

2 Trends in ziekteverzuim

John Klein Hesselink, Irene Houtman en Seth van den Bossche (TNO)

2.1 Onderzoeksvragen en databestanden

Dit hoofdstuk gaat over ontwikkelingen in het ziekteverzuim in Nederland. Het bevat trendgegevens, informatie over de achtergronden en gevolgen van ziekteverzuim en een beschrijving van de maatregelen die werkgevers en de overheid nemen om het verzuim terug te brengen en laag te houden. Vijf vragen staan centraal:

Wat zijn de ontwikkelingen in het verzuim in Nederland?

Welke werknemers hebben een hoog verzuim?

Met welke gezondheidsproblemen verzuimen werknemers?

In welke mate is verzuim werkgebonden?

Wat doen werkgevers aan de aanpak van verzuim?

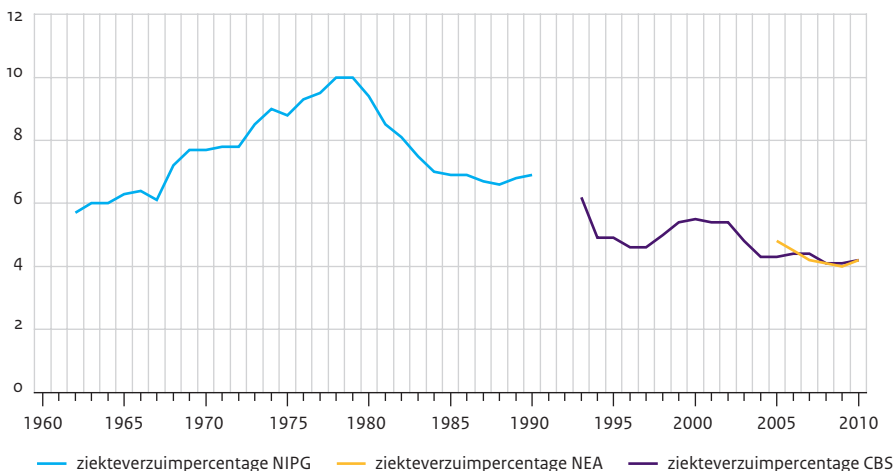
De verzuimgegevens in dit hoofdstuk zijn grotendeels afkomstig uit de Nationale enquête arbeidsomstandigheden (NEA) (Koppes et al. 2011). Deze jaarlijkse enquête met een nettorespons van 22.000 tot 24.000 Nederlandse werknemers geeft inzicht in zaken zoals kenmerken van werknemers, de arbeid die zij verrichten, arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden, gezondheid en ziekteverzuim. We analyseren de gegevens van de jaren 2005 tot en met 2010, die in totaal betrekking hebben op 138.848 werknemers. Het ziekteverzuim in de NEA wordt gemeten met zelfrapportage. In de eerste plaats wordt gevraagd naar het aantal werkdagen en het aantal keer dat men heeft verzuimd in de afgelopen twaalf maanden. Door het aantal verzuimde werkdagen te delen door het contractueel aantal te werken dagen is het verzuimpercentage voor deeltijd gecorrigeerd. Daarnaast worden vragen gesteld over de laatste keer dat men verzuimd heeft: het aantal werkdagen verzuim, de klacht waarmee verzuimd is, de indruk die men heeft of deze klacht het gevolg is van het werk en de verzuimbegeleiding.

2.2 Wat zijn de ontwikkelingen in het verzuim in Nederland?

Vijftig jaar ziekteverzuim in Nederland kenmerkt zich door grote schommelingen (zie figuur 2.1). Het ziekteverzuim steeg van ongeveer 6% in 1962 tot 10% in 1978 en 1979. Daarna daalde het tot 7% in 1990. Pas na een aantal ingrijpende wettelijke maatregelen (zie hoofdstuk 1) daalde het verzuim vanaf 1994 verder naar 4,1% in 2008. Vanaf 2009 is het verzuimpercentage gestabiliseerd; in 2010 was het 4,2% (zie ook Klein Hesselink et al. 2012).

Figuur 2.1

Ontwikkeling van ziekteverzuim in Nederland, 1962-2010 (in procenten)



Bron: Vrijhof en Prins (1990); Houtman et al. (1999, 2001); CBS StatLine; Klein Hesselink et al. (2012)

De werknemersverzekering tegen inkomensverlies bij ziekte kent een lange geschiedenis. De Ziektewet is in 1929 ingevoerd en bepaalde dat alle werknemers in Nederland na twee ziektedagen een uitkering kregen. De betaling van de uitkering werd via de werkgever geregeld. De premie werd betaald door werkgevers en werknemers via een afdrachtsysteem aan bedrijfsverenigingen. De Ziektewet heeft lange tijd in min of meer dezelfde vorm bestaan. Toen in 1967 de WAO werd ingevoerd, bleek deze wet tevens van invloed te zijn op de Ziektewet. Werkgevers en werknemers gingen het traject van de Ziektewet naar de WAO steeds vaker gebruiken als een afvloeiingsregeling voor ontslagen werknemers. Het almaar stijgende verzuim dwong de overheid tot ingrijpende wettelijke maatregelen, die er uiteindelijk toe leidden dat het verzuim sterk daalde. In deze maatregelen kwam steeds meer verantwoordelijkheid bij werkgevers en werknemers te liggen (zie hoofdstuk 1).

Het zijn niet alleen de wettelijke maatregelen die tot een daling hebben geleid. Ook het maatschappelijke bewustzijn dat het verzuim teruggedrongen moest worden en de opkomst van arbodiensten, particuliere verzuimbureaus en arboprofessionals hebben daaraan bijgedragen. De verzuimbegeleiding van zieke werknemers werd een wettelijke verplichting en is integraal onderdeel geworden van het beleid in ondernemingen, hoewel er ook ontsnapingsmogelijkheden bestaan. In de huidige ongunstige economische situatie worden tijdelijke arbeidsovereenkomsten minder vaak verlengd en komen door faillissementen en reorganisaties veel voormalige werknemers bij ziekte in het vangnet Ziektewet terecht en via dit traject in een van de WIA-regelingen (Van der Burg et al. 2011). Deze uitzonderingsregeling van de Ziektewet is na de privatisering ervan blijven bestaan om (voormalige) werknemers die geen werkgever hebben van een uitkering te

voorzien. Momenteel wordt nagegaan waarom er in het vangnet Ziekteverzuim zoveel wv-ers, einddienstverbanders en uitzendkrachten door ziekte uiteindelijk in een wia-regeling terechtkomen en wat daarvan de oorzaken zijn (Van der Burg et al. 2011). Bovendien tellen deze vangnetgroepen niet mee in de landelijke verzuimcijfers voor de periode die voorafgaat aan de wia-intreding. De vraag is dan of het landelijke verzuimpercentage niet bijgesteld moet worden voor het verzuim van deze vangnetgroepen.

Kader 2.1 Wat is de economische betekenis van 4,2% verzuim?

In 2010 was het ziekteverzuim in Nederland 4,2%. Dat wil zeggen dat 4,2% van alle mogelijk te werken uren van werknemers niet gewerkt is vanwege ziekte, ongeval of een andere gezondheidsreden. Dit verzuim kost ongeveer 12,6 miljard euro per jaar, uitgaande van de 300,5 miljard euro aan totale loonkosten in Nederland in 2010 (CBS StatLine). Dit bedrag komt overeen met een recente schatting van 13 miljard euro in 2008 door Steenbeek et al. 2010.

4,2% verzuim betekent gemiddeld negen dagen verzuim per jaar per werknemer (uitgaande van een gemiddelde werkweek van 31 uur). Het betekent ook dat gemiddeld iedere dag meer dan 200.000 werknemers niet werken vanwege ziekte of een ongeval.

Bij deze berekeningen hoort wel de kanttekening dat ze onnauwkeurig zijn, omdat er geen differentiatie is naar populaties en sectoren. Bovendien zijn gedrags- en externe effecten niet meegenomen, zoals bij een maatschappelijke kosten-batenanalyse vaak wel gebeurt. Kosten voor bijvoorbeeld vervanging van ziek personeel en verzuimbegeleiding zijn niet meegenomen. Het is onbekend hoe hoog die zijn. In sommige organisaties blijft het werk gewoon liggen totdat de zieke medewerker hersteld is.

Het is ook niet zo dat het verzuim teruggebracht kan worden naar 0%; gezondheidsklachten zijn onvermijdelijk.

2.3 Welke werknemers hebben een hoog verzuim?

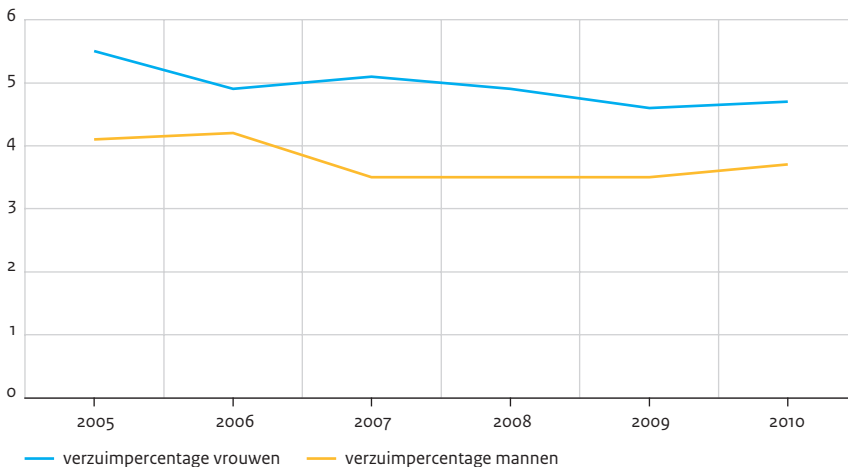
De hoogte van het ziekteverzuim hangt samen met demografische kenmerken en kenmerken van de werksituatie (Smulders 2007; Klein Hesselink en Smulders 2010). Inzicht in de achtergronden van deze kenmerken kan informatie geven over de oorzaken en ontwikkelingen van het verzuim. We bespreken vier kenmerken – geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en contractvorm – en bekijken de ontwikkelingen in de laatste zes jaren.

