

ZIEKTEVERZUIM IN DE GEZINSVERZORGING

Interimrapport

Verkennde literatuurstudie naar achtergronden van ziekteverzuim

J. Swaan

W601

Nederlands Instituut voor
Arbeidsomstandigheden NIA
De Boelelaan 30-32
1083 HJ Amsterdam

Werkgroep Arbeidsvraag-
stukken en Welzijn A&W
Hooigracht 15
2312 KN Leiden

Amsterdam/Leiden, september 1987.

Nederlands Instituut voor
Arbeidsomstandigheden NIA
bibliotheek documentatie informatie
De Boelelaan 30, Amsterdam-Buitenveldert

ISN-nr. 11584
plaats 49-145
datum 30 JULI 1992

Nederlands Instituut voor
Arbeidsomstandigheden NIA
Onderzoeksbibliotheek
De Boelelaan 30
1083 HJ AMSTERDAM
Tel. 020 - 5498497

I N H O U D S O P G A V E

	Pag.
VOORWOORD	5
1 ZIEKTEVERZUIM	7
1.1 Ziekteverzuim en ziekteverzuimbevorderende factoren	7
1.2 Het belastingmodel	8
1.3 Verzuimreden en verzuimdrempel: het beslissingsmodel van Philipsen	11
1.4 Definities en maten	15
1.5 Ziekteverzuimonderzoek	16
1.5.1 Enkele onderzoeksmethoden	17
1.5.2 Overzicht van ziekteverzuimonderzoek in de kwartaire sector	18
1.6 Samenvatting en conclusies	23
2 THEORIEËN EN MODELLEN MET BETREKKING TOT 'STRESS'	24
2.1 Stress, stressoren en stimuli	24
2.2 Stress-hantering of 'coping'	28
2.3 Respons: Stress-reacties en strains	29
2.4 Drie belangrijke stress-modellen	29
2.4.1 Fysiologisch stress-model	29
2.4.2 Psychologisch stress-model	31
2.4.3 "Sociologisch" stress-model	33
2.5 Stress en ziekte	36
2.5.1 Visies op stress en ziekte	36
2.5.2 Stress-creërende omstandigheden en ziekte	37
2.5.3 Preventieve en/of correctie maatregelen t.a.v. stress en burnout	38
3 BURNOUT	40
4 ONDERZOEK NAAR STRESS EN BURNOUT	48
4.1 Onderzoeksmethoden en onderzoeksvariabelen	48
4.2 Overzicht van resultaten van onderzoek naar stress en burnout op basis van de geselecteerde literatuur	53
5 GEZINSVERZORGING EN ZIEKTEVERZUIM	55
5.1 Gezinsverzorging	55
5.2 Gezinsverzorging en ziekteverzuim	68
6 SAMENVATTING EN CONCLUSIES MET BETREKKING TOT ONDERZOEK NAAR ACHTERGRONDEN VAN ZIEKTEVERZUIM IN DE GEZINSVERZORGING	72

VOORWOORD

Dit rapport bevat de resultaten van de literatuurstudie die werd verricht in het kader van de oriënterende fase van het onderzoek naar 'Achtergronden van het ziekteverzuim in de Gezinsverzorging'. De oriëntatiefase heeft tot doel om via een brede verkenning de grondslag te krijgen -zowel inhoudelijk als qua onderzoeksmethoden- voor het veldonderzoek dat vanaf najaar 1987 zal plaatsvinden.

De algemene vraagstelling voor deze fase luidt: "Wat is uit literatuur en bronnen bekend over de hoogte en ontwikkeling van het verzuim in de kwartaire sector? Wat zijn daarvan de mogelijke achtergronden, blijkens literatuur en gesprekken met sleutelinformanten?"

Ten behoeve van deze studie is literatuur geselecteerd en verwerkt rond een aantal thema's: ziekteverzuim (in de gezinsverzorging en daarbuiten) en mogelijke achtergronden, theorieën en modellen met betrekking tot fysieke en psychische belasting van uitvoerenden in de non-profit sector, beroepskwalificatie en arbeidsorganisatie en tenslotte de aanpak van ziekteverzuim.

Specifieke literatuur over ziekteverzuim in de gezinsverzorging is voor zover ons bekend alleen beschikbaar in de vorm van een oriënterend onderzoek 'Gezinsverzorging en Ziekteverzuim (Ris en Zeldenrust, 1979) en in de vorm van bronnenmateriaal (verzuimgegevens).

Verder zijn er een aantal scripties met betrekking tot de gezinsverzorging bekend; deze zijn doorgaans te beschrijvend van aard en wisselend van kwaliteit. Datgene wat aan bruikbare literatuur over de gezinszorg is aangetroffen, is neergelegd in hoofdstuk 5 van dit rapport.

Doordat er nauwelijks wetenschappelijke literatuur beschikbaar is die direct ingaat op het ziekteverzuim in deze sector, is in dit rapport grotendeels teruggevallen op materiaal over andere delen van de kwartaire sector dat mogelijk ook aanwijzingen kan bieden voor de problematiek in de gezinszorg.

In hoofdstuk 1 wordt, na een meer algemene uiteenzetting over het verschijnsel ziekteverzuim, een overzicht gegeven van een reeks studies naar verzuim die binnen de kwartaire sector zijn verricht in Nederland en daarbuiten.

Voorts is nadere studie verricht naar literatuur rond het zgn. 'burn-out-syndroom'. Dit syndroom heeft de laatste jaren vooral in de Verenigde Staten veel aandacht gekregen, en is speciaal relevant voor beroepen - zoals de gezinszorg - waar persoonlijke dienstverlening aan cliënten voorop staat.

"Burnout" is de benaming van een toestand van emotionele uitputting (gevoelsmatig "opgebrand" zijn) die volgens Amerikaanse literatuur veel zou voorkomen in dit soort beroepen, en een belangrijke oorzaak van ziekteverzuim zou zijn. In hoofdstuk 3 van dit rapport wordt hierop ingegaan. Voor een goed begrip van "burnout" is het nodig, tevens in te gaan op stress-theorieën; het "burnout"-begrip is namelijk indirect uit die theorieën afkomstig.

Hoofdstuk 2 is daarom gewijd aan het stress-begrip. Hierbij merken we op dat 'stress' in de wetenschappelijke literatuur een veel ruimer begrip is dan in het dagelijkse spraakgebruik (waar men met 'stress' meestal doelt op geestelijke (over)spanning). Wetenschappelijke stress-theorieën bedoelen een verklaring te bieden voor het ontstaan van ziektes/gezondheidsklachten van zowel psychische en psycho-somatische als fysieke aard. Verschillende onderdelen van de stress-literatuur bieden daarvoor aanknopingspunten voor onderzoek naar en verklaring van ziekteverzuim. Dit rapport levert zo tevens een bijdrage aan theorievorming over ziekteverzuim in het algemeen.

Het uiteindelijke doel van deze studie is - samen met de andere deelstudies - de grondslag te bieden voor een gericht veldonderzoek in de gezinszorg. In het slothoofdstuk worden dan ook enige consequenties aangegeven die uit de literatuur voortvloeien ten aanzien van empirisch onderzoek naar ziekteverzuim.

Mede dank zij deze studies is het nu mogelijk een aantal vrij specifieke hypothesen rond het ziekteverzuim in de gezinsverzorging te formuleren, die in verder onderzoek getoetst kunnen worden en kunnen leiden tot concrete aanbevelingen tot beperking van het ziekteverzuim in deze sector. Deze hypothesen, en de vorm waarin die getoetst kunnen worden, zijn inmiddels in een afzonderlijke nota verwoord en voorgelegd aan de Begeleidingscommissie van het onderzoek.

1 ZIEKTEVERZUIM

1.1 Ziekteverzuim en verzuimbevorderende factoren

Wat ziekteverzuim is lijkt op het eerste gezicht een gemakkelijk te beantwoorden vraag. Men verzuimt, is afwezig wegens ziekte. Maar niet iedereen die van zijn werk afwezig is, verzuimt, behoeft uiterlijk waarneembaar, lichamelijk ziek te zijn.

Ziekteverzuim wordt ook wel eens gedefinieerd als verzuim met een beroep op de Ziektewet.

In toenemende mate constateren huis- en bedrijfsartsen dat bij veel van de hun gepresenteerde klachten psychische problemen een belangrijke rol spelen. Minstens een derde van alle ziektegevallen krijgt een 'psychische' diagnose.

De constatering van de ingrijpende rol van psychische problemen en processen heeft belangrijke consequenties voor de diagnostiek, behandeling en preventie van allerlei klachten en ziektes.

Een strikt medisch verklaringsmodel waarin ziektes uitsluitend aan verstoringen en beschadigingen van het somatische systeem worden toegeschreven, lijkt in vele gevallen ontoereikend en zal aangevuld, zo niet vervangen moeten worden door een bredere visie waarin aan psychosociale variabelen de gepaste plaats wordt toegewezen (Kleber e.a. 1982). Uit een aantal onderzoeken is namelijk gebleken dat (ervaren) stress invloed heeft of kan hebben op het immuuniteitssysteem (bijvoorbeeld Kahn, 1981). Het verschijnsel ziekte kan op verschillende wijzen gedefinieerd worden (de Kool, 1982). Een maatschappelijke definitie van ziekte omschrijft ziek worden als "gedrag waarmee wordt voorkomen dat de capaciteiten van een werknemer op een door het management bepaalde manier worden ingezet". In de praktijk is iemand gezond wanneer zij of hij op haar of zijn maatschappelijke plaats redelijk kan functioneren, en ziek is degene die merkbaar in dat functioneren wordt belemmerd. Gezondheid en ziekte zijn daarmee functies van de eisen die aan een maatschappelijke plaats zijn verbonden, dat wil zeggen dat ze niet zozeer of op zijn minst niet alleen aan het individu worden gedefiniëerd, maar vooral ook door tijd en plaats, en door de normen die daar gelden op dat moment.

In de theorievorming en het denken over ziekteverzuim wordt gewezen op verschillende oorzaken van ziekte als maatschappelijk probleem. Diverse auteurs (Draaisma en Smulders, 1978; Philipsen, 1976; FNV, 1980; VNO/NCW, 1971; Sociale Zaken, 1980) komen daarbij tot verschillende, gedeeltelijk overlappende indelingen.

Hieruit vallen, zij het niet in volgorde van belangrijkheid, de volgende gebieden te onderscheiden (bijvoorbeeld Draaisma & Smulders, 1978 en Allegro, 1982):

- factoren in de algemeen maatschappelijke sfeer;
- factoren in de gezondheidszorg;
- factoren in de wetgeving en de uitvoering van de sociale verzekering;
- factoren in de arbeidsorganisatie;
- factoren in de individuele sfeer.

Ziekte kan -evenals stressgedefiniëerd worden in termen van verstoring van het fysiologisch en/of psycho-sociaal evenwicht. Ziekte is dan de reactie op een (langdurig) verstoord evenwicht.

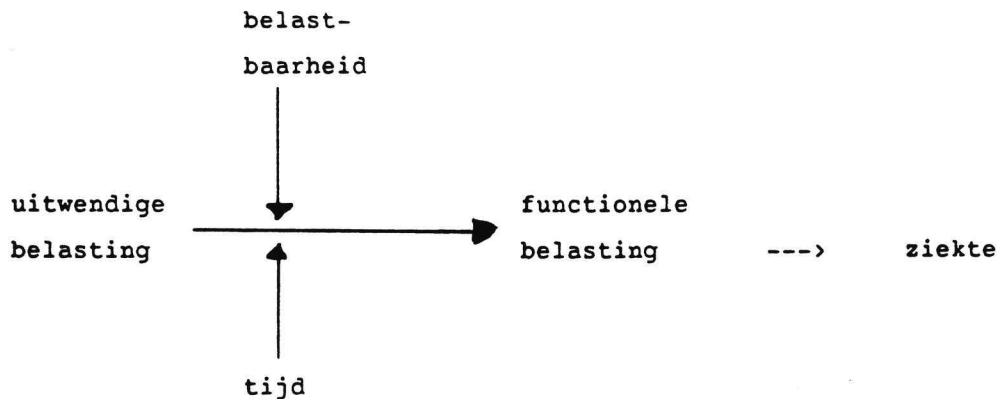
Zeer veel ziekte, van ongelukken met gevolgen tot en met besmettingen, kan mede verklaard worden als verzetsreactie van het lichaam, als beschermende maartregel: het lichaam stelt zich heftig teweer tegen verder 'misbruik'; door ziekte beschermt het zich tegen overbelasting (maar ook: onderbelasting).

Onderzoek naar ziekte en (ziekte)verzuim is onder meer gedaan aan de hand van resp. het belastingsmodel en het beslissingsmodel.

1.2 Het belasting-model

Het arbeids-, bedrijfskundige belastingmodel (Zielhuis, 1974) werd oorspronkelijk ontwikkeld voor onderzoek naar de belasting in het werk door fysische factoren en beschrijft de arbeidssituatie in termen van de eisen die deze aan de capaciteit van de mens stelt. Het model is daarom van belang omdat het een weg opent om de groeiende kennis over belastende, afzonderlijke factoren in en rond het werk te bundelen en van daaruit een zowel sociaal-medische als ergonomische aanpak van ziekteverzuim binnen het bedrijf c.q. organisatie mogelijk te maken.

Figuur 1: Het belastingmodel van Zielhuis en Ettema.



Taken die de mens krijgt opgelegd en de fysieke omgeving waarin ze moeten worden verricht (lawaai, vochtigheidsgraad, temperatuur e.d.) worden in het model aangeduid als de uitwendige belasting, ook wel 'draaglast' genoemd, en uitgedrukt in objectieve maten, zoals bv. de afgelegde weg, het aantal verplaatste kilo's, het aantal decibellen geluid e.d.

Tegenover de draaglast stelt de mens een bepaalde 'draagkracht', belastbaarheid, uit te drukken in functionele maten zoals de maximale spierkracht waarover men beschikt, het uithoudingsvermogen of de informatieverwerkingscapaciteit. De verhouding draaglast-draagkracht bepaalt uiteindelijk de feitelijke inspanning die de mens moet verrichten om die taak in die omgeving uit te voeren. Deze wordt aangeduid als functionele belasting. De mate van functionele belasting, dus de zwaarte van de feitelijke verrichte inspanning, wordt afgemeten aan fysiologische maten zoals de hartfrequentie, bloeddruk, lichaamstemperatuur, zuurstofopname e.d.

Wanneer we afzien van omgevingsfactoren waarvan de invloed altijd schadelijk is zoals giftige stoffen, stelt het model dat in de werksituatie gestreefd moet worden naar een zodanige afstemming van de uitwendige belasting op de individuele belastbaarheid dat een optimale functionele belasting resulteert. Zoveel mogelijk voorkomen dient te worden, dat iemand over- of onderbelast wordt en zich te veel of te weinig moet inspannen. Beide, zowel over- als onderbelasting, zijn nl. in principe schadelijk en hebben op den duur negatieve gevolgen voor de werkprestatie en de gezondheid. De factor tijd speelt hierbij een belangrijke rol. Eénmalige en/of kortdurende over- of onderbelasting zal binnen zekere grenzen geen schadelijke gevolgen hebben; herhaalde of langdurige over- of

onderbelasting echter wel. Omdat die negatieve gevolgen, met name die ten aanzien van gezondheid en welbevinden, zich vaak pas op de lange termijn manifesteren, is het zaak om eventuele over- of onderbelasting in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen; tijdig ingrijpen kan dan erger voorkomen.

