het ziekteverzuim, die bij de mannen wat sterker is dan bij de vrouwen. Voor beide categorieën geldt echter dat de daling vooral samenhangt met een afname van de gemiddelde duur.

* De Nederlandse literatuur die ingaat op de mogelijke verklaringen voor de toename tot en met 1978 kan onderscheiden worden in twee stromingen. De eerste is die welke ziekteverzuim opvat als ziektegedrag en waarbij de notie dat er voor de betrokken werknemers een zekere beslissingsvrijheid aanwezig is om zich al of niet ziek te melden, centraal staat. De verklaringen die op dit "beslissings-model" zijn gebaseerd hebben als vertrekpunt de opvatting dat de toename niet het gevolg kan zijn van een verslechterde gezondheidssituatie van de Nederlandse werknemers.

Philipsen (1967,1977) wijst in dat kader op factoren als wijzigingen in waarden en normen met betrekking tot arbeid en arbeidsgedrag, een grotere vrijetijdsbehoefte en een andere besteding van die tijd, riskante levensgewoonten, toenemende grootschaligheid en complexiteit, andere gedragsopvattingen, e.d.

De andere stroming is hiervoor reeds geïntroduceerd onder het hoofd "theoretisch

kader". Deze arbeidsgeneeskundige benadering zoekt de oorzaken van de stijging met name in een toenemende discrepantie tussen belasting en belastbaarheid die vooral het gevolg is van een sterk toegenomen arbeidsproductiviteit bij een onvoldoende toename van de hersteltijd (Vroege, 1983).

In een deel-analyse, die in het kader van dit project is uitgevoerd, is voor verpleegkundigen het verband tussen arbeidsbelasting en ziekteverzuim aangetoond.

* Voor wat betreft de achtergronden van de daling sinds 1979 bestaat meer overeenstemming tussen de diverse auteurs. Onze eigen deel-analyse bevestigt het ook door anderen gevonden verband: een stijging van de werkloosheid pleegt samen te gaan met een afname (of in perioden met een stijgend verzuim: met relatief geringe stijging) van het aantal ziektegevallen. Onze analyse laat echter ook zien dat in het daaropvolgende jaar de gemiddelde duur der gevallen zodanig toeneemt dat het gunstige effect grotendeels teniet wordt gedaan. Bovendien is geconstateerd dat de daling in de jaren met een explosief toegenomen werkloosheid minder het gevolg is van een afname van het aantal gevallen dan van een afname van de gemiddelde duur. Kennelijk spelen in deze recente jaren andere processen een belangrijke rol dan in de jaren met een matige toename van de werkloosheid.

Welke die processen zijn kan zonder aanvullend materiaal niet achterhaald worden. Niettemin bevat de literatuur een paar suggesties:

- selectie op gezondheid bij uitstoot van personeel
- idem bij aanname
- geringe arbeidsbelasting in tijden van laagconjunctuur: minder kans op ziekte en ongevallen en een lagere terugkeerdrempel
- bereidheid tot extra inspanningen van de zijde van de werknemers.

* De mogelijke rol van selectieprocessen is aanleiding geweest om in een andere deel-analyse bijzondere aandacht te schenken aan de ontwikkeling van het ziekteverzuim bij de "blijvers". Bij deze groep wordt de ontwikkeling van het verzuim niet vertekend door versluierende selectiemechanismen: het gaat om een groep die over een reeks van jaren niet van samenstelling verandert. De blijvers worden qua verzuimniveau en -ontwikkeling vergeleken met het volledige personeelsbestand, waarvan zij de vaste kern vormen. De analyse is gebaseerd op de verzuimgegevens van een grote Nederlandse onderneming, werkzaam in 8 industriële sectoren. De

ziekteverzuimgegevens van dit bedrijf vormen qua niveau een redelijke en qua ontwikkeling een goede afspiegeling van het Nederlandse bedrijfsleven.