Geslacht

Hoewel er veel onderzoek is gedaan naar het consequent hogere ziekteverzuim van vrouwen (Houtman en Van den Heuvel 2001), zijn de verschillen met het ziekteverzuim van mannen nog steeds niet volledig te verklaren. Voordat we daarop ingaan geeft figuur 2.2 een overzicht van de verzuimpercentages van vrouwen en mannen.

Figuur 2.2

Ziekteverzuim naar geslacht, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA 2005-2010)

Het ziekteverzuim bij vrouwen ligt in de periode 2005-2010 gemiddeld 30% hoger dan bij mannen. Dat verschil is kleiner dan in begin jaren negentig, toen het verzuim van vrouwen 60% hoger lag dan dat van mannen (Jehoel-Gijsbers en Linder 2007). Onbekend is waarom dit verschil geslonken is.

Bij de gemiddelde verzuimduur is de relatie omgekeerd: bij vrouwen is die in 2010 lager (6,1 werkdagen) dan bij mannen (7,6 werkdagen). Vrouwen verzuimen gemiddeld wel vaker (1,3 keer per jaar) dan mannen (1,0 keer per jaar), maar per keer verzuimen zij dus minder lang.

Uit onderzoek naar de verzuimverschillen tussen vrouwen en mannen komt een complex aan factoren naar voren (Jettinghoff et al. 2004). Dat verklaart waarom het tot nu toe niet gelukt is die verschillen eenvoudig te duiden. Belangrijke problemen bij het vergelijken van de (internationale) onderzoeksliteratuur zijn de grote verschillen tussen landen, de leeftijd van de vrouwen, de beroepsgroep en de wijze waarom het verzuim is gemeten (Bekker et al. 2009).

Arbeidsomstandigheden en het verschil in arbeidsrisico's verklaren een deel van de verzuimverschillen tussen mannen en vrouwen (Mastekaasa en Dale Olsen 2000). Vrouwen hebben bijvoorbeeld minder ontplooiings- en regelmogelijkheden in hun werk dan mannen. Zelfs als ze hetzelfde werk doen, hebben ze andere taken. Zo werken vrouwelijke verpleegkundigen vaker op afdelingen waarin veel contact met patiënten en familie is, maar ook op afdelingen waar vaker getild of ander zwaar werk gedaan moet worden, terwijl mannelijke verpleegkundigen vaker als hoofd of op de operatiekamer of de intensive care werken (Dassen et al. 1990). Er zijn echter ook beroepen waar mannen het fysiek zwaardere werk doen (Messing et al. 1994, 1998). Daarnaast hebben dezelfde

arbeidsomstandigheden soms een andere impact op mannen dan op vrouwen. Zo hangen een slechte werksfeer en fysiek zwaar werk juist bij vrouwen samen met een hoger verzuim of een grotere kans op arbeidsongeschiktheid (Houtman en Van den Heuvel 2001; van der Giezen 2000; Sanders en Nauta 2004).

Verschillen in gezondheid en lichamelijke gesteldheid spelen eveneens een belangrijke rol. Vrouwen hebben gemiddeld meer en andere gezondheidsklachten en een grotere medische consumptie dan mannen (Duijts et al. 2006; Houtman en Van den Heuvel 2001). Zwangerschap en bevalling spelen in Nederland nagenoeg geen rol in de verzuimcijfers, omdat deze vorm van afwezigheid collectief gefinancierd wordt via de Ziektewet. Maar de zwangerschapsperiode leidt wel tot meer (vermijdbaar) verzuim als niet tijdig de werklast wordt verminderd (Houtman et al. 2007). Vooral fysieke werkbelasting, psychosociale werkbelasting (hoge taakeisen, weinig regelmogelijkheden, gebrekkige sociale steun), ploegendienst en nachtarbeid vormen een aantoonbaar risico voor verzuim gerelateerd aan zwangerschap (Houtman et al. 2007).

Een andere factor die de verzuimverschillen tussen vrouwen en mannen verklaart is dat werkende vrouwen anders worden behandeld door hun werkgever, collega's of bedrijfsarts. Werkgevers hebben – zo lijkt – een grotere afstand tot vrouwen dan tot mannen (Cuelenaere 1997), maar ook bedrijfsartsen schatten het belang van re-integratie voor werkhervatting lager in voor vrouwen dan voor mannen (Vinke et al. 1999; Patton en Johns 2007). Daarnaast lijken vrouwen zich, met name wanneer klachten blijvend zijn, wat minder geroepen te voelen weer aan het werk te gaan dan mannen (Vinke et al. 1999; Eriksen et al. 2003).

De dubbele belasting van vrouwen door de combinatie van werk en gezin lijkt minder relevant voor de verklaring van verzuimverschillen tussen mannen en vrouwen. Diverse studies laten geen effect zien (Cuelenaere et al. 1996; Guérin et al. 1997; Sonnentag 1996; Van Deursen et al. 1999; Vingård et al. 2005; Voss et al. 2008). In een enkele studie wordt wel een ongunstig effect van dubbele belasting gerapporteerd (Hall 1992; Sandmark en Renstig 2010) maar dit effect is doorgaans gering en afhankelijk van de context waarin gewerkt en geleefd wordt. Vooral als vrouwen veel gezinstaken en -verantwoordelijkheden hebben (Jettinghoff et al. 2004; Lidwall et al. 2009) en bij eenoudergezinnen is er sprake van een hoger verzuim (Voss et al. 2008). In hoofdstuk 3 gaan we ook op deze verschillen in.

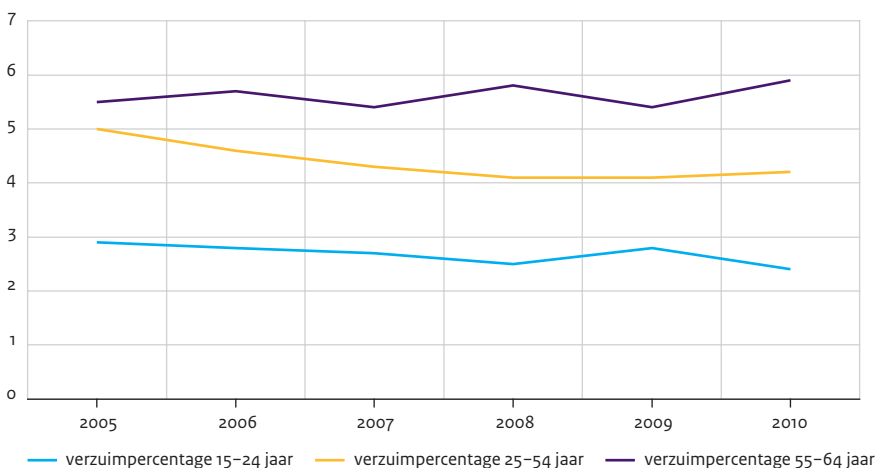
De conclusie is dat er veel factoren zijn waarop mannen en vrouwen verschillen en dat die factoren soms wel en soms niet een rol spelen bij het hogere verzuim van vrouwen. Nadere analyse van de NEA-cijfers laat echter zien dat vrouwen geen hoger ziekteverzuim hebben vanwege chronische aandoeningen dan mannen. Het grote verschil in het verzuimpercentage van mannen en vrouwen aan het einde van de jaren negentig is wel kleiner geworden. Een reden kan zijn dat de begeleidingsactiviteiten door de Wet verbetering poortwachter zijn toegenomen en meer gelijkmatig bij mannen en vrouwen worden toegepast. Maar feitelijk is het nog steeds niet volledig te verklaren waarom vrouwen meer verzuimen en vaker in de WIA komen dan mannen.

Leeftijd

Oudere werknemers hebben meer gezondheidsproblemen dan jonge. Dat uit zich ook in het ziekteverzuim en het is zelfs zo dat vooral de chronische gezondheidsproblemen de verschillen in ziekteverzuim tussen de leeftijdsgroepen vrijwel volledig verklaren (Klein Hesselink en Smulders 2010). Figuur 2.3 toont eerst de verschillen in ziekteverzuim voor drie leeftijdsgroepen van werknemers.

Figuur 2.3

Ziekteverzuim naar leeftijd, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA 2005-2010)

Het verzuim van werknemers van 55 jaar en ouder is consequent hoger dan dat van de leeftijdsgroep 25-54 jaar, en dat is weer consequent hoger dan dat van werknemers van 15-24 jaar. Er is wel een opmerkelijk verschil te zien in figuur 2.3. Terwijl in het verzuim van de 55-plussers in de jaren 2005-2010 geen significant stijgende of dalende trend aanwezig is, toont het verzuim van de beide andere leeftijdsgroepen een duidelijk dalende trend. Een reden kan zijn dat werknemers op een gemiddeld steeds hogere leeftijd met pensioen gaan (Arts en Otten 2011), omdat de mogelijkheden voor vervroegde uittreding voor mensen met een zwakkere gezondheid zijn ingeperkt.