Veel overeenkomst hiermee vertonen de modellen met betrekking tot stress en burnout, welke in resp. hoofdstuk 1 en 2 uitvoerig besproken zullen worden. De z.g. 'stress-modellen' kunnen al naar gelang hetgeen men tracht te beschrijven en verklaren fysiologisch (medisch), psychologisch of sociologisch georiënteerd zijn. Stress heeft betrekking op een verstoorde wisselwerking tussen eisen vanuit de omgeving (vergl. belasting) en individuele vermogens en behoeften om deze eisen te verwerken (vergl. belastbaarheid). Burnout is een specifieke vorm van aan werk gerelateerde stress, een configuratie van reacties op stress die zich vooral voordoet bij werkers in de hulpverlenende sector. De hoofdkenmerken zijn emotionele uitputting en negatieve attitudes.

Daar waar in het belasting-belastbaarheidsmodel uitgegaan wordt van feitelijke fysieke belasting, wordt daarnaast in stress-modellen in het algemeen ook de ervaren belasting betrokken. Met deze modellen kan dan verklaard worden, waarom niet iedereen onder dezelfde condities dezelfde reacties vertoont. Daarom zijn bijv. in het (sociologische) z.g. Michigan-model ook persoonlijkheidskenmerken en sociale relaties als medebepalende variabelen opgenomen.

In Nederland is het Michigan-model veelvuldig gebruikt in onderzoek van stress bij personeelsfunctionarissen, verpleegkundigen en middenkaderleden. Zo bleek bijv. de taak van het midden kaderlid vaak zwaar en moest hij tegenstrijdige belangen behartigen. In zijn functie-rolambiguiteit -terwijl ook een zware werkbelasting en slechte relaties met chefs, collega's en ondergeschikten als nadelig werden ervaren. Deze beleving van de situatie zou leiden tot onzekerheid over het eigen werk, irritaties en angsten en vervolgens tot allerlei gezondheidsproblemen als slapeloosheid, hartkloppingen en maagpijnen maar ook tot overmatig roken en eten. Blevende de situatie en de individuele reacties erop ongewijzigd, dan leidden de klachten op den duur tot blijvende verstoringen van de lichamelijke en geestelijke gezondheid (= ziekten) en tot arbeidsongeschiktheid.

Het bestaan van één enkele belastende factor is echter eerder een uitzondering en de meervoudige belasting daarentegen regel. Dit heeft tot consequentie dat wanneer er sprake is van meervoudige belasting men geen al te hoge verwachtingen kan koesteren van het wegnemen of verminderen van één (soort) belastende factor. Het blijft van belang inzicht te verkrijgen in cumulatief en op elkaar inwerkende factoren met betrekking tot de inhoud en de organisatie van het werk, de werkomstandigheden en de werkverhoudingen.

Binnen het belastingsmodel is er enerzijds sprake van een complexe meervoudige belasting en anderzijds van een meervoudige belastbaarheid van werknemers. De kennis met betrekking tot het laatstgenoemde is echter onvoldoende gebundeld. Op individueel niveau vindt men de bekende verschillen tussen jong en oud, man en vrouw en daarnaast elementen als arbeidssatisfactie en persoonlijke inzichten van werknemers. En bij collectiviteiten kan men onderscheid maken naar bijvoorbeeld opleiding en ervaring. Maar bij de beantwoording van vragen omtrent de belastbaarheid van mensen spelen meer dan alleen objectiveerbare elementen een rol. Zeker bij het vaststellen van de grenzen van belastbaarheid komen maatschappelijke visies en morele overwegingen in het geding.

1.3 Verzuimreden en verzuimdrempel: het Beslissingsmodel van Philipsen

Zowel ziekte als ziekteverzuim zijn een uiting van een vaak langdurige keten van gebeurtenissen en processen waar méér dan alleen somatische factoren een rol spelen.

Lang niet elk geval van ziekte leidt tot verzuim, evenmin als elk verzuim geschiedt door ziekte. In veel gevallen heeft de betrokkene, indien er zich gezondheidsklachten voordoen, dan wel meer in het algemeen, zijn/haar grenzen van belastbaarheid overschreden zijn, een zeker vrijheid om zich al of niet ziek te melden en vervolgens al dan niet beter te melden. (Beslissingsmodel van Philipsen, 1969). De vrijheid om daarbij een keuze te maken wordt ruimer naarmate het subjectieve aspect van de 'ziekte' groter is; in dit kader wordt er in de literatuur ook wel gesproken van 'attendance motivation'. Die vrijheid zou groter zijn bij kortdurend verzuim dan bij langduriger ziektes waarbij vaak sprake is van objectief ernstige aandoeningen. Bij de langduriger ziektes valt de aandacht dan op de vrijheid van de werknemer bij het bepalen van het tijdstip waarop hij zijn werk wil hervatten.

De beslissing om te verzuimen wordt dus mede beïnvloed door factoren in de omgeving van de persoon, waaronder de werkomgeving. De termen 'verzuimreden' en 'verzuimdrempel' verwijzen dan niet zozeer naar concrete meetbare verschijnselen, maar doen dienst als handige "verzameltermen" voor een reeks achterliggende factoren. Het idee achter deze termen is dat een verzuimgeval normaliter pas ontstaat als aan die twee voorwaarden wordt voldaan:

1. de 'verzuimreden' (diagnose) heeft betrekking op de aanwezigheid van een belemmering om normaal te kunnen doorwerken.
Die belemmering kan in principe fysiek, psychisch en/of sociaal van aard zijn.
2. de 'verzuimdrempel' geeft het punt aan waarop met betrekking tot de belemmering een zekere duur en intensiteitsgrens overschreden wordt, maar deze wordt eveneens beïnvloed (verhoogd c.q. verlaagd) door de eventuele weerstanden die iemand, gegeven een zekere verzuimreden, ervaart tegen verzuim.
Het betreft hier enerzijds de verzuimbehoefte en anderzijds de verzuimgelegenheid.

Bij de verzuimgelegenheid gaat het om regelingen die min of meer los van de persoon bestaan. Allereerst kunnen formele regelingen rond ziekteverzuim genoemd worden (wachtdagen, inhouding van een deel van het inkomen); in de huidige Nederlandse situatie leggen zulke regelingen echter voor de meesten weinig beperkingen op aan de verzuimgelegenheid (= factoren in de wetgeving en uitvoering van de sociale verzekering).

Maar ook informeel kunnen er sancties op verzuim staan; zowel collega's als superieuren kunnen informeel normen hanteren over welke soorten verzuim wel en niet gerechtvaardigd zijn (factoren in de arbeidsorganisatie en in de algemeen maatschappelijke sfeer). Men spreekt soms van de informele 'verzuimcultuur' van een werkorganisatie (Hill & Trist, 1955). Tenslotte is van groot belang de (on)misbaarheid van de persoon in de organisatie. Indien men weet of vermoedt dat het werk niet of niet adequaat, door anderen kan worden opgevangen, zodat het werk zich alleen maar opstapelt, is er maar een beperkte gelegenheid tot verzuim. (Vergelijk de symptomen van burnout). Deze misbaarheid c.q. vervangbaarheid van personen (= factoren in de individuele sfeer) hangt weer af van diverse kenmerken van het werk en van de eigen taakopvatting.

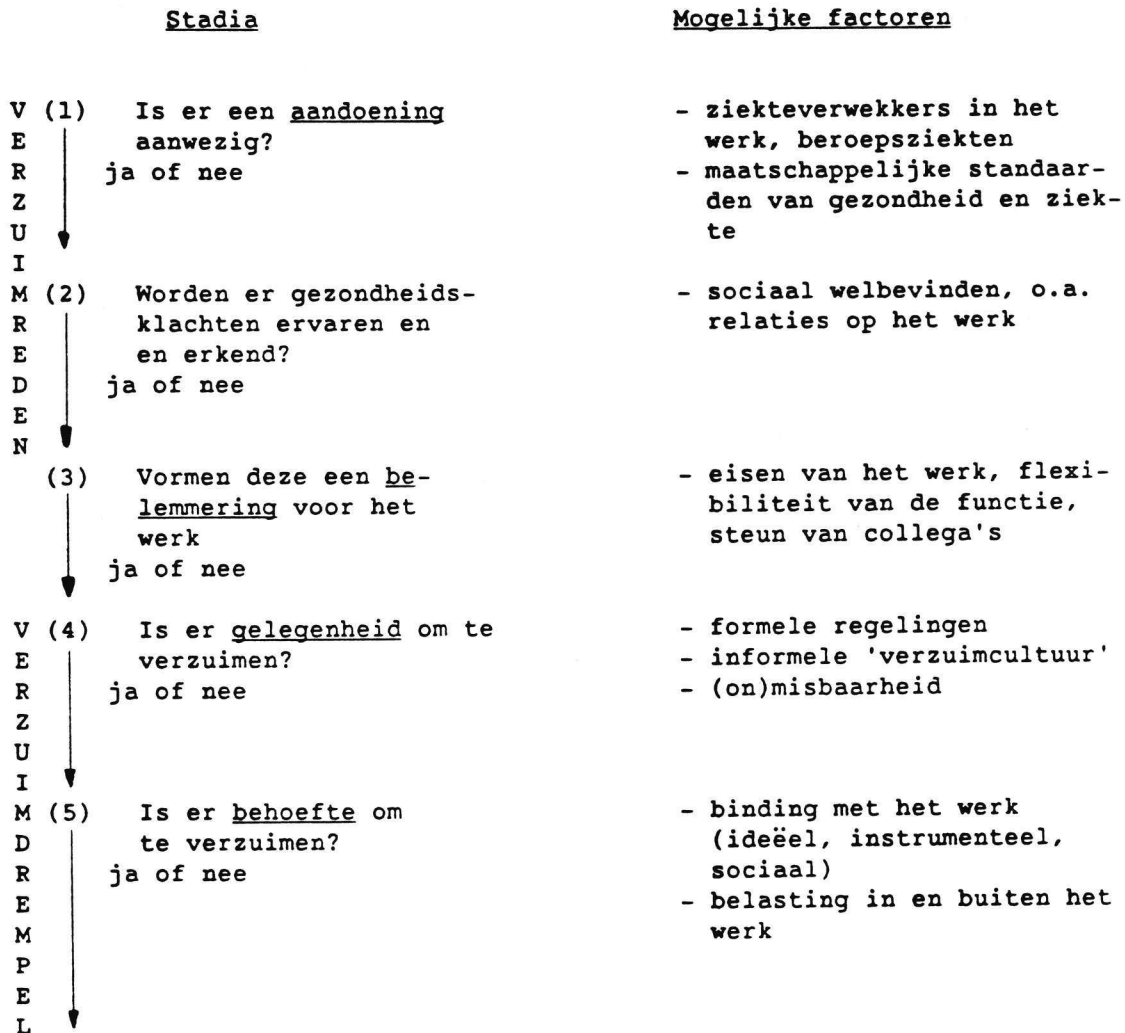
De verzuimbehoefte verwijst vooral naar de subjectieve waardering van het werk (= factoren in de individuele sfeer). Vaak ontmoet men hier de term "binding met werk" (attachment/motivatie) of ook "identificatie met het werk": hoe sterker de binding, hoe hoger de verzuimdrempel.

Aan deze binding zijn drie verschillende aspecten te onderscheiden:

1. de ideële binding: identificatie met de doelstelling van de organisatie
2. de instrumentele binding: identificatie met de inhoud van het werk op zich, en
3. de sociale binding: verstandhouding met collega's en superieuren; binding met de cliënt.

Verzuimreden, verzuimdrempel, verzuimgelegenheid en verzuimbehoefte worden doorgaans opgevat als relevant voor het ontstaan van verzuimgevallen en worden daarom vooral gebruikt ter verklaring van de verzuimfrequentie. In schema 1 wordt het ontstaan van een verzuimgeval weergegeven alsmede bij wijze van illustratie een aantal factoren in de sociaal organisatorische omgeving (o.a. de werksituatie) waarvan het denkbaar zou zijn dat zij in de achtereenvolgende stadia, invloed hebben op het ontstaan van een verzuimgeval. De genoemde factoren zijn slechts bedoeld als voorbeelden: de opsomming pretendeert geen volledigheid, en evenmin staat bij voorbaat vast dat alle genoemde factoren in een gegeven situatie ook een rol spelen. Alleen door middel van empirisch onderzoek is dat vast te stellen.

Schema 1. Het beslissingsmodel van Philipsen (1969). Stadia bij het ontstaan van een verzuimgeval, en voorbeelden van factoren in de context die mogelijk relevant zijn. Ontleend aan Veerman (1982).



START VERZUIMGEVAL

Van essentieel belang voor de duur van verzuim is de vraag of de verzuimreden en/of verzuimdrempel nog actueel is/zijn. Bij herstelmelding worden eveneens een aantal stadia doorlopen: "Mag ik weer geheel/gedeeltelijk werken", "Voel ik me weer tot werk in staat", "Wil ik weer werken", "Kan ik alle taken weer aan of alleen bepaalde", "Word ik bij reïntegratie begeleid door de arbeidsorganisatie (bijvoorbeeld personeelsfunctionaris) of door de BGD? (= sociaal-medische begeleiding).

1.4 Definities en maten

In de literatuur komen veel verschillende definities en maten van verzuim voor. Daar dit de resultaten en onderlinge vergelijkbaarheid kan beïnvloeden zal een en ander (uitvoerig) besproken worden in het rapport met betrekking tot de bronnenstudie (zie Inleiding).

Een aantal soorten van afwezigheid van het werk wordt soms wel, soms niet tot "verzuim" gerekend, bijvoorbeeld zwangerschapsverlof.

Verzuimmaten zijn in twee categorieën in te delen: ten eerste maten die zich op aantallen verzuimgevallen baseren, ten tweede maten waarin vooral de duur van het verzuim een rol speelt.

De eerstgenoemde categorie zijn de frequentiematen. De algehele verzuimfrequentie wordt sterk beïnvloed door de korte verzuimgevallen, die immers het meest voorkomen.

Een nauwkeuriger beeld van verzuimpatronen is te verkrijgen door niet de algehele frequentie te meten, maar te onderscheiden naar de frequenties van bijv. korte en langere verzuimgevallen afzonderlijk.

In tegenstelling tot de frequentie worden het verzuimpercentage en de gemiddelde verzuimduur vooral beïnvloed door de, relatief zeldzame, lange verzuimgevallen. Aan deze maten kleven enkele bezwaren wat betreft vergelijkbaarheid en interpreteerbaarheid. Zo hangen zij mede af van formele regelingen met betrekking tot de maximale ziekteperiode, die naar maatschappelijke sector kan verschillen (= factoren in de wetgeving en uitvoering van sociale verzekering en in de algemeen maatschappelijke sfeer).