De resultaten van deze analyse zijn als volgt:

a) De groep "blijvers" laat - gemiddeld over de vijf onderzochte jaren - een lager verzuimpercentage zien dan het voltallige personeel. De verklaring ligt voor de hand: gepensioneerden (65-jarigen en vervroegd gepensioneerden), WAO'ers en overledenen komen niet in de groep blijvers voor. Er heeft derhalve een belangrijke "natuurlijke" selectie op het criterium gezondheid (en daardoor op verzuimrisico) plaatsgevonden. Bovendien ontbreken bij de blijvers degenen die ontslag hebben genomen of gekregen, en degenen die in de loop van de vijf onderzochte jaren in dienst zijn gekomen. Uit de literatuur blijkt dat het verzuim van de twee eerstgenoemde groepen hoog is. Over het verzuim van de laatstgenoemde groep is weinig bekend.

Een andere verklaring voor het relatief lagere verzuim van de blijvers is een mogelijke extra sterke binding aan het bedrijf.

b) Een detaillering naar functie, leeftijd en geslacht voor het voltallig personeel laat zien dat er grote verschillen bestaan in het verzuimniveau tussen de diverse onderscheiden groepen. De uitsplitsing naar functie laat - na correctie voor verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw - het volgende beeld zien: fabriekspersoneel verzuimt bijna tweemaal zoveel als beampten (12.9% tegen 6.9%) ruim drie maal zoveel als assistent-managers (4.2%) en meer dan vier maal zoveel als managers (2.9%).

Een verdere detaillering naar leeftijd en geslacht geeft nog grotere verschillen: de hoogst scorende groep, het vrouwelijk fabriekspersoneel in de leeftijdsklasse 30-39 jaar, heeft een verzuimpercentage van 21.0%; de laagste groep, de mannelijke (assistent-)managers in de klasse 16-29 jaar, slechts 1.3%.

Verder is er sprake van een verschillend leeftijdseffect voor mannen en vrouwen: bij de vrouwen zien we een piek in de leeftijd 30-39 jaar (die niet alleen door zwangerschappen verklaard kan worden), bij de mannen is er een monotoon verband tussen leeftijd en ziekteverzuim. Deze patronen zien we binnen elk van de vier onderscheiden functiegroepen terug. Het uit de nationale cijfers bekende feit dat vrouwen in het algemeen wat meer verzuimen dan mannen doet zich daarentegen in verschillende mate binnen de onderscheiden functiegroepen voor: het sterkst bij het fabriekspersoneel, minder bij de beampten en nog minder bij de (assistent-)

managers. As we vervolgens ook de variabele leeftijd in beschouwing nemen dan blijkt dat het hogere verzuim van de vrouwen zich vooral in de leeftijdsklasse tot 40 jaar voordoet. Binnen de hogere leeftijdsklassen zijn er zelfs groepen aan te wijzen waarin de vrouwen lagere cijfers laten zien dan hun qua leeftijd en functie vergelijkbare mannelijke collega's. Dit is dus geen ondersteuning voor de veelgehoorde stelling dat vooral de toegenomen herintrede in het arbeidsproces van oudere gehuwde vrouwen verantwoordelijk is voor de toename van de verzuimcijfers van de groep vrouwelijke werknemers.

Omdat het hogere ziekteverzuim van de vrouwen zich vrijwel beperkt tot de jongere vrouwen en met name tot de leeftijdscategorie 30-39 jaar, kan de dubbele belasting in huishouden en werkkring, die vooral in deze leeftijdsperiode het zwaarst zal wegen, als mogelijk verklaringsmechanisme worden genoemd.

Binnen de groep blijvers vinden we dezelfde patronen terug. Deze resultaten wijzen erop dat een verzuimbeleid dat zich specifiek op de risicogroepen richt meer voor de hand ligt dan een globaal, op de gehele werknemerspopulatie gericht beleid.

Voor de groep blijvers zijn ook de verzuimgrootheden frequentie (aantal ziekmeldingen per 100 mensjaren) en de gemiddelde duur per ziektegeval beschikbaar. Analyse van deze aanvullende maten brengt aan het licht dat de hiervoor gerapporteerde verschillen tussen groepen vooral samenhangen met verschillen in gemiddelde duur en veel minder met verschillen in frequentie. Dit suggereert op z'n minst dat de gevonden verschillen in ziekterisico eerder gezocht moeten worden in een discrepantie tussen fysieke en mentale belasting en belastbaarheid dan in verschillen in prestatiebereidheid.

c) kijken we vervolgens naar de ontwikkeling van het ziekteverzuim dan zijn er niet minder opvallende verschillen:

- het belangrijkste resultaat van het onderzoek is ongetwijfeld het gegeven dat zich bij het voltallig personeel een daling van het verzuim voordoet, maar dat de blijvers juist een toename laten zien. Deze toename is groter dan verklaard kan worden door de veroudering van deze groep.