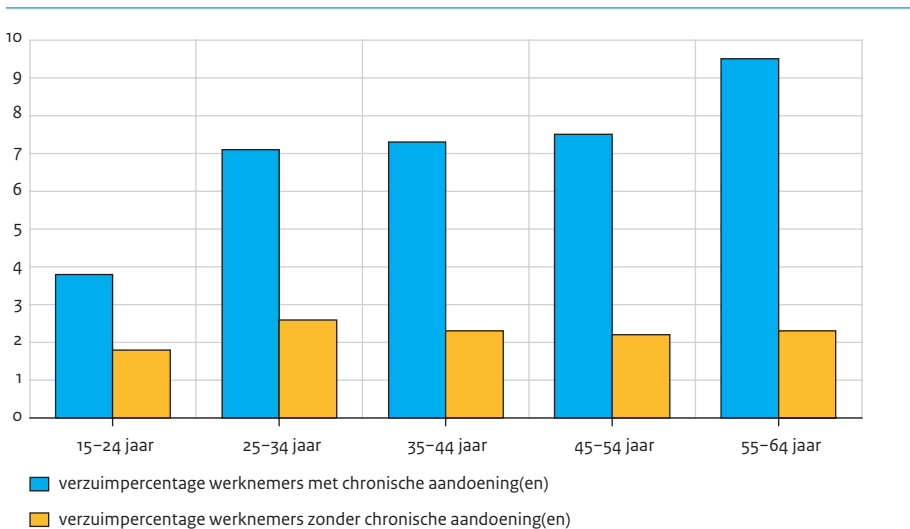
Ook de gemiddelde verzuimduur verschilt aanzienlijk tussen de drie leeftijdsgroepen. Een verzuimgeval duurt in de leeftijdsgroep van 55 jaar en ouder gemiddeld 9,8 werkdagen. In de groep van 15-24 jaar is dat 2,8 werkdagen. De verzuimfrequentie is ook verschillend, maar ligt wel dicht bij elkaar: gemiddeld 1,2 keer per jaar voor de groep van 15-24 jaar en 1,1 keer per jaar voor de groep van 55-64 jaar. De verzuimfrequentie van de oudste groep is dus lager, maar neemt wel wat toe over de jaren 2005-2010. In de beide

andere groepen daalt de verzuimfrequentie in deze periode, net als de gemiddelde verzuimduur.

De conclusie is dan dat het verzuimpercentage van ouderen vooral hoger is omdat de gemiddelde verzuimduur hoger is. Dat suggereert een relatie met gezondheidsklachten, die ook toenemen met het toenemen van de leeftijd. Klein Hesselink en Smulders (2010) laten zien dat chronische aandoeningen van oudere werknemers inderdaad het hogere verzuim van deze groep verklaren. Figuur 2.4 brengt dit in beeld.

Figuur 2.4

Ziekteverzuim van werknemers met en zonder chronische aandoeningen, naar leeftijd, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

Bij werknemers zonder chronische aandoeningen ligt het verzuimpercentage rond de 2 en dat geldt voor alle vijf de leeftijdsgroepen. Met het stijgen van de leeftijd neemt wel het verzuim van de groepen met chronische aandoeningen toe en duurt het verzuim langer.

De gemiddelde verzuimduur geeft eenzelfde beeld, maar daar is een geringe toename van de verzuimduur met de leeftijd te zien bij werknemers zonder chronische aandoening. De verzuimfrequentie in de groep zonder chronische aandoeningen is aanzienlijk lager (0,9 keer per jaar) dan in de groep met chronische aandoeningen (1,7 keer per jaar) en neemt af met de leeftijd.

Oudere werknemers hebben om verschillende redenen een hoger verzuim dan jongere werknemers. Met de leeftijd nemen ook de gezondheidsklachten toe. Dat is een natuurlijk proces (Van den Boogaard et al. 2005), mede beïnvloed door een langdurige werkbelasting en een ongezonde leefstijl. Ook gaan oudere mensen anders om met beperkingen. Van den Bogaard et al. (2005) vinden bijvoorbeeld dat mensen vanaf 50 jaar een grotere herstelbehoefte hebben. Hoewel de lichamelijke gevolgen van het ouder worden zich heel verschillend voordoen bij mensen, komen verscheidene gezondheidsklachten aantoonbaar meer voor bij ouderen. Dat geldt ook voor de werkgerelateerde. In de leeftijdsklasse 45-54 jaar vindt de grootste instroom in de arbeidsongeschiktheidsregelingen plaats. Oudere werknemers (boven 54 jaar) lijken relatief gezond, maar dat beeld is mogelijk vertroebeld doordat werknemers met gezondheidsproblemen geleidelijk aan verdwijnen uit het arbeidsproces (*healthy worker effect*).

Daarnaast vinden Van den Bogaard et al. (2005) dat de aard van het werk van grote invloed is op de belasting van werknemers. Bij de blauwe boorden zijn de fysieke gevolgen van het werk groter dan bij de witte boorden. Bij laagopgeleiden doet zich sterker een cumulatie van risicofactoren voor dan bij hoogopgeleiden.

Een positief effect is te verwachten van de toegenomen regelcapaciteit van oudere werknemers (Van den Bogaard et al. 2005). Veel mensen compenseren hun lichamelijke beperkingen met hulpmiddelen (zoals een leesbril) en *coping*-strategieën. *Coping* gaat over de wijze waarop mensen omgaan met problemen, zoals conflicten tussen werk en privé en spanningen uit de omgeving. Een positieve levenshouding, alertheid op nieuwe mogelijkheden, een actieve houding, verhoogde realiteitszin en een goede relatie met de leidinggevende zijn bijvoorbeeld effectieve strategieën. Het blijkt dat oudere werknemers betere werkstrategieën en effectievere *coping*-strategieën hebben dan jongere werknemers (Van den Bogaard et al. 2005).

Opleidingsniveau

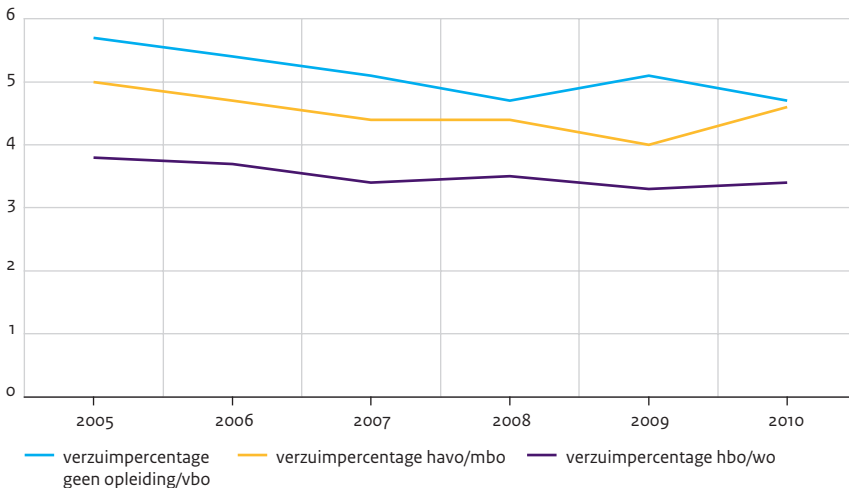
Opleidingsniveau is een belangrijke verklaring voor verschillen in ziekteverzuim tussen sectoren en beroepsgroepen. Werknemers met weinig opleiding verzuimen meer en vaker dan werknemers met een hoge opleiding.

Figuur 2.5 toont het ziekteverzuim voor drie opleidingsniveaus (hoogst afgeronde opleiding) in de periode 2005-2010.

Uit figuur 2.5 blijkt dat werknemers met een lager opleidingsniveau een hoger ziekteverzuim hebben dan werknemers in de middengroep, die op hun beurt weer hoger scoren dan werknemers uit de hoogste opleidingsgroep. Dit geldt ook voor de gemiddelde verzuimduur.

Figuur 2.5

Ziekteverzuim van werknemers naar opleidingsniveau, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA 2005-2010)

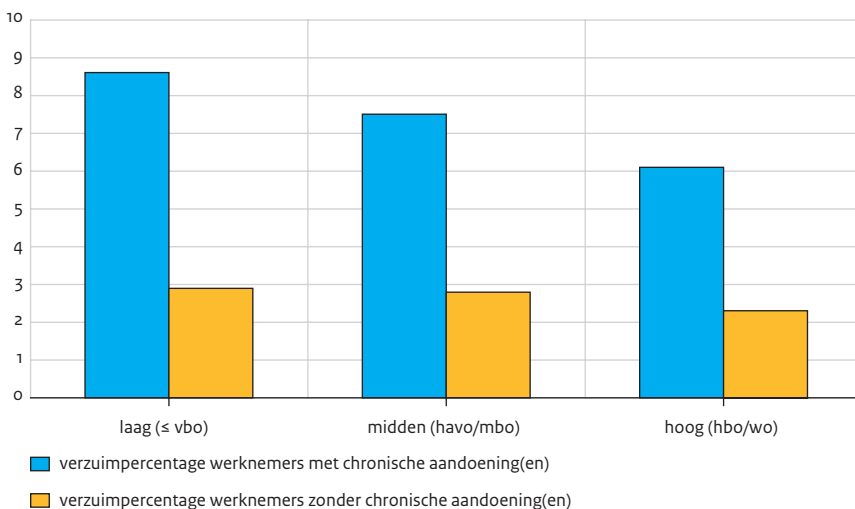
De verschillen tussen de opleidingsniveaus zijn weer voor een belangrijk deel te verklaren uit verschillen in gezondheid: werknemers met een laag opleidingsniveau zijn gemiddeld ongezonder dan werknemers met een hoog opleidingsniveau (Programmacommissie SEGV-II 2001). Dat uit zich ook in het aantal werknemers met een of meer chronische aandoeningen (zie figuur 2.6).

Het ziekteverzuim van werknemers met een chronische aandoening is bij alle opleidingsniveaus hoger dan dat van mensen zonder aandoening, maar vooral onder werknemers met een laag opleidingsniveau.¹ De chronische aandoeningen verklaren dus in sterke mate de relatie tussen opleidingsniveau en ziekteverzuim. Bij werknemers zonder chronische aandoeningen is er nauwelijks verschil naar opleidingsniveau.