Voor alle maten, maar vooral voor verzuimpercentage en gemiddelde verzuimduur, geldt dat zij pas betrouwbaar zijn indien zij gebaseerd zijn op een niet te korte tijdsperiode en een niet te klein aantal personen.

1.5 Ziekteverzuimonderzoek.

Uit het overzicht dat wij gemaakt hebben van het ziekteverzuimonderzoek in de kwartaire sector (p. 19 e.v.) op basis van het werk van Smulders (1984), valt de neiging af te lezen van onderzoekers om steeds slechts een beperkt aantal factoren (variabelen) te bestuderen. Een gunstige uitzondering daarop is bijvoorbeeld het onderzoek van Clark (1975).

In de introductie van onderzoek naar ziekteverzuim merkt Vrooland (1982) op dat "van elke in de maatschappelijke- discussie genoemde factor (in principe) een zekere invloed op het ziekteverzuim is aan te tonen". Dat zou een reden moeten vormen voor een integrale, op meerdere factoren gerichte studie van ziekteverzuim die tekorten van bestaande benaderingen tracht te vermijden.

De voorgaande constatering zou kunnen leiden tot de conclusie dat een omvattende theorie met betrekking tot ziekteverzuim ontbreekt. Het belastingsmodel en beslissingsmodel vormen evenwel een belangrijke aanzet tot theorievorming. Zo'n theorie is noodzakelijk en wenselijk onder andere om richting te geven aan onderzoek naar achtergronden van ziekteverzuim en tevens om de onderzoeksresultaten op hun relevantie te kunnen beoordelen. Wel wordt er vanuit sociaal wetenschappelijke theorieën met betrekking tot arbeidsgedrag en organisatieproblemen, stress en burnout, onderzoek naar ziekteverzuim gedaan. Zo kan ziekteverzuim bijvoorbeeld binnen de arbeidsmotivatie-theorieën geïnterpreteerd worden als ongewenst arbeidsgedrag.

De terughoudendheid van onderzoekers van ziekteverzuim en opdrachtgevers in het algemeen ten aanzien van een integrale benadering van het ziekteverzuim is eventueel begrijpelijk, want je haalt veel overhoop en wat heb je er uiteindelijk aan. Wanneer echter de onderzoeksvraag luidt: "Welke zijn de achtergronden van ziekteverzuim in de gezinsverzorging", lijkt een integrale benadering -binnen de gegeven randvoorwaarden- toch aangewezen. Daartoe dient een onderzoeksmodel voorhanden te zijn of geconstrueerd te worden.

Belangrijk in het kader van deze oriënterende literatuurstudie is de vraag welk onderzoek naar ziekteverzuim in de kwartaire sector is gedaan, welke afhankelijke en onafhankelijke variabelen zijn onderzocht. Met behulp van welke methoden en technieken voor dataverzameling en analyse en tenslotte welke resultaten heeft het onderzoek opgeleverd en wat is de relevantie ervan voor ons onderzoek naar achtergronden van ziekteverzuim in de gezinsverzorging?

Omdat wij ons met betrekking tot het overzicht van ziekteverzuimonderzoek in de kwartaire sector voornamelijk baseren op Smulders (1984), beschikken wij over de volgende gegevens: auteurs, titels, soort onderzoek, onderzoeks- en/of waarnemingsperiode, aantal en soort betrokken werknemers, soort bedrijf en land, onafhankelijke variabelen, afhankelijke variabelen (steeds een verzuimmaat) en het resultaat (verbanden onder andere positief, negatief, significant, niet significant, partiële correlaties). Zie bijlage 1.

De gegevens omtrent methoden en technieken voor dataverzameling en analyse ontbreken in genoemd overzicht. Daarom geven we hierna in 1.5.1 eerst een beschrijving van enkele veel gebruikte onderzoeksmethoden en vervolgens in 1.5.2 de resultaten van ziekteverzuimonderzoek in de kwartaire sector. In 1.6 volgt de samenvatting en de conclusies.

1.5.1 Enkele onderzoeksmethoden

De basis voor ieder onderzoek naar ziekteverzuim wordt in principe gevormd door de notie dat het ziekteverzuimpercentage, -frequentie en/of- duur hoog is en dat het een probleem c.q. bedreiging vormt voor de effectiviteit en efficiëntie van een bedrijf of instelling en tenslotte dat het probleem aangepakt dient te worden.

De systematische verzameling en analyse van gegevens omtrent ziekteverzuim begint met behulp van een zogenaamd ziekteverzuim-registratiesysteem. De (demografische) gegevens waarover men kan beschikken en de verzuimmaten die berekend kunnen worden, zijn afhankelijk van het gekozen registratiesysteem. Helaas is de status van de onderscheiden registratiesystemen niet altijd duidelijk doordat de berekenwijzen of niet vermeld worden of onderling sterk verschillen (zie de bronnenstudie). Omdat we in dit onderzoek voornamelijk uitgaan van het ziekteverzuim-registratiesysteem van de CCOZ, is een overzicht van de daarin opgenomen persoons- en functiekenmerken in bijlage 2 gegeven.

Twee methoden van organisatieonderzoek die onder meer toegepast worden voor de bestudering van ziekteverzuim komen nu hierna aan de orde.

De institutionele- en vragenlijstmethode

Twee manieren van dataverzameling die meestal in het onderzoek van ziekteverzuim gebruikt worden zijn de institutionele- en vragenlijstmethode. Beide methoden hebben zo hun plus- en minpunten.

Met behulp van de vragenlijstmethode kunnen meningen van individuele werknemers over hun werk en organisatie verzameld worden.

De institutionele methode richt zich op één of enkele (sleutel-)informanten die doorgaans in de top van een organisatie zitten; hiermee worden min of meer objectieve feiten geïnventariseerd.

Nijhuis et al (1985) merken naar aanleiding van Sathe (1978) op dat elke benadering in zowel theoretisch als praktisch opzicht zijn sterke en zwakke kanten heeft. De vragenlijstmethode zou 'slechts' subjectieve informatie opleveren. Voorts zijn er ingewikkelde aggregatieproblemen aan verbonden en de kosten relatief hoog. De institutionele methode is daarentegen relatief goedkoop en praktisch. De kritiek (Nijhuis, 1984) op deze methode komt in het algemeen er op neer dat de definiëring van veel variabelen in organisatie-onderzoek niet perfect sluitend is en derhalve tenminste twee bronnen van vertekening oplevert:

- Informanten hanteren bij de beantwoording hun 'eigen referentiekader en geven derhalve hun eigen definitie van de situatie'. Omdat de sleutelinformanten doorgaans posities in de top van een organisatie bekleden, wordt de institutionele methode daarom wel becritiseerd vanwege een gebrek aan ideologische neutraliteit (bijv. Koot, 1980).
- Vanwege beperkingen in de interne communicatie- en informatiestructuur in een organisatie kan het voorkomen, dat sleutelinformanten niet van alles, waarover zij ondervraagd worden, op de hoogte zijn.

Nijhuis et al (1985) hebben aan de hand van empirische resultaten, de beide methoden vergeleken en op hun overeenkomst onderzocht. Zij concluderen dat "beide methoden in redelijke mate convergeren, voor zover zij identiek geoperationaliseerd zijn" en voorts: "Dit geeft ruggesteun aan de veel gebruikte praktijk van het werken met de institutionele methode in vergelijkend organisatie-onderzoek".

1.5.2 Overzicht van ziekteverzuimonderzoek in de kwartaire sector

In bijlage 1 is een volledig overzicht gegeven van auteurs en jaar van onderzoek en onderzochte variabelen met betrekking tot ziekteverzuim in de kwartaire sector. Daarvoor is uitgegaan van het werk van Smulders (1984). Hierna, in tabel 1, volgen de samengevatte conclusies.

VERKLARING VAN VARIABLEN-CODES

Samengevatte konklusies uit de literatuurstudie m.b.t. de kwartaire sector (Smulders, 1974)

N.B. De cijfers tussen haakjes betreffen het aantal vermelde referenties per hoofdgroep of subgroep

Categorie

DE INHOUD VAN HET WERK (23)		V%	VF	VD*
1.1	taakvariatie, afwisseling in het werk (1)	-	.	.
1.2	taakvariatie te zamen met andere taakkenmerken (4)	-/0	-	.
1.3	taakidentiteit, interactie en prestatiefeed-back (2)	0/-	.	.
1.4	vrijheid, autonomie, zelfstandigheid (4)	-/0	.	.
1.5	verantwoordelijkheid (1)	-	.	.
1.6	hiërarchisch niveau in de organisatie (1)	-	.	.
1.7	scholingsraad, opleidingsniveau (5)	0/-/+	-	+/0
1.8	formalisatiegraad van het werk (-)	.	.	.
1.9	a) taak-/rolonduidelijkheid, rolconflict, etcetera (4)	-	0/+	.
1.10	tariefwerk (1)	-	-	-
DE TOTALE ORGANISATIE (6)				
2.1	kenmerken van de organisatie: proces/geautomatiseerd productieproces (-)	.	.	.
2.2	bedrijfs grootte (6)	0/+	0/+	.
FYSIEKE WERKOMSTANDIGHEDEN (-)				
3.1	hinderlijke fysieke werkomstandigheden (-)	.	.	.
VERTIKALE RELATIES (5)				
4.1	leiderschapsvormen: (3) (2)	-/0	-	+/0
4.2	satisfactie met de leiding (1)		0	
4.3	invloed, participatie in beslissingen (1)	0	0	.
4.4	taakstelling (-)	.	.	.

* V% = verzuimpercentage

VF = verzuimfrequentie

VD = verzuimduur

Categorie

HORIZONTALE RELATIES (2)		V%	VF	VD
5.1	satisfactie met kollega's (2)	0	-/0	.
5.2	andere aspecten van de relaties met kollega's (-)	.	.	.
5.3	groeps-/afdelingsgrootte, span of control van de baas (-)	.	.	.
5.4	aantal hiërarchische niveaus (in de afdeling, organisatie) (-)	.	.	.
LOONPROMOTIE (9)				
6.1	salaris/loonhoogte (2)	-/+/0	+/-/0	.
6.2	satisfactie met salaris/loon (4)	0/-	-/0	.
6.3	satisfactie met promotiemogelijkheden (2)	0	0	.
WERKTIJDEN (6)				
7.1	dag/ploegendienst-verschil (2)	-	0	.
7.2	aspecten ploegendienst: morgendienst (1)	.	+	.
7.3	overwerk (-)	.	.	.
7.4	lengte van de werkweek (parttime-fulltime) (2)	0	0/-	0
7.5	invoering variabele werktijden (1)	.	0/-	.
7.6	verkorting van de duur van de werkweek (-)	.	.	.
ZIEKTEWETKONTROLE/FINACIEEL RISICO (5)				
8.1	a)verzuimkontrolle (intensiteit, snelheid) (2)	-	-/0	.
	b)verzekeringsvorm voor de Ziektewet: eigenrisikodragend			
	bedrijf resp. omslaglid	.	.	.
8.2	ziekengelduitkeringen (1)	.	+	.
8.3	wachtdagen (-)	.	.	.
8.4	aanwezigheidspremies (2)	-	.	.

Categorie

KONJUNKTUUR (1)		V%	VF	VD
9.1	bedrijfsprobleem, arbeidsonzekerheid (1)	-	.	.
9.2	werkloosheid in de omgeving (-)	.	.	.
BEGELEIDING (-)				
10.1	sociale en medische begeleiding van en kontakten over/met zieke werknemers (-)	.	.	.
10.2	Wachttijden voor medische behandelingen (-)	.	.	.
DEMOGRAFISCHE PERSOONSVARIABLEN (30)				
11.1	leeftijd (transversale analysewijze) (6)	-/+0	+0	+
11.2	leeftijd (longitudinale analysewijze) (-)	.	.	.
11.3	lengte diensttijd (bij konstanthouding van leeftijd) (7)	0/-/+	+/-	+
11.4	geslacht (mannen, respectievelijk vrouwen (8)	+0	0/+	+
11.5	burgerlijk staat (ongehuwd, respectievelijk gehuwd), mannen vrouwen (6)	0/+	+0	+
11.6	aantal kinderen, mannen en vrouwen samen alleen vrouwen (3)	+0	+0	.
11.7	nationaliteit, buitenlandse werknemer (-)	.	.	.
ANDERE PERSOONSVARIABLEN (4)				
12.1	persoonlijkheidskenmerken (1)		+	.
	a) neuroticisme		+	
	b) introversie/extraversie		+	
	c) 'angst'	-	-	
12.2	waardenoriëntaties t.a.v. de werksituatie (3)	+0/-	.	.
	groeibehoeft in het werk			
12.3	stedelijkheidsgraad vestigingsplaats (-)	.	.	.
	woonplaats (stedelijke mentaliteit)			
12.4	riskante gewoonten (roken,drinken) (-)	.	.	.

Categorie

THUISSITUATIE (5)		V%	VF	VD
13.1	belastende thuissituatie (1)	+	.	.
13.2	vrijetijdsbesteding (3)	-/+/0	0/+/-	.
	a) actief-rekreatieve vrijetijdsbesteding	.	.	.
	b) sportblessures	.	.	.
13.3	woon-werkafstand, reistijd (2)	.	0/+	.
totaal aantal referenties 149.				

1.6 Samenvatting en conclusies

Ziekte en ziekteverzuim zijn geen identieke begrippen. Ziekte kan opgevat worden als belemmering om deel te nemen aan het arbeidsproces. De belemmering kan al dan niet door een geneeskundige bekrachtigd ('certificatied') zijn.

Een strikt medisch verklaringsmodel waarin ziektes louter aan verstoringen en beschadiging in het somatische systeem worden toegeschreven, lijkt in vele gevallen ontoereikend en zal aangevuld, zo niet vervangen moeten worden door een bredere visie waarin aan psychosociale variabelen de geëigende plaats wordt toegewezen (Kleber et al, 1982).

Ziekteverzuim kan gedefinieerd worden als verzuim met een beroep op de Ziektewet. Het komt echter voor dat er verzuimd wordt zonder dat een werknemer ziek is. Dit zal vooral blijken in de verzuimfrequentie.

Behalve factoren in de wetgeving en uitvoering van de sociale verzekeringen, zoals de Ziektewet, die tot uitdrukking kunnen komen in de ziekteverzuimregistratiesystemen, is het ziekteverzuimonderzoek vooral gericht op factoren in de arbeidsorganisatie. Factoren in de persoonlijke sfeer zijn bijvoorbeeld niet of nauwelijks onderzocht.

Het belastingsmodel en het beslissingsmodel vormen de basis voor het meeste ziekteverzuimonderzoek. De twee meest gebruikte onderzoeksmethoden daarbij zijn de zg. institutionele methode en de vragenlijstmethode.