Zonder nadere gegevens is de interpretatie van dit feit natuurlijk tot op zekere hoogte speculatief. Binnen het gekozen theoretisch kader en op grond van de hiervoor gerapporteerde resultaten kan echter geconcludeerd worden dat zich bij de blijvers kennelijk problemen in de relatie arbeid en gezondheid voordoen. Problemen die zich ook binnen het voltallig personeel zullen voordoen maar die aan

het oog worden onttrokken door de in het voorgaande reeds gememoreerde selectie op gezondheid bij ontslag en aanname van personeel.

- voor de blijvers geldt dat de groepen met een hoog verzuim een grotere toename laten zien dan de groepen met een laag verzuim. Anders gezegd: de verschillen in verzuimniveau tussen de onderscheiden groepen worden nog groter.

Differentiatie naar frequentie en gemiddelde duur laat zien dat de frequentie bij alle groepen toeneemt, maar dat vooral de gemiddelde duur bij de hoge risicogroepen is toegenomen.

Voor het voltallig personeel is er een omgekeerd verband: hier zien we dat het verschil tussen hoge en lage verzuimgroepen juist kleiner wordt. Dit is verklaarbaar vanuit het feit dat in het algemeen geldt dat de risicogroepen ook het hoogste verloop kennen. Het vertekenende effect van de gezondheidsselectie zal zich dus ook in die risicogroepen het sterkst voordoen.

Opvallend is dat het bij de blijvers aangetoonde verband daarentegen wél is teruggevonden bij het voltallig personeel in een ander groot bedrijf. Deze cijfers hebben echter betrekking op de periode waarin het verzuim nog is toegenomen en de arbeidsmarkt minder ruim was.

* Als we tenslotte het voorgaande nog eens bezien vanuit de vraag naar de achtergronden van de in de nationale cijfers geconstateerde afname van het ziekteverzuim sinds 1979, dan kan geconcludeerd worden dat de vergelijking voltallig personeel versus blijvers belangrijke aanvullende inzichten heeft opgeleverd. De belangrijkste conclusie is wel dat deze afname zich niet manifesteert in de cijfers van de blijvers. Dit wijst erop dat van de vier mogelijke verklaringen voor de daling op nationaal niveau (selectie op gezondheid bij ontslag, idem bij aanname van nieuw personeel, geringere arbeidsbelasting en een bereidheid tot extra inspanningen) het belang van de twee selectiemechanismen domineert. Er zijn immers nauwelijks gronden aanwezig om te veronderstellen dat een geringe arbeidsbelasting en een grotere bereidheid tot het leveren van extra inspanningen zich niet bij het vaste personeel zouden voordoen en wél bij het wisselende deel van het personeelsbestand.

De toename van het ziekteverzuim van de blijvers, en het feit dat dit vooral het gevolg is van een toegenomen gemiddelde duur, benadrukken dat zich kennelijk geen fundamentele veranderingen hebben voorgedaan in het patroon van in het

werk gelegen oorzaken van ziekteverzuim. De grote, en nog steeds toenemende verschillen tussen groepen met een hoog en met een laag verzuim, benadrukken bovendien dat een op "veiligheid, gezondheid en welzijn" gericht sociaal beleid, ondanks de schijnbaar lagere ziekteverzuimcijfers, grote prioriteit verdient. Een op de arbeidsbelasting van de risicogroepen (het productiepersoneel in het algemeen en met name het vrouwelijk deel en de groep werknemers ouder dan 50 jaar) gericht beleid ligt daarbij meer voor de hand dan algemene maatregelen.

Noten

Hoofdstuk 1

1. Sinds 1969 zijn in Nederland meer dan 75 kwantitatieve onderzoeken naar de achtergronden van het ziekteverzuim gerapporteerd. Zie voor een volledig overzicht: Willemsen (1984).
2. Zie voor een uitgebreide toelichting op de voorkeur voor de belasting-belastbaarheidsbenadering: Kruidenier (1982c).