Om aan te geven dat mensen uit een lage sociaaleconomische klasse gemiddeld meer problemen met hun gezondheid en een hogere sterfte hebben dan mensen uit de hoge sociaaleconomische klassen wordt de term sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) gebruikt (Programmacommissie SEGV-II 2001). Sociaaleconomische status wordt gedefinieerd naar opleidingsniveau, inkomen en beroepsniveau. Deze drie kenmerken blijken in de praktijk sterk samen te hangen, zodat er gesproken wordt van sociaaleconomische klasse. De gezondheidsverschillen in de tabellen 2.5 en 2.6 hebben een sterke gelijkenis met de verschillen die in SEGV-onderzoek zijn aangetoond.

Figuur 2.6

Ziekteverzuim van werknemers met en zonder chronische aandoeningen naar opleidingsniveau, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

Volgens de Programmacommissie SEGV-II (2001) is het ontstaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verklaren uit een selectiemechanisme en een causatiemechanisme. Bij het selectiemechanisme veroorzaakt een minder goede gezondheid de lagere sociaaleconomische status. Mensen met een slechte gezondheid stijgen gemiddeld minder snel op de sociaaleconomische ladder of dalen, bijvoorbeeld doordat zij niet kunnen studeren of werken. Bij het causatiemechanisme leiden factoren als een ongezonde leefstijl en ongunstige werk- en woonomstandigheden tot een slechtere gezondheid. Deze risicofactoren voor ziekte en sterfte komen vaker voor in de lagere sociaaleconomische klassen.

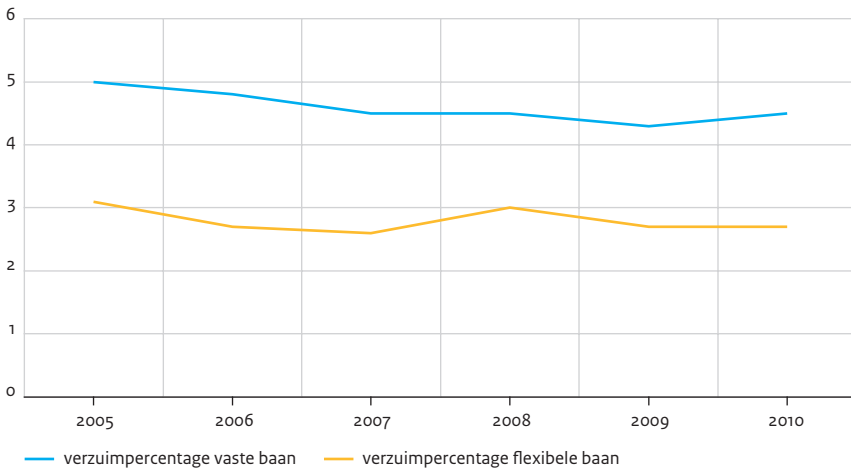
Contractvormen

In de afgelopen drie decennia is het aandeel werknemers met een flexibele aanstelling (tijdelijk aangestelde werknemers, uitzendkrachten en oproepkrachten) sterk toegenomen (Knegt et al. 2007; Klein Hesselink et al. 2008). Vaak zijn flexibele banen tijdelijk: flexwerkers worden aangetrokken tijdens pieken in de productie of tijdens onderbezetting door vakantieperiodes of ziekte. Maar ook nieuwe werknemers krijgen steeds vaker tijdelijke contracten, om zo de proeftijd te verlengen.

Het aandeel flexwerkers in de werknemerspopulatie is in de afgelopen 40 jaar met flinke conjunctuurschommelingen gestegen van 4% in 1970 (Klein Hesselink et al. 2008) naar 20% in 2010 (Koppes et al. 2011). Inmiddels zijn er veel flexibele contractvormen ontstaan. In figuur 2.7 wordt de ontwikkeling in ziekteverzuim van flexwerkers vergeleken met die van werknemers met een vaste baan (arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd).

Figuur 2.7

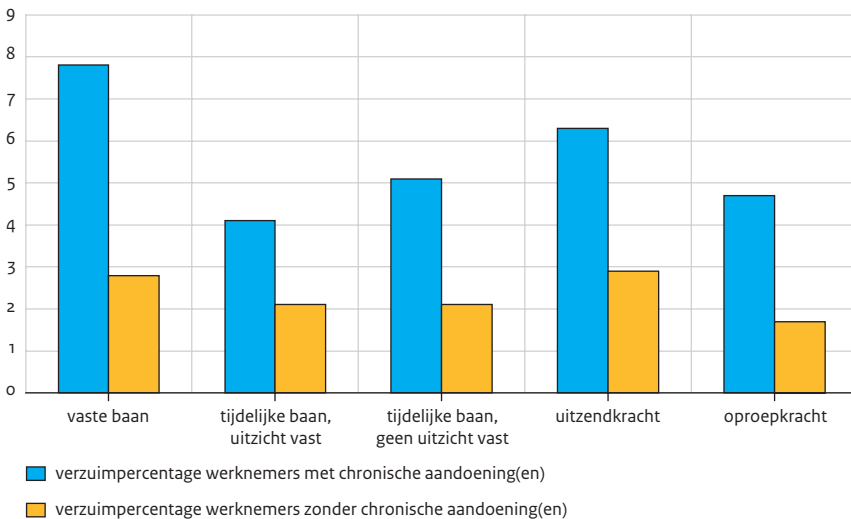
Ziekteverzuim van flexwerkers versus werknemers met een vaste baan, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA 2005-2010)

Figuur 2.8

Ziekteverzuim van vier groepen flexwerkers met en zonder chronische aandoeningen versus werknemers met een vaste baan, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

De ontwikkeling van het verzuim van vast aangestelde werknemers lijkt sterk op die van het Nederlandse verzuimpercentage (figuur 2.1). Dat is niet verwonderlijk omdat 80% van de werknemers in 2010 een vaste baan had. Flexwerkers hebben doorgaans een lager verzuim dan werknemers met een vaste baan. Smulders en Nijhuis (1999) geven als mogelijke reden dat flexibele contracten een rem zetten op verzuim omdat flexwerkers bang zijn hun baan te verliezen. Werknemers met een vaste aanstelling hebben deze rem niet.

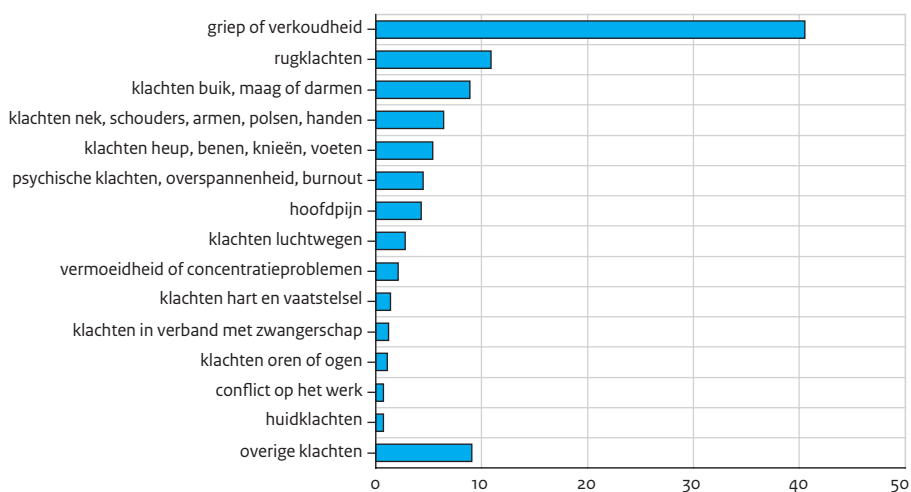
Uit figuur 2.8 blijkt dat werknemers met een vaste baan een hoger verzuimpercentage vanwege chronische aandoeningen hebben dan de vier onderscheiden groepen flexwerkers. Maar ook vaste werknemers zonder chronische aandoeningen hebben een hoger verzuim dan de flexwerkers, met uitzondering van de uitzendkrachten. Mogelijk spelen er dus ook andere effecten, bijvoorbeeld het remmende effect van de angst voor baanverlies en de leeftijd (flexwerkers zijn vaak jong). Het is onduidelijk wat er bij de uitzendkrachten aan de hand is.

2.4 Met welke gezondheidsproblemen verzuimen werknemers?

Werknemers verzuimen vooral vanwege gezondheidsproblemen. De tijden dat er op grote schaal ook vanwege allerlei andere redenen werd verzuimd, liggen al weer ver achter ons (Smulders en Veerman 1990). Overigens gebeurt het nog steeds, voor een gering deel, dat werknemers verzuimen vanwege verplichtingen thuis of andere redenen die niets met gezondheid te maken hebben (Van Luijn en Keuzenkamp 2004). We beperken ons echter tot verzuim om gezondheidsredenen.