Een omvattende ziekteverzuimtheorie ontbreekt. Deze constatering wordt ondersteund door het feit dat verzuimonderzoek veelal ad hoc geschiedt. De belangstelling van opdrachtgevers/onderzoekers voor slechts een beperkt aantal variabelen blijkt eveneens uit het overzicht van ziekteverzuimonderzoek in de kwartaire sector (zie bijlage 1).

Het voornoemde zou op zich een reden te meer moeten vormen voor een integrale, op meerdere factoren gerichte studie van ziekteverzuim die tekorten van bestaande benaderingen tracht te vermijden.

2 THEORIEËN EN MODELLEN MET BETREKKING TOT 'STRESS'

Volgens het rapport van de International Labour Organisation (ILO) d.d. 17.02.1987 "lijdt één op de vier mensen in de geïndustrialiseerde landen aan psychische stoornissen als gevolg van spanningen op het werk. Emotionele stoornissen veroorzaakt door stress, zijn daarmee tot één van de ernstigste gezondheidsproblemen in de wereld geworden die de economie grote schade berokkenen..... De belangrijkste oorzaken voor psychische stoornissen zijn bovenmatig lawaai tijdens het werk, gevaarlijke werkomstandigheden en te star leiderschap".

In theorieën en modellen van stress wordt getracht een beschrijving, verklaring en voorspelling te geven van interacties tussen individu en (werk)omgeving die kunnen leiden tot ziekte en ziekteverzuim, maar ook tot gezondheid/welzijn en productiviteit.

2.1. Stress, stressoren en stimuli

Het begrip stress is zo'n vijftig jaar geleden door de endocrinoloog Selye, de "vader van de stress", in de medisch biologische wereld geïntroduceerd. Hij ontleende het begrip aan het natuurkundige begrip "stress". Evenwel is de betekenis van stress niet eenduidig doordat het door Selye op onjuiste wijze is "overgenomen". Een natuurkundige definitie van "stress" zou kunnen luiden: "Een toegebrachte kracht- of samenspel van krachten die tijdelijke c.q. blijvende, grote druk op of vervorming van een lichaam (= voorwerp) tot gevolg heeft". De resulterende deformatie van het lichaam of voorwerp wordt "strain" genoemd. Afhankelijk van de materiële eigenschappen van het lichaam, kan na opheffing van de stress de strain geheel/gedeeltelijk na korte/lange tijd weer zijn oorspronkelijke vorm aannemen of blijvende vervorming vertonen. Toen Selye de term in de biologische context plaatste, heeft hij abusievelijk het begrip stress gehanteerd om de reactie van het lichaam aan te duiden: "stress is the non-specificity of a response pattern whose elicitation may be accomplished by a wide variety of agents and situations". De gedachte van de a-specificiteit was nieuw, want in de ziekteleer gaat men er juist van uit dat ziekten altijd een specifieke veroorzaker of verwekker (bacteriën, virussen e.d.) hebben. Binnen de stresstheorie

kunnen dus verschillende oorzakelijke factoren in principe eenzelfde (soort) reactie teweegbrengen en kan eenzelfde oorzakelijke factor verschillende reacties tot gevolg hebben.

Een ander probleem is van semantische aard. Eén van de vele definities van stress luidt: "stress is een mentaal of emotioneel schadelijke of onrust veroorzakende invloed: "distress". In deze definitie, maar ook in het dagelijkse spraakgebruik is de opvatting van stress negatief. Volgens Selye en anderen kan er zowel negatieve, neutrale als positieve stress onderscheiden worden die echter tot verschillende (gemoeds)toestanden van het individu leiden.

Selye heeft later, onder invloed van de kritiek zijn vergissing om de reactie van het lichaam "stress" in plaats van "strain" te noemen, willen rechtzetten door de introductie van de term "stressoren", om de oorzakelijke factoren van stress aan te geven. Dat is echter een compromis waardoor de "stressor" van Selye het equivalent van stress uit de natuurkunde wordt.

Dat compromis van Selye heeft slechts enige navolging gevonden. De meeste onderzoekers en theoretici bleven stress in de medisch-biologische context gebruiken om de oorzakelijke factoren aan te geven, zonder een aparte term te kiezen voor de reactie op stress. Selye en zijn volgelingen konden deze zienswijze niet accepteren. Vandaar dat we hedentendage nog steeds te maken hebben met een situatie waarin zowel oorzaak als gevolg stress genoemd kan worden.

Ten aanzien van het begrip "stressor" kan opgemerkt worden dat niet iedere stressor als oorzakelijke factor, stress of stress-respons tot gevolg hoeft te hebben. Dat is de reden waarom men in de literatuur ook, maar minder frequent de neutrale en juistere aanduiding stimulus uit de Stimulus-Respons (S-R)theorie tegenkomt. De aard, intensiteit en de duur van de stimulus vanuit de omgeving of individu zelf in combinatie met de capaciteiten en gesteldheid van het individu bepalen uiteindelijk of er sprake zal zijn van normale stress, geen stress, acute stress of chronische stress (Cofer en Appley, 1964). De resulterende stress-respons kan zich bijvoorbeeld fysiek, psychologisch, sociaal of als een willekeurige combinatie daarvan manifesteren. Wanneer de stress chronisch is of in het algemeen, wanneer de fysieke en/of psychische reserves gedurende langere

tijd te kort schieten, kan er ziekte van lichaam en/of geest optreden. Door ziekteverzuim wordt vervolgens de gelegenheid tot herstel geboden.

Een overzicht van de verschillende terminologieën is weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 2 Terminologie met betrekking tot stress

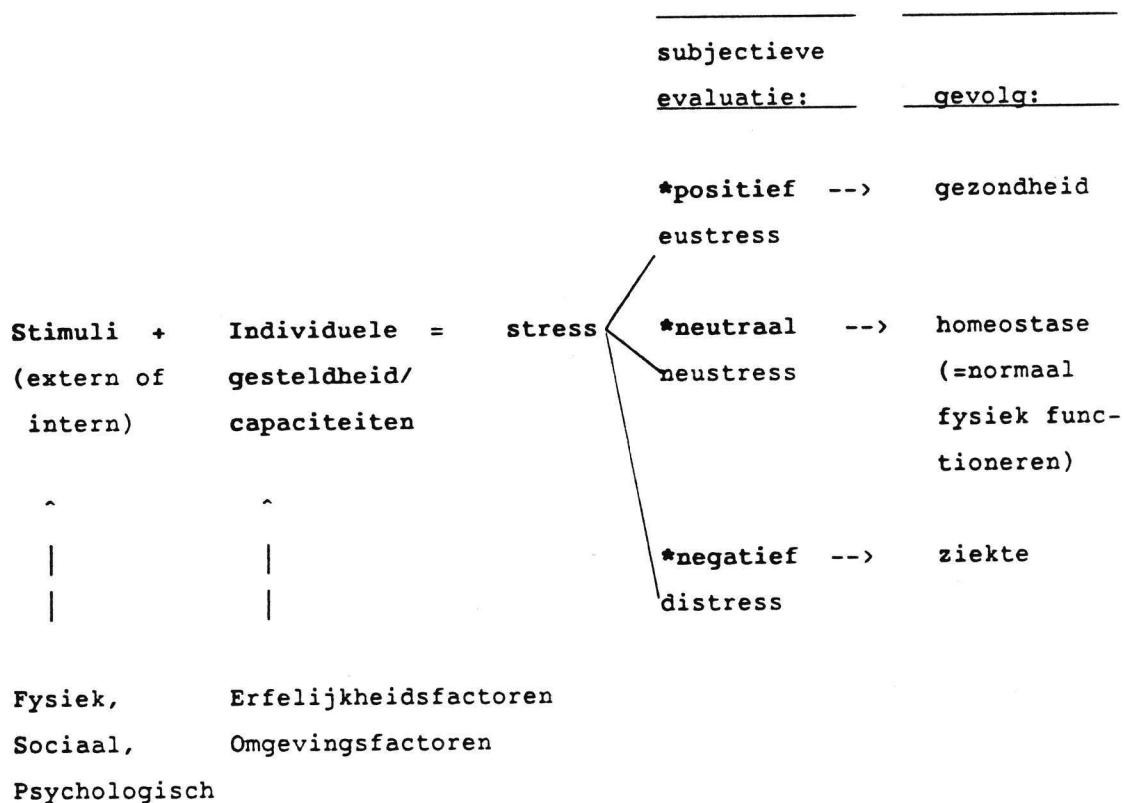
	stimulus	stress hantering	respons
<u>natuurkundige terminologie</u>	stress		strain
<u>fysiologische terminologie</u>			
-medisch-biologische terminologie	stress		strain
-Selye en volgelingen	stressor	algemeen adaptatie systeem	stress of stress- respons
<u>sociologisch/psychologische terminologie</u>			
-Kahn et al. (Michigan-model)	stressor	stress	strain
-Lazarus		coping	
-S-R theoretici	stimulus	S-R compati- biliteit "stress"	respons

Zoals blijkt uit de tabel zijn er naast de natuurkunde globaal drie gebieden waarbinnen men zich met stress en onderzoek ernaar heeft beziggehouden, te weten: de fysiologie, psychologie en sociologie. In dat onderzoek gaat men meestal uit van een beschrijvend en verklarend model dat afhankelijk van het onderzoeksgebied of -gebieden nader gespecificeerd is. Een algemeen vereenvoudigd stressmodel is te vinden in figuur 1. In psychologische stressmodellen kan stress gedefinieerd zijn als:

- a. "Stress" is de emotionele reactie op een voor het individu bedreigende omstandigheid in de werksituatie: een angstige spanning die zich in de mens afspeelt. Die reactie bevat echter een fysiologische en een psychologische component.

- b. "Stress" is een waargenomen, 'ervaren' afwijking tussen eisen en aanpassing. Het gaat daarbij niet om objectieve eisen of aanpassing, maar om de subjectieve evaluatie (bijv. Lazarus, 1976; Cox, 1978).

Figuur 1 Een algemeen, vereenvoudigd stress-model



Stressoren en de stress-reacties daarop zijn in principe onprettig, maar de effecten ervan kunnen positief zijn voor het individu. Deze ervaring kan ertoeleiden dat iemand in de toekomst beter in staat is om met spanningen en onaangename omstandigheden (stress) om te gaan (vgl. 'coping'). Defares (1976) heeft positieve stress (als evaluatie achteraf) omschreven als een activering die het evenwicht in de mens tijdelijk aantast, doch die zinvol is voor zijn latere ontwikkelingen. In termen van ziekteverzuim kan dit betekenen dat alhoewel er een verzuimreden (bijv. oververmoeidheid, uitputting) aanwezig is, de verzuimdrempel tijdelijk 'kunstmatig' verhoogd wordt, doordat op de 'strain' een positieve ervaring ver

wacht wordt, waarna ook de stress-verschijnselen geheel of grotendeels verdwijnen (vergelijk p. 24).

Aan positieve aspecten van stress is in het stressonderzoek uiterst weinig aandacht besteed.

2.2. Stress-hantering of 'coping'.

Stress-hantering of coping is een sleutelbegrip in psychologische stress-modellen en kan in het algemeen omschreven worden als het dynamische aanpassingsproces van het individu aan de eisen van zijn omgeving. In dat proces tussen stimulus en respons hoeven de geestelijke en lichamelijke veranderingen niet noodzakelijkerwijs parallel te lopen, zoals bij Selye het geval is in diens "General Adaptation Syndrome". In alle gevallen dient echter het uiteindelijke resultaat te zijn: het 'aangepast'-zijn van het individu aan de eisen of het onder controle houden van zijn omgeving hetgeen een toestand van -dynamisch- lichamenlijk en geestelijk evenwicht inhoudt. Er is sprake van een strain indien dat evenwicht (veel) meer lichamenlijk en/of geestelijke energie vergt dan de persoon kan leveren. Het uiteindelijke resultaat kan uitputting zijn na bijvoorbeeld herhaalde beleving van min of meer intense (meestal negatieve) stress waarbij sprake is van onvoldoende of geen herstelperiode(n).

Lazarus & Launier (1978, p311) definiëren "Coping" als:

"efforts, both action oriented and intrapsychic, to manage (i.e. master, tolerate, reduce, minimize) environmental and internal demands and conflicts among them which tax or exceed a person's resources". In deze visie verwijst 'stress' naar een interpretatie van een situatie of gebeurtenis als dreigend, frustrerend, of uitdagend.

Lazarus onderscheid twee algemene vormen van stresshantering, die ook van toepassing zijn op o.a. het hanteren van rolspanningen:

- a. probleem-georiënteerd: "cognitie", verstandelijke benadering:
 - aanpak van de oorzaken
- b. emotie-regulerend:
 - reguleren van de emotionele gevolgen van een verstoorde relatie tussen individu en omgeving.
 - Bijv. rolconflicten mijden, bagatelliseren van de spanningen, afleidingen zoeken!

Uit onderzoek van Burke en Weir (1980) blijkt hoezeer de wijze van het omgaan met spanningen (stress) afhankelijk is van de specifieke kenmerken van de context: in de ene situatie is een bepaalde methode wel bruikbaar en in een andere situatie juist niet. Andere onderzoekers (Folkman en Lazarus 1980; Ilfeld 1980) constateren dat er om voornoemde reden maar weinig individuele consistentie bestaat in stresshantering. Voorts blijkt uit meerdere situaties het cruciale belang van sociale ondersteuning vanuit werk- en thuissituatie in het individuele aanpassingsproces.

Strains als gevolg van prestaties en uitvoeringseisen op een voor de betrokkenen te laag niveau (of te hoog niveau) dragen waarschijnlijk in belangrijke mate bij tot een snel toenemend ziekteverzuim (absenteïsme) en verzoeken om sociale uitkeringen. Aan dat ziekteverzuim liggen vaak vage, emotionele klachten over stress in de dagelijkse leef- en werksituatie ten grondslag (cf. Mackay & Cox, 1979)

2.3 Respons: Stress-reacties en strains

Evenals de stressoren (stimuli) kunnen de reacties op stress ingedeeld worden in fysieke (fysiologische), sociale (gedragmatige) en psychologische (affectieve/cognitieve).

Strains zijn de tijdelijke (vaak negatieve) aanpassingsreacties van de persoon op stress. Wanneer de strain te lang aanhoudt of chronische vormen gaat aannemen, kunnen de lichamelijke/geestelijke reserves uitgeput raken en kunnen ziekte, ongevallen en dergelijke het gevolg ervan zijn.

2.4 Drie belangrijke stress-modellen

Stress kan fysiologisch, psychologisch en/of sociologisch van aard zijn. Al naar gelang het onderzoeksobject kan men uitgaan van een fysiologisch stress-model, psychologisch stress-model of sociologisch stress-model, dan wel een combinatie van stressmodellen.

Hierna geven we een beknopte beschrijving van de drie modellen.