Hoofdstuk 2

1. Dit geldt in principe ook wel voor het door de bedrijfsverenigingen berekende risico-percentages. Bij deze bron is echter geen nuancering naar frequentie en duur mogelijk, terwijl ook de geslachtsspecifieke cijfers ontbreken.
2. Deze gegevens stammen uit de NIPG diagnose-statistiek die tot 1966 loopt. Recentere gegevens zijn niet beschikbaar. De gegevens van de bedrijfsverenigingen zijn niet bruikbaar vanwege de grote en toenemende omvang van de categorie "onbekend". Zie voor een nadere toelichting op de macro-diagnose-groepen: Philipsen, 1967.
3. In Kruidenier (1982c) zijn kritische kanttekeningen bij deze opvatting geplaatst.
4. Zie voor een uitgebreidere behandeling van het belasting-belastbaarheidsmodel: Vroege (1982a + b), Vroege (1983) en Besseling (1983).

Hoofdstuk 3

1. Dit hoofdstuk is evenals hoofdstuk 4 ontleend aan Bakker & Kruidenier (1983) en Bakker (1983). Beide rapporten geven een meer gedetailleerd verslag van de ziekteverzuimgegevens van de beide ondernemingen.
2. Bedrijf A kent deze detailleringen niet. Bedrijf B geeft alleen de gedetailleerde verzuimcijfers van het personeel zonder weekloners. Dit zijn echter de relevante cijfers, aangezien in de verdere analyses de weekloners evenmin vertegenwoordigd zijn.
De NIPG-cijfers voor hand- en hoofdarbeiders zijn volgens een ander indelingscriterium tot stand gekomen dan bij bedrijf B. De cijfers vormen vermoedelijk wel een goede indicator voor de trend. De CCOZ heeft geen gegevens over de

hele periode waarover bedrijf B gegevens heeft verstrekt. Om die reden wordt alleen 1980 gegeven.

3. De gebruikte methode is:

gecorrigeerd verzuimpercentage =

oorspronkelijk verzuimpercentage personeelsgroep i, maand j, jaar k

- gemiddeld verzuimpercentage personeelsgroep i, maand j over alle jaren

+ totaal gemiddelde verzuimpercentage personeelsgroep i over alle maanden en jaren

Zie voor een meer geavanceerde correctiemethode zoals gehanteerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek bij de berekening van de werkloosheids-cijfers: Van der Hoeven en Hundepool (1980).

4. Zie voor een meer uitgebreide behandeling van dit onderwerp: Bakker, Kruidenier (1983).
5. De verzuimgegevens van bedrijf A worden niet gepresenteerd omdat deze niet naar alle drie kenmerken zijn gedetailleerd.
6. Ook bij bedrijf A bestaan er grote verschillen in het verzuimniveau tussen zowel functiegroepen, als personeelsgroepen. De verschillen blijven aanwezig ook na correctie van verschillen in leeftijdsopbouw.
7. Uit een globale berekening op grond van CBS-cijfers blijkt dat ruim 11% van het verzuim van de vrouwen onder de 25 jaar het gevolg is van zwangerschap (sziekten). In de leeftijdscategorie van 25 t/m 34 jaar is dat bijna 25%. Bij de vrouwen van 35 t/m 44 jaar gaat het nog maar om een kleine 3% (CBS-Diagnose-statistiek, 1979).
8. Mogelijk is dit specifiek voor bedrijf B. We hebben gezien dat het verzuim van vrouwelijke hoofdarbeiders en oudere vrouwen bij dit concern relatief laag is t.o.v. de NIPG-cijfers.
9. Ouderen in functiegroepen met een hoog ziekteverzuim hebben niet een aantoonbaar ongunstiger ontwikkeling van het verzuim dan ouderen in weinig verzuimende functies. De hypothese van Janmaat dat arbeidsbelasting een belangrijker oorzaak is voor verzuimtoename dan leeftijd wordt vooralsnog niet bevestigd (zie paragraaf 3.4.1.2).
10. Als methode is steeds directe standaardisatie toegepast. Zie voor een meer uitgebreide beschrijving van de standaardisatieprocedure: Bakker (1983).

Hoofdstuk 4

1. De frequentieverdeling van ziektegevallen naar duurklasse, het meer geschikte

kenmerk voor de beschrijving van ontwikkelingen in de duur van het verzuim, is niet gegeven.