Figuur 2.9

Klachten waarmee werknemers verzuimen, 2005-2010 (in procenten)



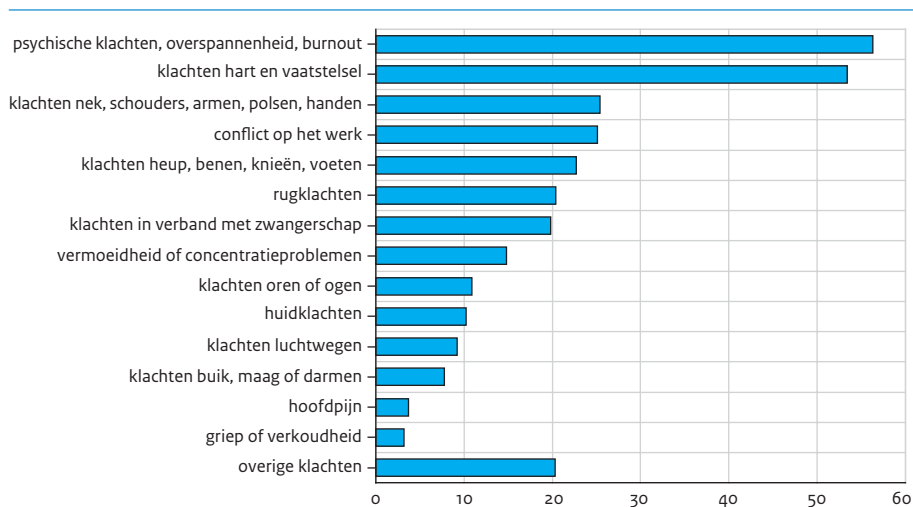
Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

Figuur 2.9 toont de gezondheidsklachten waarmee werknemers verzuimen. In de NEA is gevraagd de gezondheidsklachten in te vullen voor het meest recente verzuimgeval. Dat kan dus ook een aantal jaren geleden hebben plaatsgevonden. 14% van de werknemers vulde niets in omdat men nog nooit verzuimd had. Figuur 2.9 vermeldt alleen de gegevens van werknemers die verzuimd hebben.

Griep of verkoudheid blijkt met 41% de meest voorkomende klacht te zijn als reden voor verzuim. Ook klachten aan het bewegingsapparaat zijn een belangrijke reden om te verzuimen. Bij elkaar opgeteld veroorzaken klachten aan het bewegingsapparaat (rug, nek, schouders, armen en polsen, heup en benen, knieën en voeten) 23% van alle verzuimgevallen.

Figuur 2.10

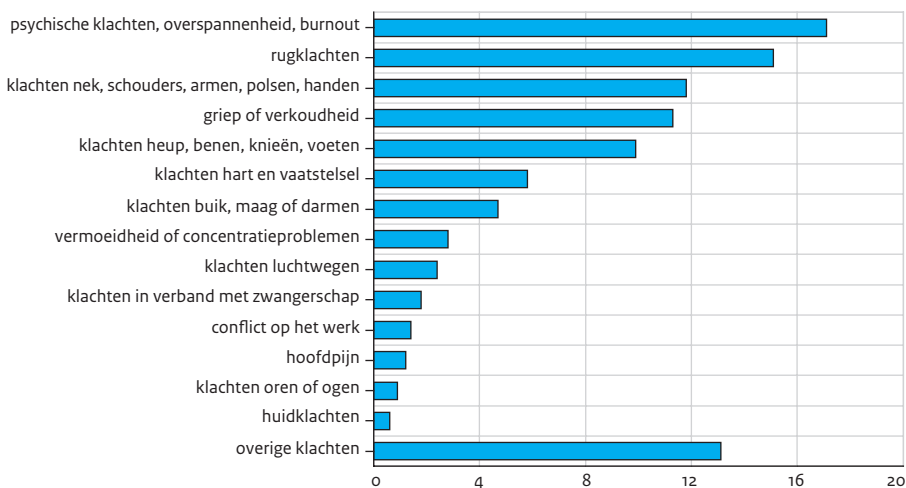
Gemiddelde verzuimduur bij een aantal klachten, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

Figuur 2.10 toont een ordening van verzuimredenen naar de duur van het verzuim. Griep of verkoudheid, die in figuur 2.9 bovenaan staan, staan in figuur 2.10 onderaan. Doorgaans duurt dit verzuim maar een paar dagen. Psychische klachten, die maar in 4% van de gevallen als reden voor het laatste verzuimgeval werden aangegeven, leiden tot het meest langdurige verzuim, namelijk gemiddeld 56 werkdagen. Hetzelfde is te zien bij de klachten aan hart en vaatstelsel en conflicten op het werk. Klachten aan hart en vaatstelsel zijn maar in 1,2% van de gevallen een reden om te verzuimen, maar dit verzuim duurt gemiddeld wel 53 werkdagen. Conflicten op het werk zijn in 0,6% van de gevallen een reden voor verzuim, maar leiden gemiddeld tot 25 werkdagen verzuim.

Figuur 2.11

Aandeel verzuimredenen in het totale verzuimvolume^a, 2005-2010 (in procenten)

a Aantal keren verzuim x aantal verzuimdagen.

Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

In figuur 2.11 zijn de kenmerken van de figuren 2.9 en 2.10 geïntegreerd om een schatting te geven van het aandeel van de verzuimredenen in het verzuimvolume in Nederland. Het verzuimvolume is de frequentie vermenigvuldigd met de duur. Voor iedere gezondheidsreden is berekend wat het aandeel is in het totale verzuimvolume (totaal van alle verzuimde dagen).

Psychische klachten, overspannenheid en burn-out blijken het meeste verzuim te veroorzaken: 17%. Ze komen weliswaar als reden niet zo ontzettend vaak voor (4% van de gevallen; de zesde plaats), maar als ze voorkomen leiden ze vaak tot langdurig verzuim (gemiddeld 56 werkdagen). Griep of verkoudheid staat nu op de vierde plaats. Ze komen vaak voor, maar met een gemiddeld korte verzuimduur. Als we alle klachten aan het bewegingsapparaat samenvoegen, zijn zij de belangrijkste bron van ziekteverzuim: 37%. Kijken we naar de ontwikkeling in de periode 2005-2010, dan blijkt dat het aandeel van de psychische klachten in het totale verzuimvolume afneemt. Een mogelijke reden kan zijn dat er door invloeden van de commissie-Donner en de Wet verbetering poortwachter sneller wordt aangestuurd op terugkeer naar het werk. Een andere verklaring is dat verzuim vanwege psychische klachten in economisch ongunstige tijden minder getoleerd wordt of dat werknemers met dit soort klachten sneller hun baan verliezen. Ook absoluut gezien is het aantal verzuimmeldingen vanwege psychische klachten in 2010 namelijk afgenomen.

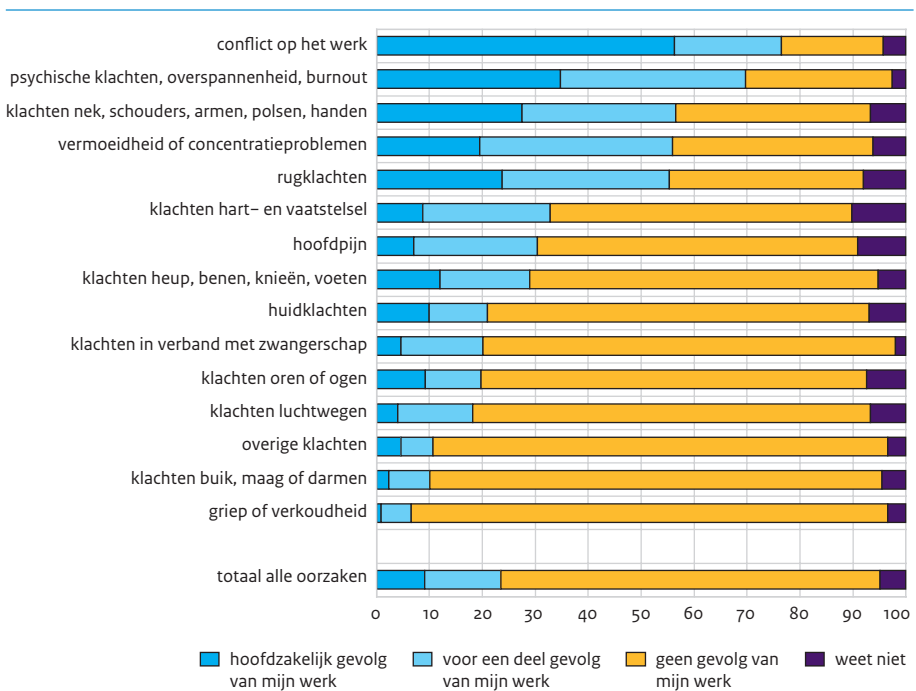
Een vergelijkbaar beeld is te zien bij het verzuim vanwege klachten aan het bewegingsapparaat. Ook hier neemt het volume in de periode 2005-2009 geleidelijk af, met een sterkere daling in 2010. Een mogelijke reden is dat werknemers tijdelijk op ander of lichter werk zijn gezet of dat de werkplek is aangepast. Mogelijk speelt hier dus ook dat door de Wet verbetering poortwachter de aanpak van verzuim door bewegingsapparaatklachten geïntensiveerd is.

2.5 In welke mate is verzuim werkgebonden?

Gezondheidsklachten kunnen ontstaan door ziekte, maar ook (mede) door omstandigheden op het werk, zoals te zware fysieke belasting, te veel werkdruk of conflicten (Allebeck en Mastekaasa 2004; Klein Hesselink en Smulders 2010). Dit wordt ook wel werkgebonden verzuim genoemd (Hooftman et al. 2011). Werkgebonden verzuim blijkt een belangrijke factor te zijn in de verklaring van de verzuimgevallen.

Figuur 2.12

Werknemers die werk als oorzaak zien van laatste ziekteverzuim, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

Figuur 2.12 toont in welke mate werknemers zelf de indruk hebben dat hun laatste ziekteverzuim hoofdzakelijk of deels het gevolg is van hun werk en om welke gezondheidsklachten het gaat.

In 2010 is 23% van de verzuimgevallen hoofdzakelijk of gedeeltelijk werkgebonden. Dat is iets minder hoog dan in 2005 (toen 25%). De omvang van het werkgebonden verzuim is in de periode 2005-2010 dus geleidelijk, maar wel significant minder groot geworden. Het werkgebonden verzuim duurt echter wel langer (gemiddeld 16 werkdagen) dan het niet-werkgebonden verzuim (gemiddeld 7 werkdagen). Dat brengt in 2010 het aandeel verzuimdagen dat volgens de werknemers geheel of deels door het werk is veroorzaakt op ongeveer 43% van alle verzuimdagen. Ook dit percentage is gedaald ten opzichte van 2005, toen 50% van alle verzuimdagen nog (deels) door het werk werd veroorzaakt. Mentale en fysieke belasting zijn veelgenoemde oorzaken van werkgebonden gezondheidsklachten. Bij mentale belasting scoren conflicten op het werk en psychische klachten hoog. Bij de fysieke klachten worden klachten aan het bewegingsapparaat vaak genoemd. Vermoeidheid en concentratieproblemen kunnen door zowel fysieke als mentale belasting ontstaan. Klachten die maar in geringe mate werkgebonden zijn, zijn volgens de werknemers griep of verkoudheid, klachten aan buik, maag of darmen en overige klachten.