2.4.1 Fysiologisch stress-model

Selye (1936) beschreef hoe de inwerking van uiteenlopende schadelijke prikkels ('stressoren'), bij mens en dier steeds eenzelfde, typerend patroon van reacties tot gevolg heeft. De opgeroepen fysiologische reacties stellen het organisme in zijn geheel in staat zich te verdedigen tegen schadelijke prikkels en zich aan te passen aan de omstandigheden.

De (algemene) fysiologische reacties vormen tezamen de toestand van stress en de observeerbare manifestatie van stress, de aanpassing aan de omstandigheden, noemde Selye het 'General Adaption Syndrome' (GAS). Er werd daarbij voortgebouwd op het werk van de fysioloog Cannon die homeostase, dat wil zeggen het handhaven van evenwicht en stabiliteit in het lichaam onder veranderde omstandigheden als het meest fundamentele kenmerk van levende wezens beschouwde. Dat principe komt tot uitdrukking in het 'vechten of vluchten'-fenomeen, dat wil zeggen een organisme mobiliseert in een bedreigende situatie al zijn krachten en middelen om zich te handhaven (het natuurlijke overlevingsinstinct).

Het GAS, dat de algemene reactie van het individu op een stressor inhoudt, bestaat uit drie fasen.

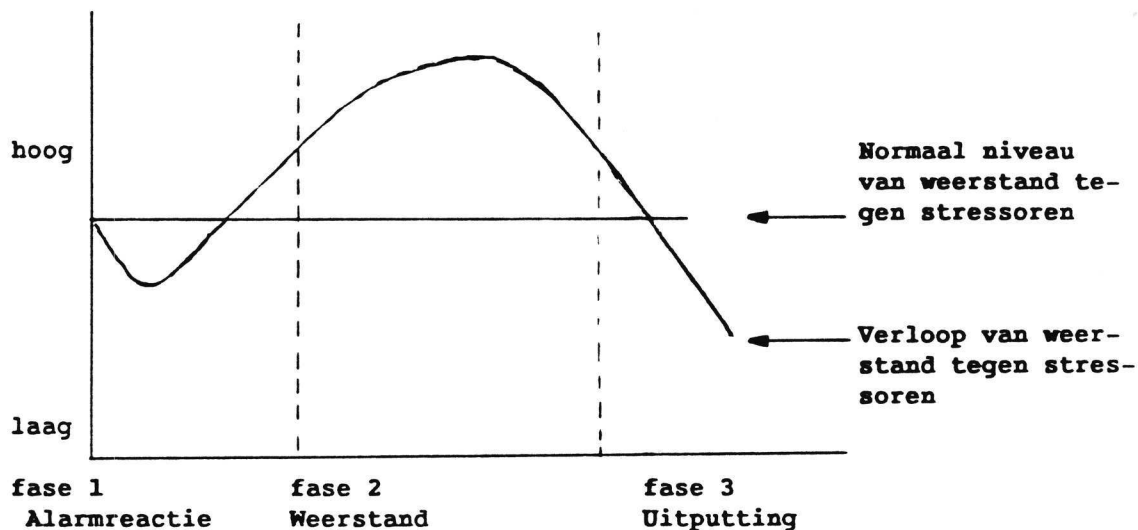
In de alarmfase treedt er een algehele mobilisatie van afweerkrachten van het individu op, waarbij sprake is van een uiterst gecompliceerd geheel van hormonale, chemische en organische veranderingen. Het lichaam bereidt zich voor op vechten of vluchten. De geestelijke veranderingen lopen parallel aan de lichamelijke (fysiologische). Men is plotseling 'wakker' en alert.

De alarmfase duurt meestal kort. Het lichaam past zich aan en komt in de tweede fase terecht, de fase van weerstand.

Wanneer de geboden weerstand effectief is, nemen de verschijnselen in intensiteit af en ontstaat er een nieuw evenwicht.

Indien het organisme lange tijd geconfronteert blijft met een ernstige stressor en niet naar een evenwichtstoestand kan terugkeren, bereikt het uiteindelijk het derde stadium, de uitputtingsfase. De energie is uitgeput geraakt en de lichamelijke (en geestelijke) weerstand wordt gebroken, hetgeen tot uitdrukking komt in fysiologische, psychologische of gedragsmatige stress responses (= stress-symptomen), waarop ziekte kan volgen. Indien er geen herstel van het evenwicht optreedt, kunnen de symptomen van de alarmfase opnieuw zich voordoen (accumulatie), zij het dat deze niet meer omkeerbaar zijn. Het evenwicht is dan ernstig verstoord en tenslotte volgt de dood erop (zie fig. 2).

fig. 2 Het algemeen Adaptatiesyndroom volgens Selye



2.4.2 Psychologisch stress-model

Het psychologisch stress-model van Lazarus (1966) beschrijft de psychologische processen die een rol spelen bij het waarnemen en bij het verwerken van spanningen en emotionele ervaringen.

Op de waarneming van een stimulus volgt altijd direct een interpretatie, een (primaire) 'appraisal', dit is een -bewuste- of onbewuste- inschatting van een situatie of betekenis en relevantie voor het individu (Neisser, 1976).

Gebeurtenissen en omstandigheden, in casu de stimuli hebben niet steeds voor iedereen dezelfde 'gevoelswaarde'.

Een situatie die de één als levensbedreigend ervaart, vormt voor de ander misschien slechts een uitdaging. Indien het individu zich in eniger mate -bewust of onbewust- bedreigd voelt, dan kunnen er op een gegeven moment, dat afhankelijk is van de aard, intensiteit, frequentie, accumulatie en de duur van de bedreiging, stress-verschijnselen optreden (Silverman, 1970). Daarvoor moet dan een oplossing gezocht worden. Het proces van stress-reductie wordt 'coping' of stress-hantering genoemd. Reeds wanneer individuen het gevoel hebben controle te kunnen uitoefenen op situaties treden er aanmerkelijk minder spanningen en problemen op (Glass en Singer, 1972). In het algemeen kan stress-hantering omschreven worden als het dynamische aanpassingsproces van het individu aan de eisen van zijn omgeving. Dit proces is een functie van de eerdere ervaringen met soortgelijke situaties, het beeld dat het individu van zichzelf heeft en de

beschikbaarheid van middelen om de stress de baas te kunnen (zie Lazarus & Launier, 1978). Reeds door op een bepaalde wijze met stress om te gaan, verandert een persoon de relatie tussen zichzelf en zijn omgeving.

Het uiteindelijke resultaat van dat aanpassingsproces dient te zijn: het aangepast-zijn, met andere woorden een toestand van dynamisch, lichamelijk en geestelijk, evenwicht. Indien de aanpassing mislukt, kunnen zogenaamde aanpassingsziekten (vgl. Selye) het gevolg ervan zijn.

Lazarus (1978) onderscheidt, zoals we eerder zagen, twee algemene vormen van stress-hantering: probleem-geöriënteerd en emotie-regulerend. Binnen elk van de twee genoemde categorieën kan verder gedifferentieerd worden naar vier verschillende wijzen van hanteren. De volgende beschrijving is ontleend aan Kleber (1982).

- a. Directe actie. Hierna volgen een paar voorbeelden. Iemand met spanningen in het werk verandert van werkring of reguleert zijn emoties door zich bezig te houden met hobbies. Iemand in een overvolle ruimte reageert met agressie of juist met het vermijden van elk contact.
- b. Het verwerven van informatie. Informatie kan een basis vormen voor een verandering in het probleem (wat moet er worden veranderd, hoe kan ik de situatie anders interpreteren?). Informatie kan ook tot minder spanningen en onaangename emoties leiden, wanneer iemand alleen die informatie vergaart die hij graag wil vernemen (Janis, 1958), zoals bijv. voorkomt bij mensen die alcoholist dreigen te worden; alleen die informatie die het probleem bagatelliseert, wordt bekeken.
- c. Intrapsychische verwerking. Hiertoe behoren alle cognitieve processen die erop gericht zijn emoties te reguleren en iemand zich beter te laten voelen.

Voorbeelden zijn het vermijden van het denken over iets onaangenaams, het trachten de situatie op een andere wijze te bekijken, het ontkennen van een dreigende omstandigheid, etc.

Hieronder vallen ook de defensiemechanismen (verdringing, ontkenning, sublimatie, rationalisatie, etc.), zoals ze door Freud al zijn beschreven.

In de moderne literatuur worden aldus ook deze mechanismen tot 'coping' gerekend, ofschoon een auteur als Mechanic (1962, 1974) deze laatste term wil beperken tot actieve probleem-georiënteerde stress-hantering.

Bovengenoemde intrapsychische verwerkingsmechanismen kunnen soms zeer

zinnig zijn, indien directe actie om een of andere reden (een overweldigende gebeurtenis, een omgeving met strenge voorschriften en weinig ruimte voor individuele activiteiten) moeilijk of onmogelijk is. Zo zijn er talrijke aanwijzingen dat een ontkenning direct na bijv. het vernemen van een zeer ernstig bericht als een ongeneeslijke ziekte op zich positief kan zijn. De verwarde persoon krijgt door deze tijdelijke ontkenning de tijd om zich aan te passen aan de ingrijpend veranderde situatie en de implicaties ervan te beseffen (zie Roskies en Lazarus, 1980).

Lazarus wijst erop, dat intrapsychische verwerking ook probleemgeoriënteerd (instrumenteel) kan zijn, zoals in het geval van een student die op deze wijze zijn angsten doet afnemen en zich meer zelfverzekerd voelt om een examen te behalen. Het zal echter duidelijk zijn dat intrapsychische verwerking meestal eerder emotie-regulerend zal zijn, terwijl directe actie vaker probleem-georiënteerd is.

- d. Inactiviteit. Soms kan een individu op geen enkele wijze de situatie het hoofd bieden, omdat de gevaren van de situatie, de maatschappelijke normen, of zijn eigen tekortschietende vaardigheden hem geen ruimte geven. Hij vervalt in een toestand van apathie. Overigens onderneemt een mens in een onaangename situatie bijna altijd wel een of ander activiteit al was het maar door troost te zoeken in allerlei afleidingen, zodat het de vraag is of een dergelijke inactiviteit vaak optreedt.

2.4.3 "Sociologisch" stress-model

Uit het stress-model van de Michigan-groep (French & Kahn, 1962) wordt vooral de sociale omgeving bestudeerd en de rol die de persoon vervult in de organisatie. Met behulp van het model waarin de roltheorie een centrale plaats inneemt, kan het probleem van gebrekkige afstemming tussen persoon en sociale omgeving worden beschreven en wordt getracht de beroeps- of rolgerelateerde verschillen in gezondheid en ziekte te verklaren. De drie belangrijkste begrippen daaruit zijn: rolconflict, rolambigüiteit (-onduidelijkheid) en roloverlading (rolbelasting) (van Dijkhuizen & Winnubst, 1986).

Rolconflict kan omschreven worden als de situatie waarin de roldrager (bijv. de helpende/verzorgende in de gezinszorg) voor een keuzeprobleem staat, omdat het voldoen aan een bepaalde rolverwachting of rolopvatting

(bijv. die van werkster), het voldoen aan een andere (bijv. die van verzorgende/begeleidende van de cliënt) bemoeilijkt of uitsluit.

De term rolonduidelijkheid wordt gebruikt wanneer het de roldrager ontbreekt aan heldere informatie over de verwachtingen of de eigen opvattingen die verbonden zijn met zijn/haar rol; de term roloverlading wordt gehanteerd wanneer een persoon niet kan voldoen aan rolverwachtingen en/of rolopvattingen omdat hem/haar de tijd ontbreekt (= kwantitatieve roloverlading), of omdat hij/zij de externe voorzieningen mist of de persoonlijke capaciteiten er niet voor heeft (= kwalitatieve roloverlading).

Wanneer een bepaalde druk vanuit de werkomgeving op een persoon wordt uitgeoefend, uit dat zich in belevingen zoals overbelasting of onduidelijkheid over zijn bezigheden en verantwoordelijkheden.

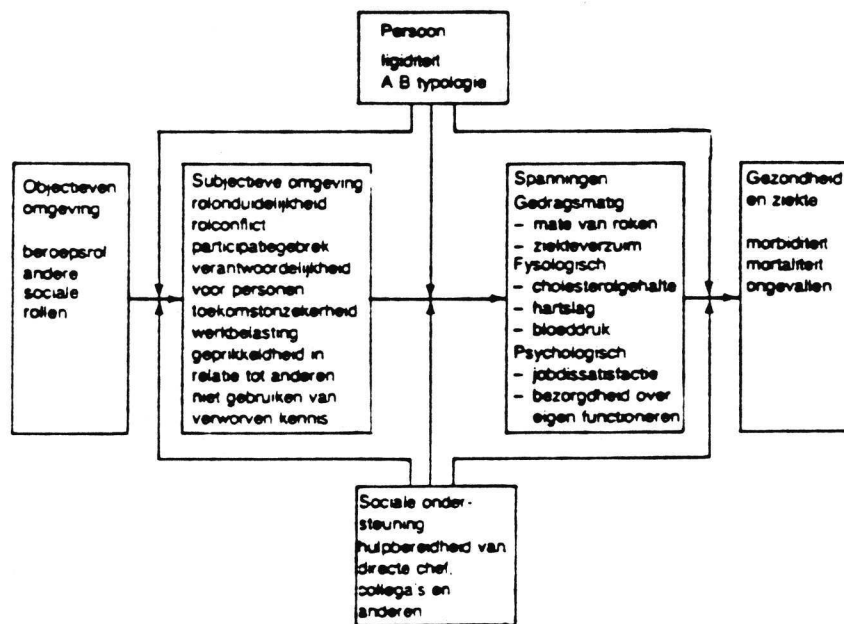
Uitgangspunt is ook in dit model dat niet iedereen onder dezelfde condities dezelfde reacties vertoont. Daarom zijn hier bovendien persoonlijkheidskenmerken en sociale relaties als medebepalende variabelen opgenomen.

Het Michigan-model bestaat uit zes groepen variabelen.

De eerste groep variabelen betreft de objectieve omgeving, dat wil zeggen de omgeving zoals die bestaat onafhankelijk van degene die haar waarneemt. In het werk van de Michigan-groep wordt vooral de sociale omgeving bestudeerd. Het centrale begrip daarbij is de rol, die de persoon vervult in de organisatie.

De tweede groep betreft de subjectieve waarneming van de werkomgeving. Er wordt dan getracht om de globale omgevingsbegrippen te differentiëren in meer precieze concepten zoals rolconflict, rolonduidelijkheid en rolbelasting. Meestal worden deze begrippen gemeten door middel van vragenlijsten of interviews bij personen in de betreffende organisatie. De derde groep variabelen geldt het geheel van individuele reacties op een stressvolle omgeving; zij worden strains genoemd. Het gaat om symptomen van spanningen: waarneembare fysiologische, psychologische en gedragsmatige reacties op stressoren. De vierde groep wordt gevormd door de consequenties van de strains: ziekten.