2. De verschillen in verzuimontwikkeling tussen leeftijdsgroepen zijn groter dan die tussen functiegroepen in de oudste leeftijdscategorie. Janmaat's hypothese dat arbeidsomstandigheden een belangrijker verklaringsmechanisme vormen dan leeftijd ter verklaring van verzuimtoename wordt hiermee niet bevestigd.
3. Bij meldingsfrequentie, gemiddelde duur en percentage verzuimers kan geen samenhang tussen hoogte en ontwikkeling worden geconstateerd.

Literatuur

a. Publicaties in het kader van het deelproject "Risicogroepen en trends".

	Publicatievorm
Bakker, Th.P.V.; Ontwikkeling in aard en omvang van het verzuim bij een grote Nederlandse arbeidsorganisatie, 1977-1981; een werkverslag; CCOZ, 1983.	Rapport SA-B-4
Bakker, Th.P.V. en H.J. Kruidenier; Verschillen in ontwikkeling van het ziekteverzuim van personeels- en functiegroepen bij een semi-overheidsbedrijf, 1977-1981; CCOZ, 1983.	Rapport SA-B-1A
Besseling, J.J.M.; De verschillen tussen de CCOZ- en NIPG-cijfers m.b.t. de hoogte van het ziekteverzuim bij vrouwen; CCOZ, 1982.	Interne notitie
Besseling, J.J.M.; Arbeidsproductiviteit en ziekteverzuim; CCOZ, 1983	CCOZ Wetenschapp. rapp. SA-B-2
Kruidenier, H.J.; Ziekteverzuim 1977-1979, enkele cijfers uit het registratiesysteem van de Stichting CCOZ; CCOZ, 1981a.	CCOZ Forum-reeks
Kruidenier, H.J.; Ziekteverzuim en conjunctuur, een beschouwing naar aanleiding van de daling van het ziekteverzuim; CCOZ, 1981b.	CCOZ Forum-reeks
Kruidenier, H.J.; Ziekteverzuim 1977-1980, enkele cijfers uit het registratiesysteem van de Stichting CCOZ; CCOZ, 1982 a.	CCOZ Forum-reeks
Kruidenier, H.J.; De kans op ziekte en invaliditeit, enkele opmerkingen over verschillen, achtergronden en oorzaken; CCOZ, 1982 b.	Lezing
Kruidenier, H.J.; Afwezig: wegens ziekte of?; Ziekteverzuim en kwaliteit van de arbeid, Reeks Bedrijfspsychologie nr. 73, Kluwer, Deventer, 1982 c, pag. 9-25.	Artikel
Kruidenier, H.J.; De bedrijfsgezondheidszorg en het dalende ziekteverzuim; Tijdschrift voor Soc. Gezondheidszorg 61 (1983a) nr. 3, pag. 110-115	Artikel

- Kruidenier, H.J.; The effect of unemployment on sickness absence levels; paper presented at the first N.W.-European conference on the psychology of work and organization, March 1983, Nijmegen, Netherlands; CCOZ, 1983 b. Lezing
- Kruidenier, H.J.; Ziekteverzuim en werkeloosheid, een analyse op macro-niveau over de periode 1965-1982; CCOZ, 1983 c. CCOZ Wetenschapp. rapp. SA-B-3
- Kruidenier, H.J.; De toename van het ziekteverzuim in de 70'er jaren: enkele cijfers; CCOZ, 1983 d. Intern rapp.

b. Overige literatuur

- Becker, J.W.; Ziekteverzuim en sociale ongelijkheid; Tijdschrift voor Soc. Geneeskunde 58 (1980), Supplement "Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg".
- Graaf, J.S. de; Het verzuimpatroon van vrouwelijke werknemers in Nederland in vergelijking met dat van hun mannelijke collega's; Mens en Onderneming 26 (1972), nr. 3, pag. 194-203.
- Hoeven, H. van der en A.J. Hundepool; Een nieuwe methode van seizoenscorrectie, synthese van twee bestaande methoden; CBS Select (1980) nr. 1, pag 319-335.
- Janmaat, J.F.J.; Verandering in en door het arbeidsproces; Tijdschrift voor Soc. Geneeskunde 60 (1982), nr. 23, p. 722-723.
- Jonkers, A.H. en A.P.M. van der Lee, F.H. Bonjer; Het COPIH-project 1971-1978; Tijdschrift voor Soc. Geneeskunde 59 (1981), nr. 15, pag. 540-544.
- Philipsen, H.; Enkele aspecten van het stijgend ziekteverzuim, I t/m IV; Mens en Onderneming 20 (1966) nr. 4,5 en 6, 21 (1967) nr. 1.
- Philipsen, H.; Afwezigheid wegens ziekte; Nederland Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO; Wolters-Noordhoff NV, Groningen, 1969.
- Philipsen, H.; Ziekteverzuim: ontwikkeling en perspectief; Rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid nr. 13, "Maken wij er werk van", Hst. 5; Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1977.
- Philipsen, H. en A.K. de Vries-van der Zee, M.J. Hartgerink; Generatie en Ziekteverzuim; Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO, Leiden, 1977.