In de aard van de klachten zijn nauwelijks veranderingen opgetreden in de periode 2005-2010. Alleen de conflicten op het werk zijn naar de mening van werknemers de laatste twee jaren iets toegenomen, terwijl de werkgebonden klachten in de nek en de bovenste ledematen iets zijn afgenomen. Mogelijk speelt bij de conflicten de recessie een rol en bij het bewegingsapparaat de aanpak van de arbeidsomstandigheden.

Figuur 2.13

Werkgebonden redenen voor de gezondheidsklacht die leidt tot verzuim, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

Figuur 2.13 geeft een overzicht van redenen in het werk waardoor gezondheidsklachten ontstaan zijn die uiteindelijk geleid hebben tot verzuim. Het meest genoemd zijn werkdruk en werkstress. Ze leiden meestal tot verzuim vanwege psychische klachten, overspannenheid en burn-out, maar ook vanwege rugklachten, griep of verkoudheid en hoofdpijn. Ook emotioneel te zwaar werk, te moeilijk werk en problemen met de leidinggevende, werkgever, collega's en klanten leiden tot dit soort klachten. Lichamelijk te zwaar werk leidt meestal tot verzuim vanwege rugklachten, klachten aan nek en bovenste ledematen en klachten aan heup en onderste ledematen. Dat geldt ook voor langdurig dezelfde handelingen verrichten en achter de computer werken. Werken met gevaarlijke stoffen leidt vaak tot verzuim vanwege klachten aan luchtwegen, huidklachten en klachten aan ogen en oren.

2.6 Wat doen werkgevers tegen ziekteverzuim?

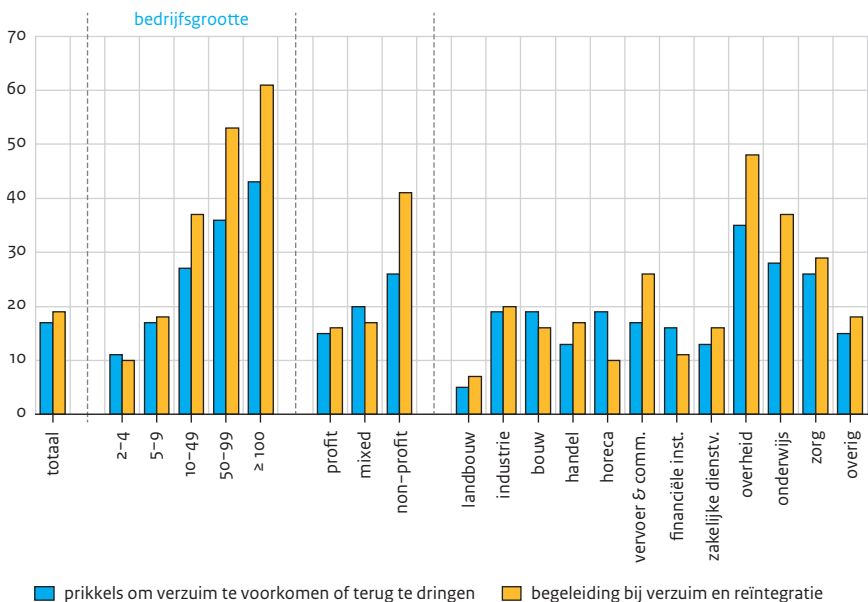
De aanpak van ziekteverzuim vindt vooral in de bedrijven plaats. Deze aanpak is echter pas twintig jaar geleden goed op gang gekomen (Smulders en Veerman 1990). Voor die tijd betaalden de werkgevers gewoon hun premie en er was slechts een geringe controle op het verzuim. Uiteindelijk werd via een parlementaire enquête een omvangrijk misbruik vastgesteld (TK (1992/1993)). Mede door een intensief wetgevingstraject werden werkgevers verantwoordelijk voor de loondoorbetaling bij ziekteverzuim en verplicht om ziekteverzuim aan te pakken en te voorkomen dat werknemers in de arbeidsongeschiktheidsregelingen terechtkomen. De Wet verbetering poortwachter uit 2002 gaf een nieuwe impuls.

Met de Werkgevers Enquête Arbeid (WEA, Oeij et al. 2011) is in 2010 in een representatieve steekproef van ruim 5500 werkgevers onderzocht welke maatregelen zij de afgelopen twee jaar hebben genomen om verzuim terug te dringen. Figuur 2.14 laat zien dat 17% van de werkgevers (nieuwe) prikkels heeft ingevoerd, zoals een intensievere controle of de eerste twee dagen verzuim niet uitbetalen. Dit soort prikkels komt meestal bovenop eerdere maatregelen (Klein Hesselink et al. 2009). Daarnaast heeft 19% van de werkgevers nieuwe vormen van begeleiding ingevoerd bij verzuim en re-integratie. Grote organisaties doen dit vaker dan kleine organisaties en non-profitorganisaties vaker dan commerciële organisaties. Vooral de overheid, het onderwijs en de zorg nemen dit soort maatregelen.

Werkgevers besteden maatregelen als verzuimbegeleiding vaak uit aan professionele begeleiders, maar ze worden ook door eigen personeel uitgevoerd. Via de jaarlijkse Monitor Arbo in Bedrijf van (voorheen) de Arbeidsinspectie (AI)² kennen we de omvang van dit soort maatregelen. Inspecteurs van de AI bezoeken ongeveer 2800 bedrijven (in 2009 en 2010, daarvoor jaarlijks 1800 tot 2000), waardoor een representatief beeld ontstaat van de mate waarin bedrijven zich conformeren aan de Arbowet. De monitor geeft tevens een overzicht van een aantal arbeidsrisico's en de maatregelen van werkgevers om die risico's te beperken (Saleh 2010).

Figuur 2.14

Kenmerken van bedrijven met verzuimmaatregelen in de afgelopen twee jaar, 2010 (in procenten)

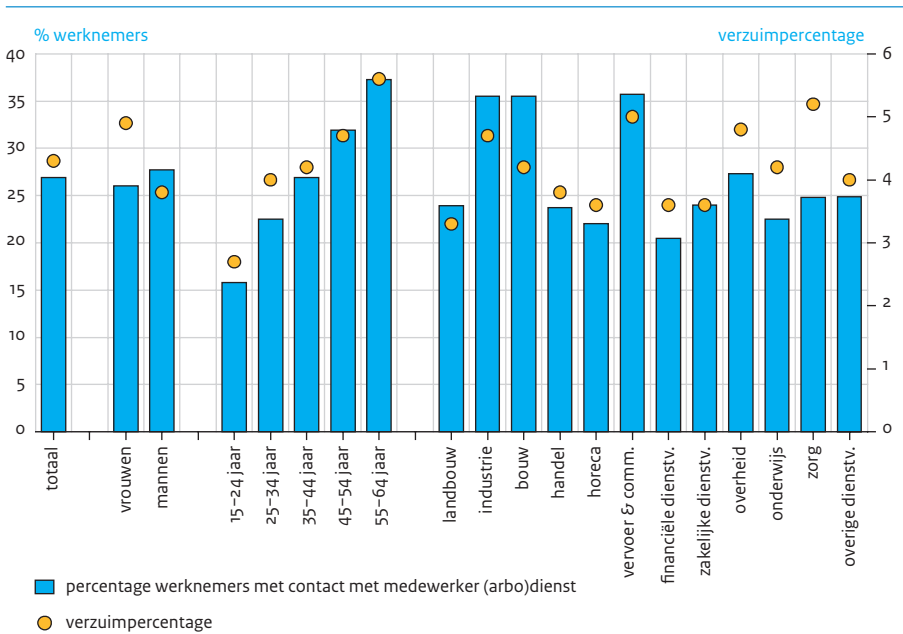


Bron: TNO (WEA 2010)

Uit de monitor 2010 blijkt dat 76% van de werkgevers is aangesloten bij een arbodienst of zich door een arbodienstverlener heeft laten bijstaan. Hoewel het aandeel bedrijven met een contract met een arbodienst daalt (in 2004 was dit nog verplicht en was 90% van de werkgevers aangesloten), heeft in 2010 iets meer dan twee derde van de bedrijven (70%) een contract met een externe arbodienst. Nog eens 6% heeft (ook) op een andere manier begeleiding ingeschakeld, bijvoorbeeld via een interne arbodienst of een arbodeskundige. Ook kennen de meeste organisaties steeds vaker een formeel verzuimbeleid. In 2004 had 46% van de bedrijven alleen maar mondelinge afspraken over het verzuimbeleid, in 2010 was dat 20%. In 81% van de bedrijven wordt na maximaal een week contact opgenomen met een zieke werknemer. Bij bedrijven met afspraken over verzuimbegeleiding gebeurt dat vrijwel altijd binnen een week.