Figuur 3: Het Michigan-model



In het model zijn nog twee andere categorieën variabelen opgenomen te weten de persoonlijkheid en de sociale ondersteuning. Deze worden conditionerende variabelen genoemd omdat een bepaald organisatie-aspect slechts dan spanningen en klachten veroorzaakt, wanneer een persoon een bepaalde persoonlijkheidseigenschap bezit of weining steun van zijn chef of collega's ondervindt (Kahn, 1970).

Stressonderzoek moet volgens de relaties tussen deze zes groepen variabelen geschieden; de gehele stress-keten moet geanalyseerd worden om spanningen in en rondom het werk te begrijpen.

2.5 Stress en ziekte

Het verband tussen psychosociale factoren en (on)gezondheid is een onderwerp dat de laatste jaren sterk in de belangstelling staat (Stone, Cohen en Adler, 1979). Het besef groeit, dat het optreden van gezondheidsproblemen alleen adequaat te verklaren is wanneer bevindingen uit biologie, geneeskunde en sociale wetenschappen worden geïntegreerd.

Reeds talrijke onderzoeken hebben aangetoond dat stress-verschijnselen, zoals overbelasting, ingrijpende gebeurtenissen en een jachtige vorm van leven, samenhangen met uiteenlopende lichamelijke en psychische gezondheidsstoornissen, zowel in hun ontstaan als in hun verloop (Cohen, 1979; Kajan en Levi, 1974; Steptoe, 1980).

2.5.1

In de literatuur over stress en ziekte zijn een drietal visies op de relaties tussen psychosociale stoornissen en gezondheidsproblemen te onderscheiden. Deze visies blijven echter meestal impliciet (Kleber, 1982). Cohen (1979) heeft getracht het onderzoeksgebied stress en ziekte te ordenen. Deze visies zijn:

1. De oudere specificiteitsgedachte, waarin een specifieke relatie tussen een psychosociale variabele zoals een persoonlijkheidskenmerk, en een bepaalde ziekte wordt verondersteld.
2. De 'general susceptibility'-visie waarin sociale en psychische factoren worden geacht de algemene vatbaarheid voor gezondheidsproblemen te verhogen.
3. De moderne specificiteitsgedachte, waarin een bepaalde ziekte wordt gezien als het resultaat van een aantal op elkaar inwerkende specifieke factoren (zoals de variabelen in de stress-keten).

Deze drie optieken hebben onderscheidende implicaties voor de te onderzoeken vraagstellingen en hypothesen.

De derde visie, de moderne specificiteitsgedachte, verenigt elementen van de traditionele specificiteitsvisie in de psychosomatiek en van de gedachte van algemene kwetsbaarheid.

Lazarus en collegae (Lazarus, Cohen, Folkman, Kanner en Schaefer, 1980) stellen dat de waarneming van een stressor, de aard van de stress-reacties en de wijze waarop een individu zich aanpast, wel degelijk het uiteindelijke gevolg mede bepalen. Ook in de Michigan-benadering wordt ervan uitgegaan dat alleen tezamen de (stress)variabelen uit het betreffende model, ziekte en gezondheid begrijpelijk kunnen maken. Terwijl de generalisten het voorkomen van ziekte en deze ziekte verklaren door factoren buiten het stress-gebeuren, analyseren Lazarus en andere aanhangers van de moderne specificiteitsgedachte dit juist door diverse factoren in het stress-gebeuren erbij te betrekken. Psychologische en fysiologische intermediaire processen achten zij van groot belang. Verschillende lichamelijke en psychische reacties zijn het resultaat van verschillende percepties, emoties en 'coping'-mechanismen.

In plaats van onderzoek waarbij slechts de relatie tussen één psychosociale variabele en één gezondheidsprobleem wordt bekeken, acht Cassel (1974) het zinvoller om:

1. alle aandoeningen te onderzoeken, die samenhangen met de aanwezigheid van een stressor;
2. een groep mensen te bestuderen, waarvan men op basis van hun psychosociale achtergrond weet, dat ze een verhoogd risico op gezondheidsproblemen lopen (bijvoorbeeld de werkers in de hulpverlenende sector) en vervolgens de rol van psychosociale stressoren in het optreden van gezondheidsstoornissen te achterhalen.

2.5.2 Stress-creërende omstandigheden en ziekte

Het verband tussen zeer ingrijpende gebeurtenissen (zoals stressful life events, oorlogssituaties) en het ontstaan van ziekte is het meest duidelijk.

Werkbelasting is een voorbeeld van een langdurige weinig intensieve stressor die op den duur een duidelijke invloed kan hebben op de gezondheid. Het optreden van hart- en vaatziekten, de voornaamste doodsoorzaak

in de Westerse wereld, blijkt in veel onderzoek samen te hangen met diverse vormen van werkbelasting.

Zo kwam bijvoorbeeld in het onderzoek van de Michigan-groep (zie Kasl, 1978) naar voren dat de kwantitatieve werkbelasting (veel werk) voornamelijk met risicofactoren voor cardiovasculaire ziekten was verbonden, terwijl kwalitatieve werkbelasting (moeilijke taken) was gerelateerd aan psychische problemen.

Dat stress veroorzakende omstandigheden met ziekte samenhangen, lijkt duidelijk te zijn aangetoond. Cultuurverandering, werkbelasting en andere stressoren vereisen aanpassing van het individu dat slechts met een verhoogde inzet van krachten de situatie aankan ('coping').

2.5.3 Preventieve en/of correctieve maatregelen t.a.v. stress

Stress-hantering kan op individueel en collectief niveau plaatshebben. Aan stress-hantering op andere niveaus dan het individuele is in het algemeen minder aandacht besteed. De stresshantering op collectief niveau worden niet altijd expliciet als stress-hantering aangeduid. Bij stress-hantering op groepsniveau dient vooral te worden gedacht aan het bevorderen van goede sociale verhoudingen bijvoorbeeld door trainingen in assertiviteit en communicatievaardigheden, maar ook door zogenaamde zelfhulpgroepen waarin mensen met gelijke probleem bij elkaar komen en trachten de spanningen te verbeteren door erover te praten.

Een overzicht van stress-hantering op organisatieniveau is gegeven door Newman en Beehr (1979). Een soortgelijk overzicht is ook te vinden in bijlage 3.

Binnen organisatorische stress-hantering zijn twee vormen te onderscheiden:

1. Strategieën gericht op verandering van de organisatiekenmerken. Voorbeelden zijn: verandering van organisatiestructuur (bijvoorbeeld meer decentralisatie), verandering van selectie en training van werknemers, verbetering van communicatie en informatie, verandering van de wijze van beloning van het werk, ontwikkeling van de werksituatie, verbetering van de fysische werkomstandigheden.
2. Strategieën gericht op verandering van de kenmerken van een functie en/of taak in een organisatie.

Wanneer stress-reacties teweeg worden gebracht door aspecten van een specifieke taak of functie, dan zijn voorbeelden van mogelijke veran-

deringen: het verminderen van overbelasting door werkverdeling, wijziging van de rol van de betreffende persoon, afstemming van het werk op individuele vaardigheden en voorkeuren, ontwikkeling van trainingsprogramma's, loopbaanbegeleiding en medebeslissingsrecht.

In de Michigan-groep wordt in dit verband vooral belang gehecht aan de diagnose. Welke strategie gehanteerd kan worden, moet worden beslist op basis van identificatie van de stressoren en stress-reacties door middel van de stress-optiek van deze groep. Indien bijvoorbeeld uit onderzoek blijkt, dat de strains werden gecreëerd door gebrek aan kwalificatie (opleiding) of door psychische werkoverbelasting, dan kunnen deze problemen gericht worden veranderd.

Eigenlijk behoren tot stress- hantering op organisatieniveau bijna alle strategieën die uit de arbeids- en organisatiepsychologie en verwante disciplines stammen en die zijn toegespitst op humanisering van de arbeid. Caplan en collega's (1975) hebben een kort overzicht van een reeks studies over werkhumaniseringsprogramma's samengesteld. Meestal bleken deze programma's succes te hebben in het verhogen van werksatisfactie, werkprestaties en dergelijke. Maar in geen van de in totaal 34 humaniseringsexperimenten kan daadwerkelijk worden aangetoond, dat ze ook ziekten verminderen en de lichamelijke gezondheid bevorderen.

Stress-hantering heeft maatschappelijke implicaties. Discrepanties tussen eisen waaraan een individu moet voldoen en de middelen waarover hij beschikt, hebben te maken met machtsverhoudingen (zie Mechanic, 1974). Werkroulering, loopbaanbegeleiding en meditatie kunnen deze omstandigheden vaak niet veranderen. Daarom zijn structurele veranderingen op maatschappelijk niveau en politieke beslissingen noodzakelijk. Op dit terrein wordt echter weinig vermeld in de literatuur over stress-hantering, die immers vooral op de individuele technieken is georiënteerd.

Het op grote schaal verbeteren van bedreigende of belastende omstandigheden kan ook via verspreiding van kennis plaatsvinden. Informatie kan worden verschaft over welke stress-reacties er zijn en welke oorzaken deze kunnen hebben, zodat mensen de verschijnselen in en rondom zichzelf kunnen herkennen. Informatie over bepaald gedrag en de omstandigheden waarin het optreedt, kan iemand duidelijk maken dat hij op een bepaalde wijze reageert, die riskant is voor zijn eigen gezondheid.

Op individueel niveau zijn er de 'coping techniques' (zie 2.2), maar is er ook (psycho)therapie (zie bijlage 3).

3 BURNOUT

Burnout is een relatief nieuw begrip op het gebied van de psychologische stress dat in de afgelopen jaren bijzonder veel aandacht gekregen heeft als afzonderlijke 'strain' (Farber, 1983; Jones, 1981; Paine, 1982).

De term 'burnout' werd in 1974 door Freudemberger geïntroduceerd. Hij beschreef burnout als een toestand die zich lichamelijk en gedragsmatig manifesteert. Fysieke symptomen zijn onder andere uitputting, vermoeidheid, verkoudheid, hoofdpijn, spijsverteringsstoornissen en slapeloosheid. Gedragssymptomen zijn onder andere snel geïrriteerd, boosheid, huilen, achterdocht, zelfoverschatting, rigiditeit, cynisme, in vrije tijd werken, alcoholisme, veel roken. Dat zijn ook de symptomen die gewoonlijk in verband gebracht worden met 'stress'.

Burnout kan ook omschreven worden als een toestand van emotionele uitputting door ontoereikendheid van de lichamelijke en geestelijke inspanningen (vgl. coping).

Burnout als fenomeen doet zich vooral voor in de hulp- en dienstverlenende sector, waar de eisen van de omgeving aan de hulp- c.q. dienstverlener vrijwel constant (zeer) hoog zijn. Er is in Amerika al veel onderzoek naar 'burnout' gedaan aan de hand van het door Maslach & Jackson ontwikkelde meetinstrument, de Maslach Burnout Inventory (zie bijlage 4). Burnout wordt in de Amerikaanse stress- en verzuimliteratuur van groot belang geacht om het grote verloop, het hoge (ziekte-) verzuim en, het grote aantal 'psychische'-diagnosen voor bepaalde beroepsgroepen te kunnen verklaren. Door vroegtijdig signaleren met behulp van de Burnout Inventory kunnen er preventieve of correctieve maatregelen getroffen worden, want de betrokkenen zelf is soms de laatste die de symptomen van burnout herkent en dan kan het letterlijk te laat zijn.

In het onderzoek naar stress hebben de 'critical life events' (Holmes & Rahe, 1967) tot nu toe centraal gestaan en de chronische, dagelijkse stress bijvoorbeeld niet (Lazarus, 1984; Lazarus & Cohen, 1977). Deze chronische stress, die een integraal deel uitmaakt van werk en leven van de meeste mensen is juist de essentie van iedere definitie van burnout. Raakvlakken liggen onder andere op het gebied van de organisatietheorie

(bijv. satisfactie) en beroeps-stress (bijv. rolconflict). De reikwijdte ligt echter verder: "it (burnout) goes beyond focussing on specific stresses in the work place to emphasizing total life and environmental pressures that affect the individual's well-being" (Etzion & Pines, 1986).

Enkele belangrijke definities van burnout zijn die van Maslach (1977) en Pines & Aronson (1981).

Maslach (1977) definieert 'burnout' als volgt: "burnout is a syndrome of emotional exhaustion and cynism that occurs frequently among individuals who do 'people - work' of some kind".

Aan 'burnout' zitten een aantal aspecten:

- a. toegenomen gevoel van emotionele uitputting;
- b. men ontwikkelt negatieve, cynische attitudes en gevoelens ten opzichte van zijn cliënten en dergelijke;
- c. de neiging om zichzelf negatief te beoordelen, in het bijzonder in relatie tot het werk.

Dezelfde Maslach heeft samen met Jackson de Maslach Burnout Inventory ontwikkeld om het construct 'burnout' te meten. De literatuur meldt betrouwbaarheid en validiteit van het meetinstrument.

De definitie die Pines & Aronson (1981) geven, luidt: "Burnout is a state of physical, emotional and mental (i.e. cognitive) exhaustion that results from long-term involvement with people in situations that are emotionally demanding".

Samengevat hebben de symptomen van burnout betrekking op zowel fysieke en emotionele aspecten, als op attitudes. De meeste slachtoffers reageren op de eerste vermoeidheidstekenen met een verhoogde activiteit, en functioneren aanvankelijk op een zeer hoog niveau. Daarom lijkt het beeld van 'opbranden' goed gekozen: alvorens definitief uit te doven zien we nog enige opflakkingen van versterkte activiteit. Het type persoon dat het meest kwetsbaar is voor burnout, is zeer productief, heeft een hoog energieniveau, hooggestemde idealen en verwachtingen. Mensen in de hulpverlening willen anderen helpen, soms ten koste van de eigen gezondheid. Sommigen onder hen baseren hun zelfwaardegevoel al te sterk op het bereiken van onrealistische doelstellingen (Pieters, 1984).

Wanneer hulpverleners vastzitten in een situatie die emotioneel stressvol is en waarin zij ook nog te maken hebben met een groot tekort aan faciliteiten (Wortman & Brehm, 1975; Buchwald, Coyne & Cole, 1978) zoals wanneer getracht wordt een zo groot mogelijk aantal mensen te helpen binnen

een rigide, bureaucratische setting met weinig middelen, dan kunnen zij snel 'opbranden'.

Bureaucratische (hierarchische) structuren, die weinig ondersteuning bieden aan de werkers, verhogen vermoedelijk het risico op 'burnout'. In nogal wat Amerikaanse publicaties wordt daarom in dit verband gewezen op de steeds toenemende staatstussenkomenst in de hulpverleningssector als één van de factoren die zou bijdragen tot het verhoogd optreden van dit soort uitputtingsverschijnselen bij hulpverleners.

Burnout kan ook opgevat worden als een proces dat optreedt als werkers geen positieve, of -tenminste- relevante feedback ontvangen met betrekking tot de effecten van hun inspanningen. De kans op burnout is dan omgekeerd evenredig aan de perceptie van de eigen competentie. Een veelheid van factoren kan hierbij een negatieve rol spelen. Gebrek aan institutionele, collegiale steun, ontoereikende professionele vaardigheden, werkoverbelasting of sterke emotionele betrokkenheid.