- Schellart-Hokkeling, P.C.M. en N.A.M. Schellart; Het ziekteverzuim van de werkende vrouw, een verkennend onderzoek; Tijdschrift voor Soc. Geneeskunde 55 (1977), nr. 2, pag. 42-50.
- Schokking-Siegerist, E.C.; Ziekteverzuim van vrouwelijke werknemers, I t/m III; Nederlands Instituut voor Soc. Geneeskunde TNO, Leiden, 1979.
- Schokking-Siegerist, E.C.; Het ziekteverzuim van vrouwen; in: V. Chr. Vrooland (red.); 1982.
- Vrouwen, arbeid en gezondheid (VAG); Vrouwen, arbeid en gezondheid; Wetenschap en Samenleving 81 (1981) nr. 7, pag. 55-59.
- Verbaan, D.; Sociale ongelijkheid en ziekteverzuim; Tijdschrift voor Soc. Geneeskunde 58 (1980), Supplement "Ongelijkheid in gezondheid en Gezondheidszorg".
- Vroege, D.; Verkenningen rond het concept belasting-belastbaarheid; Tijdschrift voor Soc. Geneeskunde 60 (1982 a), nr. 24, pag. 793-798.
- Vroege, D.; Het cybernetisch model als vorm van populatierespons; Tijdschrift voor Soc. Geneeskunde 60 (1982 b), nr. 25, pag. 857-860.
- Vroege, D.; Ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en sterfte in relatie tot het Nederlandse arbeidsproces; Tijdschrift voor Soc. Gezondheidszorg 61 (1983), nr. 24, pag. 920-927.
- Vrooland, V. Chr. (red); Werk en Gezondheid, over ziekteverzuim en humanisering van de arbeid; Samson uitg., Alphen a/d Rijn/Brussel, 1982.
- Willemsen, P.; Kwantitatief ziekteverzuimonderzoek, literatuuroverzicht; CCOZ, Amsterdam, 1984.

Publikaties Stichting CCOZ

Brochurereeks

Rekenregels; handleiding voor het berekenen van enkele ziekteverzuimcijfers, R. Prins en J.J.Chr. Verhulst, januari 1978, 24 blz., ad f 4,25

Humanisering van de arbeid en ziekteverzuim; rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van buitengewoon hoogleraar in de arbeids- en organisatiepsychologie aan de Rijksuniversiteit te Leiden op 16 maart 1979, J.T. Allegro, 30 blz., ad f 4,-

Ziekteverzuimregistratie als sociaal beleidsinstrument; enkele inhoudelijke en praktische opmerkingen, R. Prins en A.S. Velthuysen, 16 blz., ad f 4,- (overdruk uit Mens & Onderneming, 33 (1979), nr. 3 (mei/juni))

Ziekteverzuimbeleid in de praktijk; korte beschrijvingen van het beleid ten aanzien van sankties, controle, begeleiding, verbetering van arbeidsomstandigheden en humanisering van de arbeid in 50 bedrijven, M. van Putten, N. Steinweg en V.Chr. Vrooland, april 1982, 128 blz., ad f 21,-

Forumreeks

Het ontbrekende alternatief; een onderzoek naar de persoons- en functiekenmerken van WAO-toetreders, H.J. Kruidenier, maart 1980, 48 blz., ad f 9,-

Bedrijfsgeneeskunde; de rol van de bedrijfsgeneeskunde en de bedrijfs-geneeskundige bij de beheersing en begeleiding van ziekteverzuim, R. Holthuis, oktober 1980, 67 blz., ad f 9,-