Figuur 2.15

Verzuimende werknemers met contact met (arbo)dienst en hun verzuimpercentage, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

Figuur 2.15 toont het percentage werknemers dat vanwege ziekteverzuim contact had met een medewerker van de arbodienst of andere organisatie. Gemiddeld heeft 27% van de werknemers met minstens één verzuimgeval contact met een dergelijke begeleider. Er is een sterke relatie tussen contact met een medewerker van de (arbo) dienst en het verzuimpercentage van de werknemer (correlatie = 0,46). Naarmate werknemers langer verzuimen wordt vaker contact opgenomen. Er zijn een paar uitzonderingen. Mannen hebben een lager verzuimpercentage dan vrouwen, maar gemiddeld meer contacten met medewerkers van de (arbo)dienst. Bij het ouder worden stijgt het verzuimpercentage en nemen de contacten met de (arbo)dienst toe. In de bouwnijverheid zijn de contacten intensiever dan het verzuimpercentage suggereert en bij de overheid, het onderwijs en de zorg zijn er wat minder contacten dan het percentage aangeeft.

Bij werknemers met kort verzuim is het niet nodig om direct contact op te nemen, maar het is wel van belang dat zo snel mogelijk te doen als duidelijk wordt dat het verzuim langer gaat duren. Er is een wettelijke plicht om bij zes weken verzuim een probleemanalyse op te stellen en (bij re-integratiemogelijkheden) een plan van aanpak. Uit de literatuur blijkt dat het ziekteverzuim effectief te reduceren is door te interveniëren (Michie en Williams 2003; Van der Klink et al. 2003; Shaw et al. 2006). Die interventies kunnen zijn de aanpak van werkgerelateerde factoren en de organisatiecultuur, maatregelen

ter re-integratie door bedrijfsarts of arbodienst en afspraken met de reguliere gezondheidszorg (Kremer en Steenbeek 2010). Zo kunnen werknemers vaak tijdelijk parttime gaan werken of tijdelijk lichter werk doen. Klein Hesselink et al. (2010) vonden dat een intensieve begeleiding van zieke werknemers door de arbodienst het verzuimpercentage van een bedrijf met 0,6 procentpunt kan verlagen. Gemiddeld is dat een reductie van 13% op het totale verzuim. Ook kan gedeeltelijke terugkeer naar werk een opstap kan zijn voor een geslaagde volledige terugkeer (Josephson et al. 2008). Bezuinigen op verzuimbegeleiding kan dus een averechts effect hebben op de hoogte van het verzuim.

2.7 Conclusies en vooruitblik

Het ziekteverzuim in Nederland is behoorlijk veranderd in 40 jaar wetgeving en maatschappelijke reacties daarop. In de jaren zeventig en tachtig werd er veel misbruik gemaakt van de Ziektewet en de WAO. In de jaren tachtig raakte men er zich van bewust dat het hoge verzuim en de hoge arbeidsongeschiktheid gereduceerd moesten worden. Maatregelen volgden in de jaren negentig en daarna. Het verzuimpercentage daalde van 10% in 1979 naar 4,1% in 2008. Sindsdien stabiliseert het (4,2% in 2010).

Vertaald in euro's is 4,2% verzuim een fors bedrag. In loonkosten is het totale jaarlijkse verzuim (ruw geschat) circa 12,6 miljard euro. Daarnaast zijn er kosten voor verzuimbegeleiding, vervanging van zieke arbeidskrachten en schade door niet tijdig geleverde producten en diensten. Verzuim zal nooit tot 0% te reduceren zijn, maar werkgevers hebben nog voldoende mogelijkheden voor verdere reductie.

Het verzuim verschilt sterk naar een aantal kenmerken van werknemers. Zo is het verzuim van vrouwen hoger dan van mannen, van oudere werknemers hoger dan van jongeren, van lageropgeleiden hoger dan van hoogopgeleide werknemers en van werknemers met een vaste baan hoger dan van werknemers met een tijdelijke baan. Voor een belangrijk deel wordt het hogere verzuim van oudere en laagopgeleide werknemers verklaard door chronische aandoeningen. Bij werknemers zonder deze aandoeningen verschilt het verzuim tussen ouderen en jongeren en hoog- en laagopgeleiden nauwelijks. De verzuimverschillen tussen werknemers met een vaste baan en flexwerk zijn niet volledig te verklaren door het hebben van een chronische aandoening. Mogelijk spelen hier het remmende effect van de baanonzekerheid en de vaak jonge leeftijd van flexwerkers een doorkruisende rol. Tot slot is er veel onderzoek gedaan om de verzuimverschillen tussen mannen en vrouwen te verklaren, maar dat is niet gelukt. Er spelen veel verschillende factoren, die ieder een deel van het verschil verklaren.

Een belangrijke boodschap die uit de analyses naar voren komt, is dat chronische aandoeningen een belangrijke rol spelen in de omvang van het verzuim in Nederland. Gezondheidsproblemen ontstaan echter niet alleen in het werk, maar liggen ook aan de lichamelijke gesteldheid en de leefstijl van werknemers. Smulders (2007) en Klein Hesselink en Smulders (2010) vonden dat de kenmerken van de werksituatie 2-3% en de gezondheidstoestand 5-7% van de variantie van het verzuim van werknemers verklaarden. De ruimte voor werkgevers om het verzuimpercentage te beïnvloeden lijkt daarmee niet groot, maar mogelijkheden zijn er wel.

Zo blijkt een vijfde van het verzuim werkgebonden te zijn. Dat betekent dat bijvoorbeeld verbetering van de arbeidsomstandigheden en -verhoudingen verzuim kan verminderen. Relatief veel werkgebonden verzuim ontstaat door psychische klachten, burn-out en overspannenheid, met nog veel mogelijkheden voor een aanpak ervan, bijvoorbeeld door de werkdruk te verminderen. Daarnaast is er veel verzuim vanwege fysiek zwaar werk, wat te bestrijden is door bijvoorbeeld een goede werkverdeling en verstrekking van middelen en technische oplossingen.

Bovendien is de verzuimbegeleiding te intensiveren. Als werknemers tijdelijk part-time konden werken of minder belastend werk kregen, bleek het verzuim met 13% af te nemen. Zo'n aanpak kan preventief zijn, maar ook op re-integratie gericht. Werkgevers en werknemers hebben hierbij de primaire verantwoordelijkheid, maar vanwege de gezondheidsproblematiek en de privacygevoeligheid daarvan moet een dergelijke aanpak natuurlijk wel door bedrijfsartsen gebeuren. Bedrijfsartsen kunnen vervolgens de werkgever informeren over de plekken in de organisatie waar de werklast (te) hoog is en kunnen werkgevers en werknemers tips geven over vermindering ervan.

Het ziekteverzuim kan de komende jaren gaan stijgen omdat er steeds meer oudere werknemers aan het arbeidsproces deelnemen. Regelingen voor vervroegd uitreden worden afgebouwd en de pensioenleeftijd wordt verhoogd. Oudere werknemers zijn door hun gezondheidstoestand echter langer ziek en hebben een hoger verzuimpercentage dan jonge werknemers. Het is dus van belang dat overheid en bedrijfsleven investeren in duurzame inzetbaarheid van werknemers, om hen zo lang mogelijk gezond aan het werk te houden. Het gegeven dat veel (oudere) werknemers met ernstige gezondheidsproblemen in het Vangnet Ziekteverzuim terechtkomen kan een waarschuwing zijn dat werkgevers proberen om van een deel van hun verplichtingen in het kader van de Wet verbetering poortwachter (twee jaar loondoorbetaling en intensieve begeleiding van zieke werknemers) af te komen. In hoofdstuk 10 zal blijken dat een hogere leeftijd een belemmerende factor is bij het aannemen van gedeeltelijk arbeidsongeschikten (vangnetters).

Noten

- 1 Dit effect is onafhankelijk van de groepsgrootte. Het is dus niet zo dat het effect verklaard wordt door meer werknemers met een laag opleidingsniveau. Het verzuimpercentage is het gemiddelde van alle werknemers per groep.
- 2 Per 1 januari 2012 is de Arbeidsinspectie samen met de Inspectie Werk en Inkomen en de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst opgegaan in de Inspectie szw.

Literatuur

- Allebeck, P. en A. Mastekaasa (2004). Risk factors for sick leave – general studies. In: *Scandinavian Journal of Public Health*, jg. 32, nr. 63, p. 49–108.
- Arts, K. en F. Otten (2011). Pensioenleeftijd werknemers weer hoger. In: *Webmagazine*, 13 juli 2011, geraadpleegd via www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3430-wm1.htm.