Evenals bij stress hebben we hier te maken met de relatie/interactie tussen de taakeisen en de persoonlijke capaciteiten van de hulpverlener. Als er een klein overschot is in capaciteit, zit men in een 'ontspannen' situatie; is er een klein tekort in capaciteit, dan voelt men zich 'uitgedaagd'. Wanneer er een groot surplus aan mogelijkheden bestaat, dan verglijdt men naar verveling en 'routinisering'.

Is er een groot tekort aan fysieke, emotionele en mentale (cognitieve) capaciteiten en blijkt de 'coping'-strategie niet effectief, dan treedt er strain op die op zich weer als stressor kan fungeren, waardoor de stress als het ware 'versterkt' wordt en er uiteindelijk sprake is van burnout.

Burnout en stress hebben beide betrekking op complexe processen waarin vele factoren op elkaar ingrijpen, zodat behandeling en preventie (zie bijlage 3) ervan op verschillende niveaus aangepakt kunnen worden. Sociale ondersteuning in werk en gezin wordt door velen als het belangrijkste hulpmiddel gezien. Steeds zal echter uit onderzoek moeten blijken welke aanpak op welk niveau het meest effectief is.

Zo blijkt bijvoorbeeld uit een studie van Shinn & Morch (1978) dat bij leerkrachten probleem-gerichte coping-strategieën effectiever waren op individueel en groepsniveau, terwijl emotie-regulerende stress-hantering effectiever was op organisatie-niveau (= school).

Verder zijn niet alle werksituaties gelijk: in de ene dient stress verminderd te worden, in de andere de motivatie verhoogd.

Een theoretisch model van burnout bestaat (nog) niet, maar het begrip is wel voldoende conceptueel gedefinieerd en geoperationaliseerd in o.a. de Maslach Burnout Inventory waarmee het construct 'burnout' betrouwbaar en valide gemeten kan worden. In bijlage 3 wordt een overzicht gegeven van de symptomen en oorzaken van burnout.

Burnout sluit qua definitie, oorzaken en symptomen nauw aan bij het psychologische stress-begrip. Daarom wordt er in de literatuur wel voor gepleit om burnout te integreren met modellen en theorieën ten aanzien van stress.

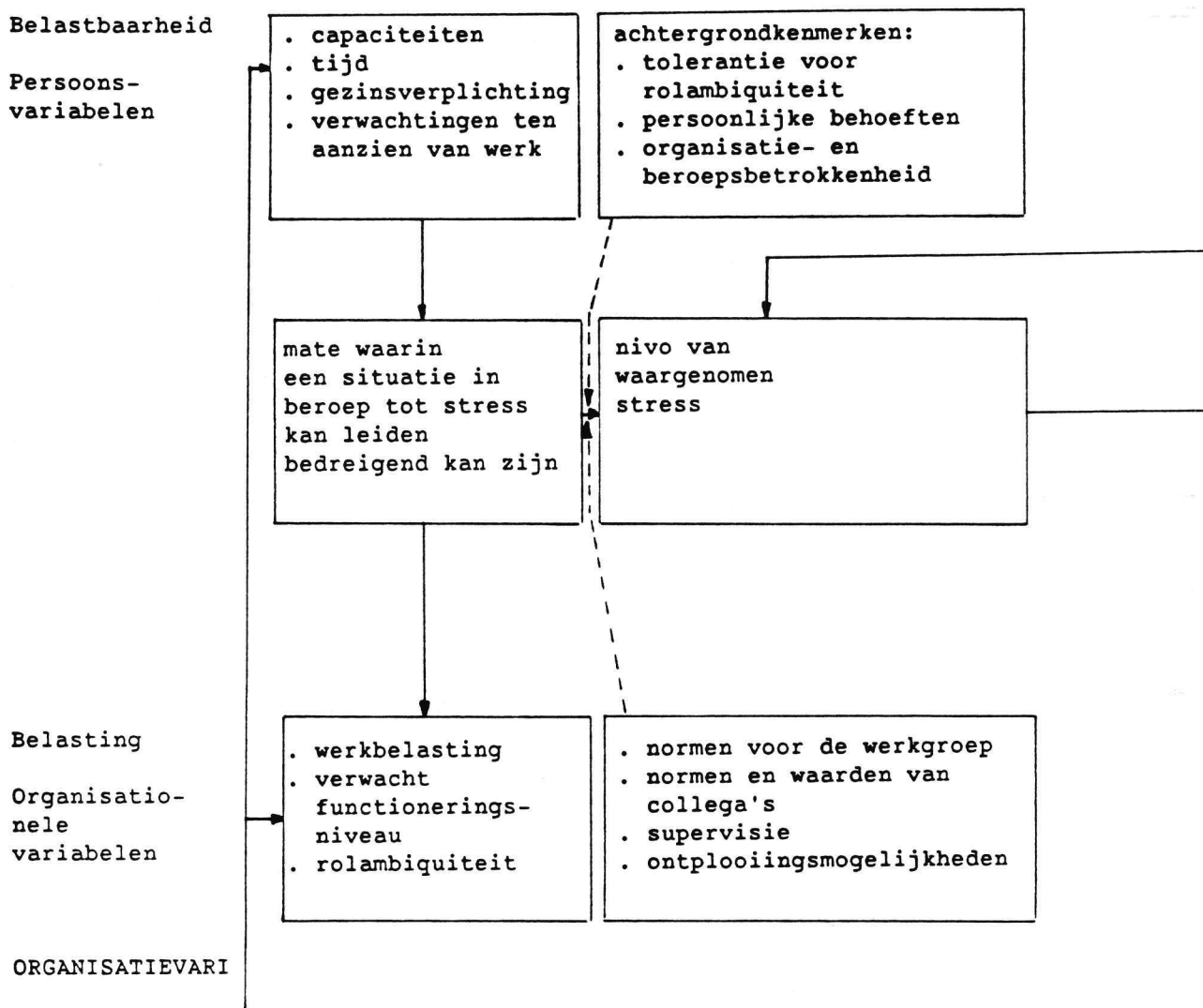
Een voorstel daartoe is gedaan door Perlman & Hartman (1980) die zich gebaseerd hebben op het model van House & Wells (1978). Het voorstel is te vinden in figuur 4.

Vanuit de burnout-literatuur kunnen een aantal belangrijke observaties vermeld worden. Deze zijn te vinden op p. 45 e.v.

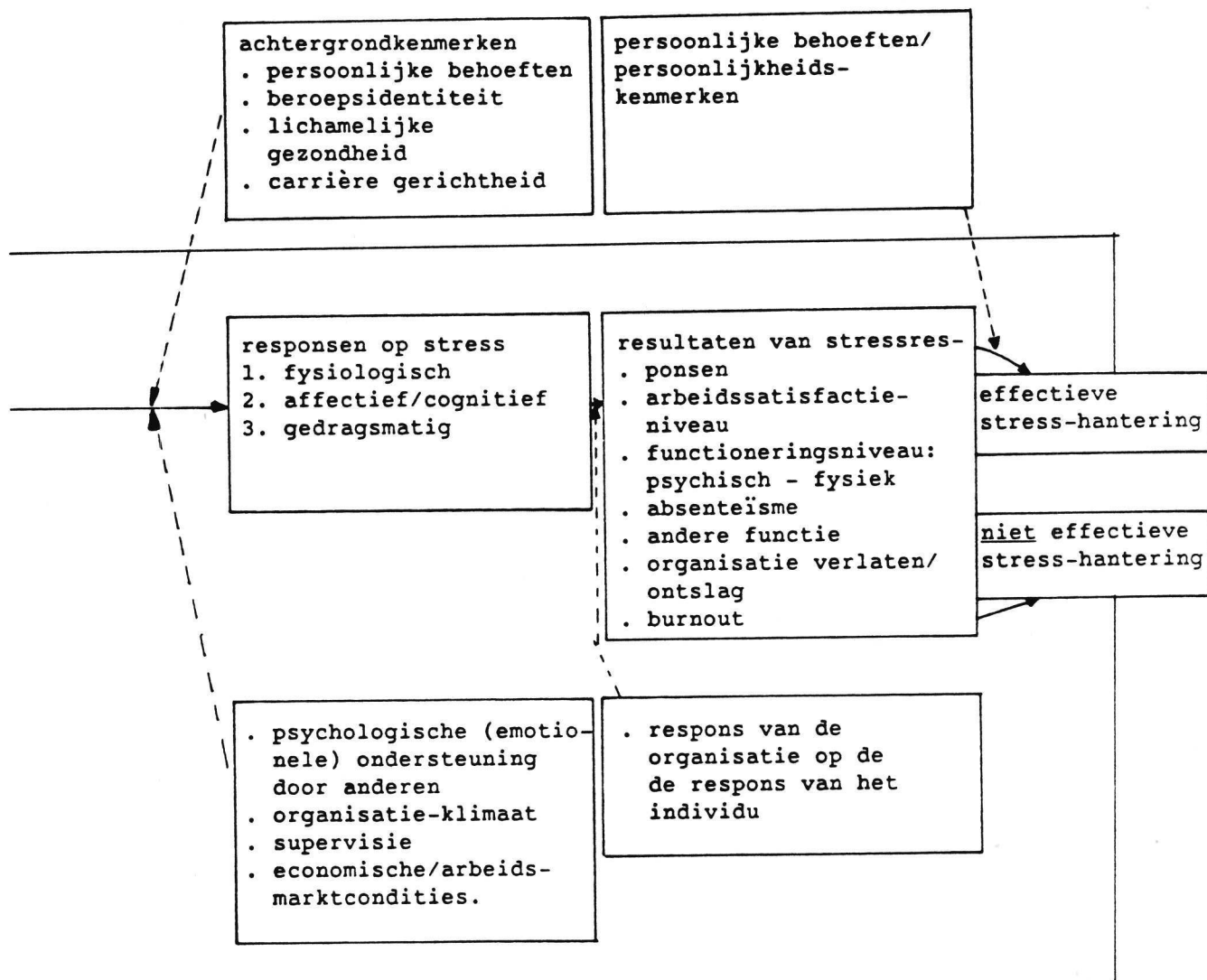
Figuur 4

VOORBEELD VOOR DE INTEGRATIE VAN EEN ORGANISATIE-STRESS-MODEL MET EEN PSYCHOLOGISCH STRESS-MODEL TEN BEHOEVE VAN BURNOUT

A PERCEPTUAL - FEEDBACK STRESS PARADIGM*



* Perlman & Hartman (1980) after House & Wells (1978)



OBSERVATIES VANUIT DE BURNOUT-LITERATUUR

- Pleidooi voor interdisciplinaire aanpak (Baumgarten, 1976).
- Politieke, economische, seizoensinvloeden en maatschappelijke factoren zijn niet of nauwelijks te beïnvloeden door de individuele instelling (Baumgarten, 1976).
- Attempts to apply global or composite theories of absence behaviour have not been succesful, either in terms of explanation or reduction of absenteeism. In consequence, the most satisfactory approach to research into absenteeism must be to look at the problem at a local level. When factors which can be positively related to absenteeism are identified, they can be studied in terms of their interaction within the particular work unit being considered (Clark, 1975).
- Results of exploratory studies suggest that a lack of supportive relationships may enhance one's vulnerability to burnout (Cronin, 1982; Pines, 1982; Yasko, 1983).
- The relationship between social support and occupational and life stress is unclear, perhaps because the social environment is capable of radiating both stress and support (Gottlieb, 1981).
- The influence of social support in the burnout process remains unknown since pertinent research is only recently being published.
- Social support is negatively associated with and predictive of burnout (Pines, 1982).
- Recent studies have suggested that it is the quality of supporting emotional relationships rather than the quantity of help available that is the principal determinant of effective crisis support (Andrews et al, 1978).
- Support from stable, long-term relationships may protect nurses from the deleterious effects of intense occupational and undesirable personal stressors. Deficits in support at work and at home may prompt burnout. (Clark, 1975)
- Het aantal psychische klachten hangt samen met de emotionele ondersteuning die men ontvangt en niet met de praktische ondersteuning. (Norbeck en Peterson, 1983; Cohen en Hoberman, 1983). In beide studies trad er met betrekking tot lichamelijke problemen wél een relatie op met praktische steun en niet met emotionele steun.
- Cohen & Hoberman (1983) en Sandler & Barrera (1984) vonden een positieve correlatie tussen de werkelijk ontvangen steun en het aantal negatieve gebeurtenissen. Ook vonden zij een positieve (niet signifi-

cante) correlatie tussen de werkelijk ontvangen steun en de psychologische klachtenmaat! Vragen naar de werkelijk ontvangen steun scheppen kennelijk verwarring, omdat het aantal problemen dat men meegemaakt heeft, in belangrijke mate de beantwoording kan beïnvloeden.

- Social support for nurses is important since they are often so in need of support themselves that they are unable to give support to their patients (Michaels, 1971).
- High levels of occupational stress and burnout have been attributed to recent changes in the Stability of Social Support networks (Ryerson, 1981).
- Although social support buffered the impact of workrelated stressors on psychological and behavioural outcomes ($p < 0.05$), there was no mediating effect for health problems (Winnubst et al, 1982).
- Some deficiency in people's primary-group ties is associated with increased vulnerability to disease, both medical and psychiatric (Gottlieb, 1981).
- Stress has been suggested to be linked to physical and mental health (Cobb, 1976; Kornhauser, 1965; Morris & Snijder, 1979).
- Stress is gerelateerd aan absenteïsme, d.i. verzuim (Gupta & Beehr, 1979; Margolis, Kroes & Quinn, 1974).
- Stress en verloop (Gupta & Beehr, 1979; Porter & Steers, 1974).
- Stress en 'job'dissatisfactie (Beehr, 1976; Johnson & Stinson, 1975; Lyons, 1971; Miles, 1975).

4 ONDERZOEK NAAR STRESS EN BURNOUT

4.1 Onderzoeksmethoden en onderzoeksvariabelen

Stress, burnout en het onderzoek dat men ernaar verricht, wordt in de eerste plaats bepaald door de gehanteerde definities en de impliciet of expliciet daaraan ten grondslag liggende visies.

Wanneer er uitgegaan wordt van een omschrijving van stress als overkoepe-
lend begrip, dat verwijst naar verschillende individuele reacties op
meerdere niveaus en uiteenlopende situaties, dan is het meten van stress
geen eenvoudige aangelegenheid. Want, welke interveniërende en conditio-
nerende (onafhankelijke variabelen) en welke afhankelijke variabelen
worden onderzocht?