Verzekeringsgeneeskunde; over de rol van de sociale verzekeringsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskundige bij de beheersing en de begeleiding van de verzuimende verzekerde, R. Holthuis, oktober 1980, 55 blz., ad f 9,-

WAO en werkgelegenheid; een discussie over een recente schatting van de 'verborgen werkloosheid' in de WAO, A.C. Hunfeld e.a., oktober 1980, 67 blz., ad f 6,50

Arbeidsverzuim in internationaal perspectief; enkele kanttekeningen bij buitenlandse verzuimcijfers, R. Prins, juni 1981, 28 blz., ad f 5,-

Arbeidsomstandighedenwet; een toelichting op ontstaan en beleids perspectieven van de wet, V.Chr. Vrooland, augustus 1981, 83 blz. (uitverkocht)

Ziekteverzuim en conjunctuur; een beschouwing naar aanleiding van de daling van het ziekteverzuim, H.J. Kruidenier, augustus 1981, 28 blz., ad f 5,-

Ziekteverzuim 1977-1980; enkele cijfers uit het registratiesysteem van de Stichting CCOZ, H.J. Kruidenier, januari 1982, 42 blz., ad f 8,-

Wetenschappelijke rapporten

Evaluatie subsidieregeling arbeidsplaatsverbetering 1977; eindrapport, R.J. Fortuin, T. van Keimpema en D. Wijnen, augustus 1980, 50 blz., ad 5,-, uitgegeven door het Ministerie van Sociale Zaken

Ziekteverzuim: informatie en beleid; een evaluatie van bruikbaarheid en gebruik van een ziekteverzuimregistratiesysteem, R. Prins, december 1980, 134 blz., ad f 19,50

Werk en gezondheid; over ziekteverzuim en humanisering van de arbeid; V.Chr. Vrooland (red.), Uitgeverij Samsom, Alphen aan den Rijn/Brussel, april 1982, 318 blz., ad f 42,50 (ook verkrijgbaar in de boekhandel)

Handwijzer arbeidsomstandigheden; een arbeidsgeneeskundig literatuur-onderzoek, T. van Keimpema en R.J. Fortuin, juli 1982, 55 blz., ad f 10,-

Ongevallenregistratie en informatiegebruik; ontwikkelingen en ervaringen met betrekking tot arbeidsongevallenstatistiek in Nederland, West-Duitsland en de USA, L. Geurts en R. Prins, september 1982, 101 blz., ad f 15,-

Internationaal vergelijkend onderzoek ziekteverzuim; deel 1: verzekeringstechnische en arbeidsrechtelijke aspecten van het ziekteverzuim in West-Duitsland, België en Nederland, R. Prins en S. Andriessen, april 1983, 76 blz., ad f 12,50

Arbeidsproductiviteit en ziekteverzuim; een secundaire analyse in het kader van het model belasting-belastbaarheid, J.J.M. Besseling, augustus 1983, 84 blz., ad f 13,25

Ziekteverzuim en werkloosheid; een analyse op macro-niveau over de periode 1965-1982, H.J. Kruidenier, oktober 1983, 52 blz., ad f 10,75

Publikaties in het kader van de advies- en onderzoeksprojekten werk en gezondheid van de CCOZ

Project werk en gezondheid bij Sigma Coatings B.V.; deelrapport 1, W. Masselink, C.G. Zandvliet en F.J.H. van der Leeuw, maart 1982, 84 blz., ad f 13,75

Project werk, welzijn en gezondheid bij het Ministerie van Verkeer en Waterstaat; deelrapport 1, H.H.W. den Hartog en R.J. van Amstel, september 1982, 84 blz., ad f 13,75

Project werk en gezondheid bij Sigma Coatings B.V.; deelrapport 2, W. Masselink, C.G. Zandvliet en F.J.H. van der Leeuw, januari 1983, 98 blz., ad f 13,75.

Jaarlijkse uitgaven

Inventarisatie 1983; over lopend en recent afgesloten onderzoek op het terrein van werk, ziekte en gezondheid, J. Nouws en P.G. Willemsen, september 1983, 180 blz., ad f 21,-

(Inventarisatie 1980, 1981 en 1982 zijn nog verkrijgbaar, ad f 15,-)