- Bekker, M.H.J., C.G. Rutte en K. van Rijswijk (2009). Sickness absence: A gender-focused review. In: *Psychology, Health & Medicine*, jg. 14, nr. 4, p. 405-418.
- Bogaard, M. van den, W. de Lange en J. van Poppel (2005). *De wenselijkheid van het maken van onderscheid naar leeftijd*. Tilburg: IVA.
- Burg, C.L. van der, D.J. Klein Hesselink en P.G.M. Molenaar-Cox (2011). *Profilering langdurig zieke vangnetters. Kenmerken en begeleiding van de vangnetpopulatie op basis van een dossieronderzoek*. Leiden: AS tri Beleidsonderzoek en –advies.
- Cuelenaere, B. (1997). *Verder na langdurig ziekteverzuim – Een onderzoek naar trajecten van mannen en vrouwen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Cuelenaere, B., B. Jetten, en G. van Kooten (1996). Verschillen in ziekteverzuim tussen mannen en vrouwen? Verklaringen gezocht. In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, jg. 12, nr. 1, p. 43-55.
- Dassen, T.W.N., F.J.N. Nijhuis en H. Phillippen (1990). Carrièreperspectieven bij mannelijke intensive care verpleegkundigen. In: *Gedrag en Organisatie*, jg.3, nr. 1, p. 32-47.
- Deursen, C.G.L. van, I.L.D. Houtman en P.M. Bongers (1999). Werk, privé-situatie, riskante gewoonten en ziekteverzuim: verschillen tussen mannen en vrouwen. In: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, jg. 77, nr. 2, p. 105-115.
- Duijts, S. F. A., I. J. Kant, J. A. Landeweerd en G. M. H. Swaen (2006). Prediction of sickness absence: development of a screening instrument. In: *Occupational Environmental Medicine*, jg. 63, nr. 8, p. 564-569.
- Eriksen, W., D. Bruusgaard en S. Knardahl (2003). Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. In: *Occupational Environmental Medicine*, jg. 60, nr. 4, p. 271-278.
- Giezen, A. van der (2000). *Vrouwen, (werk)omstandigheden en arbeidsongeschiktheid*. Amsterdam: Landelijk instituut sociale verzekeringen.
- Guérin, A., P. de Heus en R. Diekstra (1997). Is het gezond om werk en kinderen te combineren? In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, jg. 13, nr. 3, p. 200-215.
- Hall, E. M. (1992). Double exposure: the combined impact of the home and work environment on psychosomatic strain in Swedish women and men. In: *International Journal of Health Services*, jg. 22, nr. 2, p. 239-260.
- Hooftman, W., J. Klein Hesselink, J. van Genabeek, N. Wiezer en D. Willems (2011). *Arbobalans 2010: kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*. Hoofddorp: TNO.
- Houtman, I.L.D., P.G.W. Smulders en D.J. Klein Hesselink (1999). *Trends in Arbeid 1999*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Houtman, I.L.D., P.G.W. Smulders en D.J. Klein Hesselink (red.) (2001). *Trends in Arbeid 2002*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Houtman, I.L.D. en F.M.M. van den Heuvel (red.) (2001). *Verwerkingsvermogen van vrouwen en mannen in relatie tot ziekte en uitval: een literatuurstudie*. Doetinchem: Elsevier.
- Houtman, I., W. Hooftman, S. Andriessen, H. den Besten en S. Stomp-Van den Berg (2007). *Zwangerschaps- en bevallingsgerelateerd verzuim in de Ziektewet*. Hoofddorp: TNO.
- Jehoel-Gijsbers, G. en F. Linder (2007). Ontwikkelingen in omvang van ziekteverzuim en wao –instroom. In: G. Jehoel-Gijsbers (red.), *Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting* (p. 49-80). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Jettinghoff, K., E. de Vroome, P. Smulders en S. van den Bossche (2004). Oorzaken van ziekteverzuim bij vrouwen: werk, persoon, gezondheid of thuissituatie? In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, jg. 20, nr. 2, p. 140-151.

- Josephson, M., B. Heijbel, M. Voss, L. Alfredsson en E. Vingård (2008). Influence of self-reported work conditions and health on full, partial and no return to work after long-term sickness absence. In: *Scandinavian Journal on Work, Environment & Health*, jg. 34, nr. 6, p. 430–437.
- Klein Hesselink, J. en P. Smulders (2010). Arbeid, gezondheid en ziekteverzuim 2005-2008. In: G. Jehoel-Gijsbers (red.), *Beperkt aan het werk: rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie* (p. 39-64). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klein Hesselink, J., H. Kooij-de Bode en V. Koppenrade (2008). *Wie zijn de overige flexwerkers en hoe gaan zij om met het risico van ziekte*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van leven.
- Klein Hesselink, J., P. Oeij, J. Sanders, E. de Vroome, S. van den Bossche en K. Kraan (2009). *Arbeidsbeleid in Nederlandse bedrijven en instellingen*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van leven (www.tno.nl/wea, zie brochure WEA 2008).
- Klein Hesselink, J., J. de Leede en A. Goudswaard (2010). Effects of a new fast forward rotating five-shift roster at a Dutch steel company. In: *Ergonomics*, jg. 53, nr. 6, p. 727-738.
- Klein Hesselink, J., W. Hooftman en L. Koppes (2012). *Ziekteverzuim in Nederland in 2010*. Hoofddorp: TNO (www.tno.nl/ziekteverzuim).
- Klink, J.J.L. van der, R.W.B. Blonk, A.H. Schene en F.J.H. van Dijk (2003). Reducing long-term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. In: *Occupational Environmental Medicine*, jg. 60, nr. 6, p. 429-437.
- Knegt, R., D.J. Klein Hesselink, H. Houwing, en P. Brouwer (2007). *Tweede evaluatie Wet flexibiliteit en zekerheid*. Amsterdam / Hoofddorp: Hugo Sinzheimer Instituut / TNO Kwaliteit van leven.
- Koppes, L.L.J., E.M.M. de Vroome, M.E.M. Mol, B.J.M. Janssen en S.N.J. van den Bossche (2011). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2010: Methodologie en globale resultaten*. Hoofddorp: TNO.
- Kremer, A.M. en R. Steenbeek R. (2010). Avoidable sickness absence in a Dutch working population. In: *Journal of Occupational Rehabilitation*, jg. 20, nr. 1, p. 81-89.
- Lidwall, U., S. Marklund en M. Voss (2009). Work-family interference and long-term sickness absence: a longitudinal cohort study. In: *European Journal of Public Health*, jg. 20, nr. 6, p. 676–681.
- Luijn, H. van en S. Keuzenkamp (2004). *Werkt verlof?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Mastekaasa, A. en H. Dale-Olsen (2000). Do Women or Men Have the Less Healthy Jobs? An Analysis of Gender Differences in Sickness Absence. In: *European Sociological Review*, jg. 16, nr. 3, p. 267-286.
- Messing, K., L. Dumais, J. Courville, A.M. Seifert en M. Boucher (1994). Evaluation of exposure data from men and women with the same job title. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, jg. 36, nr. 8, p. 913-918.
- Messing, K., F. Tissot, M.-J. Saurel-Cubizolles, M. Kaminski en M. Bourguine (1998). Sex as a variable can be a surrogate for some working conditions factors associated with sickness absence. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, jg. 40, nr. 3, p. 251-260.
- Michie, S. en S. Williams (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. In: *Occupational Environmental Medicine*, jg. 60, nr. 1, p. 3-9.
- Oeij, P.R.A., E.M.M. de Vroome, K. Kraan, S. van den Bossche en A. Goudswaard (2011). *Werkgevers Enquête Arbeid 2010: Methodologie en beschrijvende resultaten*. Hoofddorp: TNO.
- Patton, E. en G. Johns (2007). Women's absenteeism in the popular press: Evidence for a gender-specific absence culture. In: *Human Relations*, jg. 60, nr. 11, p. 1579–1612.
- Programmacommissie SEGV-II (commissie-Albeda) (2001). *Sociaaleconomische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II*. Den Haag: ZonMw.

- Saleh, F. (2010). *Arbo in bedrijf 2010: Een onderzoek naar de naleving van arbo-verplichtingen, blootstelling aan arbeidsrisico's en genomen maatregelen in 2010*. Den Haag: Arbeidsinspectie.
- Sanders, K. en A. Nauta (2004). Social Cohesiveness and Absenteeism: The Relationship Between Characteristics of Employees and Short-Term Absenteeism Within an Organization. In: *Small Group Research*, jg. 35, nr. 6, p. 724-741.
- Sandmark, H. en M. Renstig (2010). Understanding long-term sick leave in female white-collar workers with burnout and stress-related diagnoses: a qualitative study. In: *BMJ Public Health*, jg. 10, nr. 1, p. 210-222.
- Shaw, S., S.L. Linton en G. Pransky (2006). Reducing sickness absence from work due to low back pain: how well do intervention strategies match modifiable risk factors? In: *Journal of Occupational Rehabilitation*, jg. 16, nr. 4, p. 591-605.
- Smulders, P.G.W. en T.J. Veerman (red.) (1990). *Handboek ziekteverzuim: gids voor de bedrijfspraktijk*. 's-Gravenhage: Delwel Uitgeverij.
- Smulders, P.G.W. en F.J.N. Nijhuis (1999). The job demands-job control model and absence behaviour: results of a 3-year longitudinal study. In: *Work & Stress*, jg. 13, nr. 2, p. 115-131.
- Smulders, P. (2007). Werksituatie en ziekteverzuim. In: G. Jehoel-Gijsbers (red.), *Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting* (p. 81-105). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Sonnentag, S. (1996). Arbeitsbedingungen und psychisches Befinden bei Frauen und Männern. Eine Metaanalyse. In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, jg. 49, p.118-126.
- Steenbeek, R., W.E. Hooftman, G. Geuskens en C.W.J. Wevers (2010). *Objectiveren van gezondheidsgerelateerde nonparticipatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan*. Hoofddorp: TNO.
- TK (1992/1993). *Parlementaire enquête uitvoeringsorganen sociale verzekeringen (1993)*. Rapport van de commissie. Tweede Kamer, vergaderjaar 1992/1993, 22730, nr. 7-8.
- Vingård, E., P. Lindberg, M. Josephson, M. Voss, B. Heijbel, L. Alfredsson, S. Stark en Å. Nygren (2005). Long-term sick-listing among women in the public sector and its associations with age, social situation, lifestyle, and work factors: A three-year follow-up study. In: *Scandinavian Journal of Public Health*, jg. 33, nr. 5, P. 370-375.
- Vinke, H., S. Andriessen, S. van den Heuvel, I.L.D. Houtman, S. Rijnders, C.V. van Vuuren, C.W.J. Wevers (1999). *Vrouwen en re-integratie: onderzoek naar de verschillen tussen vrouwen en mannen bij WAO-intreden en re-integratie*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Voss, M., M. Josephson, S. Stark, M. Vaez, K. Alexanderson, L. Alfredsson en E. Vingård (2008). The influence of household work and of having children on sickness absence among publicly employed women in Sweden. In: *Scandinavian Journal of Public Health*, jg. 36, nr. 6, 564-572.
- Vrijhof, B.J. en R. Prins (1990). Ziekteverzuim in Nederland: de belangrijkste cijfers. In: P.G.W. Smulders en T.J. Veerman (red), *Handboek ziekteverzuim: gids voor de bedrijfspraktijk* (p. 33-54). Den Haag: Delwel Uitgeverij.