De uiteindelijke keuze is gebaseerd op de impliciet of expliciet gehan-
teerde theorie, van waaruit de vraagstelling is geformuleerd. Wanneer een
onderzoeker geïnteresseerd is in bijvoorbeeld rolconflict of werkbelas-
ting, dan past dat het best binnen de Michigan-benadering. Een belangrijk
vraagstuk in het stress-onderzoek is, dat enerzijds vanuit de theorie een
samenhang wordt verondersteld tussen verschijnselen op meerdere niveaus,
maar anderzijds deze samenhang in de veelal correlationele studies
slechts gedeeltelijk tot uitdrukking komt (Kleber, 1982). Het merendeel
van de stress-onderzoeken is gericht op verbanden tussen steeds enkele
variabelen, en gebruiken eenvoudige correlatietechnieken. De gevonden
correlaties zijn vaak laag. De veronderstelde samenhang tussen de ver-
schijnselen komt daardoor bijna niet tot uitdrukking.

Stress-onderzoek kent een methodologisch pluralisme dat kenmerkend is
voor interdisciplinaire onderzoeksgebieden (McGrath, 1970). Het aantal
metingen dat in de literatuur wordt vermeld, is onafzienbaar. Bovendien
kunnen ze op verschillende wijzen plaatsvinden: via observatie, subjec-
tieve verslaglegging, analyse van produkten van het individu en officiële
statistieken.

De hierna gegeven indeling van stressmetingen gaat uit van de verschil-
lende groepen variabelen uit het Michigan-model. Als belangrijkste voor-
beeld zal de op dit model gebaseerde Vragenlijst Organisatie Stress (VOS)
dienen. Deze lijst is ontwikkeld door Caplan et al (1975) en vertaald en
bewerkt voor Nederlands onderzoek. Met de VOS worden gegevens verzameld
die inzicht kunnen geven in de relatie tussen kenmerken van een arbeids-
situatie en ziekte en gezondheid.

A. Objectieve metingen van op een individu inwerkende omstandigheden

Een stressor zoals werkbelasting kan op een objectieve - dat wil zeggen onafhankelijk van de waarneming van het individu - worden bepaald door bijvoorbeeld observatie en analyse van het aantal te verrichten taken, de hoeveelheid overwerk, het hebben van meer dan één baan en onregelmatige werktijden (bijlage 5). In verschillende onderzoeken vanuit de Michigan-benadering worden stressoren op een objectieve (intersubjectieve) wijze vastgesteld door het oordeel van de naast betrokkene uit iemands werkomgeving (chef, collegae, ondergeschikten) te vragen diens functie en functioneren te scoren op de aanwezigheid van stressoren zoals fysieke/psychische overbelasting, rolonduidelijkheid.

Objectieve metingen van stressoren komen niet zo vaak voor in veldonderzoek. Meestal zal de onderzoeker de aanwezigheid van stressoren vaststellen door een persoon daarover te vragen, niet alleen omdat een dergelijke meting vaak eenvoudiger is te verrichten, maar vooral ook omdat de betekenisgeving in het stress-proces centraal staat.

B. Subjectieve metingen van de omgeving

Een veel gebruikte methode om vast te stellen met welke stress-creerende omstandigheden mensen in hun leven worden geconfronteerd, is een gestandaardiseerde vragenlijst omtrent 'stressful life events'. De bekendste lijst is die van Holmes & Rahe (1967). Ook via allerlei andere vragenlijsten en interviews - al dan niet gestructureerd - kunnen elementen uit de sociale of ruimtelijke omgeving, die een persoon van belang acht, bepaald worden. In bijvoorbeeld de VOS is daartoe een lijst met stressoren opgenomen.

C. Metingen van fysiologische stress-reacties

Metingen van individuele reacties vormen verreweg het meest uitgebreide onderdeel van stress-metingen. Veel onderzoek bestaat uit het vaststellen van de aanwezigheid van een stressor, waarna één of meerdere reacties worden geanalyseerd.

Vooraf de metingen van hartslag, bloeddruk en adrenaline worden van belang geacht, omdat in een bedreigende en belastende situatie onder invloed van het zenuwstelsel hormonen worden afgescheiden en diverse

lichaamsfuncties veranderen met het doel het individu te verdedigen tegen de bedreiging. Maar ook hier zijn beperkingen aan verbonden. Metingen van bijvoorbeeld adrenaline zijn op zich niet voldoende om een onderscheid te maken tussen uiteenlopende emotionele toestanden.

D. Metingen van psychologische stress-reacties

Mensen worden door middel van vragenlijsten, interviews of andere technieken gevraagd aan te geven in welke mate zij reacties als angst, irritatie, vermoeidheid, ontevredenheid, etc. ervaren. Er zijn talloze gestandaardiseerde instrumenten waarmee dergelijke stress-reacties kunnen worden vastgesteld. Een voorbeeld van zo'n meting is de Subjectieve Stress Schaal (SSS) in 1958 ontworpen door Kerle & Bialek. In de VOS geven werknemers met behulp van 5-puntsschalen aan in welke mate zij last hebben van diverse 'strains' (zie het voorbeeld in bijlage 5).

E. Metingen van gedragingen

Gedragsmetingen worden gebruikt om prestatieveranderingen in een bepaalde situatie te achterhalen of om gedragingen vast te stellen, die een aanwijzing vormen voor iemands psychische gesteldheid of gezondheid.

In geval van prestatieveranderingen gaat het om de observatie van veranderingen in reactietijden, in het oplossen van problemen, in motorische activiteiten, in werktempo, in het waarnemen, in de mate van interpersoonlijke communicatie, etc.

Gedragsindicatoren die gelden als aanwijzing voor spanningen en problemen, zijn bijvoorbeeld de hoeveelheid gerookte sigaretten, alcoholconsumptie, het gebruik van medicijnen. Een moeilijkheid bij deze verschijnselen is hun afhankelijkheid van gewoonte en sociale normering.

F. Gevolgen op de lange duur

Metingen van de uiteindelijke gevolgen van stress betreffen medische statistieken omtrent het voorkomen van langdurig ziekteverzuim, hart- en vaatziekten, maag- en darmziekten en diverse andere gezondheidsproblemen.

De relatie tussen psychosociale variabelen en ziektecijfers dient bij voorkeur in zgn. prospectief onderzoek onderzocht te worden bij een groep gezonde mensen, waarbij de latere medische geschiedenis het eventueel ontdekte verband kan verifiëren.

In de medische sociologie wordt een onderscheid gemaakt tussen het optreden van een ziekte en het bezoek aan een arts vanwege een klacht. Deze behoeven elkaar lang niet altijd te overlappen. Uit Engels onderzoek (Tuckett, 1976) bleek dat verreweg tweederde van de mensen met een concreet omschreven gezondheidsstoornis niet naar de dokter ging. Medische en ambtelijke gegevens over ziekten zijn dus niet altijd compleet.

(N.B. Het verschijnsel 'burnout' als psychologische strain biedt hier misschien een aanknopingspunt om met behulp van de Maslach Burnout Inventory het gevolg van effectieve/ineffectieve stress-hantering te meten).

G. Metingen van conditionerende variabelen

In de Michigan-benadering worden de sociale ondersteuning en persoonlijkheidskenmerken beschouwd als mede bepalende factoren in het stress-proces. Zo kunnen individuele eigenschappen belangrijke determinanten van stress-reacties zijn. Iemand die zeer gemotiveerd is om zijn werk te verrichten of vaak snel angstig is, zal in een belastende werk situatie meer 'strains' vertonen dan iemand die niet zo gekenmerkt wordt door hoge prestatiemotivatie of veel angst.

De psychologie kent talloze gestandaardiseerde toetsen om dergelijke persoonlijkheidseigenschappen te achterhalen. Voorbeelden zijn de MMPI en de Taylor Manifest Anxiety Scale. Deze laatste zou het meest gebruikt zijn in stress-onderzoek. In de VOS worden de A/B-typologie en rigiditeit gemeten.

Voor sociale ondersteuning zijn weinig gestandaardiseerde instrumenten ontwikkeld. Meestal wordt via interviews of via enkele gerichte vragen achterhaald in welke mate iemand zich gesteund voelt door anderen.

In de VOS wordt aan een werknemer gevraagd naar de kwaliteit van de verstandhouding en samenwerking, bijvoorbeeld met de chef, collegae, levenspartner, vrienden.

H. Stress-hantering ('coping')

Over metingen met betrekking tot coping kan nog weinig vermeld worden. Er zijn enkele gestandaardiseerde instrumenten in ontwikkeling (Folkman en Lazarus, 1980). In Nederland is de Utrechtse Coping-Lijst (Schreurs et al, 1984) in ontwikkeling. Doordat 'coping' een sleutelbegrip is in het proces dat leidt tot burnout en de belangstelling voor burnout als fenomeen groot is, worden er steeds meer metingen naar verricht.

Vooralsnog lijken goed uitgevoerde interviews en observaties het meest geschikt om het proces van omgaan met spanningen en problemen te bestuderen.

Onderzoek naar samenhangen: statistische analyses

In de meeste recente stress-studies worden samenhangen onderzocht met behulp van eenvoudige correlatie-toetsen. Aan deze statistische toetsen kleven enkele bezwaren. Heel algemeen is de beperking, dat het ontdekken van een significante correlatie niet het ontdekken van een causale relatie inhoudt. Variabele a hangt met variabele b samen. Of a b veroorzaakt, dan wel b a, of dat de niet onderzochte variabelen x, y en z variabelen a en b determineren, is louter met een correlatie-toets niet te achterhalen. De oorzakelijkheid kan geanalyseerd worden met behulp van meer complexe statistische toetsen, maar dan dienen de onderzoeksgegevens aan strengere methodische eisen te voldoen. De oorzakelijkheid tussen variabelen wordt voorts vanuit een theorie of model duidelijk gemaakt.

De meeste correlatie-toetsen veronderstellen tevens een lineair verband tussen twee variabelen: bijvoorbeeld als variabele a toeneemt, dan neemt variabele b evenredig toe. Er zijn echter in de onderzoeksliteratuur ook veel aanwijzingen (Van Dijkhuizen, 1980), dat verbanden tussen stressoren en 'strains' vaak curvilineair zijn. Zo wordt vaak tussen bijvoorbeeld werkbelasting en tevredenheid met het werk een U-vormig verband gevonden. Er is een optimaal niveau van werkbelasting voor een persoon. Zowel te veel als te weinig belasting leidt tot ontevredenheid met het werk.

Het element tijd is verwaarloosd in het stress-onderzoek (McGrath, 1970). Het merendeel van de studies is cross-sectioneel van karakter, dat wil zeggen, dat de samenhangen tussen variabelen wordt op één moment in de

tijd worden bestudeerd. De ontwikkeling van stress-reacties en ziekten kan daarmee echter moeilijk worden achterhaald. Daarvoor zijn longitudinale studies beter geschikt, maar deze zijn helaas nog zeldzaam in het stress-onderzoek. In dergelijke studies, waarin op meerdere momenten in de tijd metingen van belangrijke variabelen worden verricht, kunnen de wisselwerking tussen individu en omgeving, de wijze waarop mensen zich aan hun omgeving aanpassen en het ontstaan van uiteenlopende stress-reacties, beter worden gevolgd.

Longitudinale studies kunnen ook duidelijk maken, wat de gevolgen van stressoren op langere termijn zijn. De effecten van 'chronische' stress kunnen worden achterhaald. In de meeste studies heeft men zich bezighouden met kortdurende effecten.

4.2 Overzicht van resultaten van onderzoek naar stress en burnout op basis van geselecteerde literatuur

In bijlage 6 wordt het volledige overzicht van resultaten uit onderzoeksliteratuur gegeven. Hierna in Tabel 3 volgen de samengevatte conclusies.

Tabel 3 Samengevatte conclusies uit de literatuur met betrekking tot stress en burnout

Onafhankelijke variabele	Afhankelijke variabele	Resultaat
Tijdsdruk	prestatieniveau	+
Motivationele factoren	verloop	+
	burnout-score op:	
vrouwen (in vgl. tot mannen)	a. emotionele uitputting	+
mannen (in vgl. tot vrouwen)	b. depersonalisatie	+
mannen (in vgl. tot vrouwen)	c. persoonlijke prestatie	+
vrouwen (in vgl. tot mannen)	d. betrokkenheid (optional)	iets hoger
burgerlijke staat	emotionele uitputting	+
burgerlijke staat	b + c + d	0
opleidingsniveau	emotionele uitputting	+
opleidingsniveau	depersonalisatie	-
post-graduates, non-graduates		
graduates	persoonlijke prestatie	+
post-graduates	betrokkenheid	+
	hogere score op:	
leeftijd 17-29 (30-39)	. emotionele uitputting	+
leeftijd 17-29 (30-39)	. depersonalisatie	+
leeftijd 17->59	. persoonlijke prestatie	0
leeftijd 17-39	. betrokkenheid	(+)
persoonlijkheid	coping gedrag	+
probleem-georiënteerd coping	ervaren stress	+
emotieregulerende coping	ervaren stress	-
participatie doel vaststellen	prestatieniveau	+
participatie doel vaststellen	satisfactie	+
rolconflict	intrinsieke jobsatisfactie	-
roloverbelasting	intrinsieke jobsatisfactie	-
taakverrijking veel	werkbetrokkenheid	+
taakverrijking weinig	werkbetrokkenheid	-
roloverbelasting	angst	+
rolconflict	angst	+
tot een groep behoren	jobsatisfactie	+
supervisie	jobsatisfactie	+
emotionele en defensieve coping	prestatieniveau	-
taakkenmerken	werkbeleving	+
taakkenmerken	selfreported ziekteverzuim	0
jobsatisfactie	verloop	-
<u>taakkenmerken</u>		
a) mate van satisfactie	burnout	+
b) mate van controle	burnout	-

5 GEZINSVERZORGING EN ZIEKTEVERZUIM*

5.1 Gezinsverzorging

In de gezinsverzorging gaat het om concrete hulp van huishoudelijke en verzorgende aard aan gezinnen, chronisch zieken, gehandicapten en bejaarden.

De gezinsverzorging is onderverdeeld in gezinszorg (kortdurend tot circa 3 maanden) en gezinshulp (langdurig, langer dan 3 maanden) en wordt verleend door organisaties, in de vorm van stichtingen, die in een stad of regio opereren. Bekostiging van de gezinsverzorging geschiedt bijna geheel (circa 95%) door middel van een subsidieregeling van het ministerie van WVC.

Het ontstaan en de ontwikkeling van de gezinsverzorging zijn reeds elders meermalen uitvoerig beschreven (zie bijvoorbeeld Van der Bruggen, 1985), wij volstaan hier met een zeer beknopte beschrijving.

Traditioneel werd gezinsverzorging gezien als een activiteit bestaande uit kortdurende hulp in een gezinssituatie door een full-time, daartoe opgeleide, kracht. Het subsidiebeleid van de overheid vergemakkelijkte een herziening. Zo werden ook ongediplomeerde helpsters subsidiabel gesteld om louter huishoudelijke hulp te bieden, werd langdurige hulp aan bejaarden en chronisch zieken mogelijk gemaakt en werd er toegestaan part-time krachten aan te nemen. Daaraan is later de gespecialiseerde gezinsverzorging en de bemiddeling van alpha-hulpen toegevoegd.

* Voor dit hoofdstuk hebben we ons onder andere gebaseerd op enkele scripties.

De instelling voor gezinsverzorging

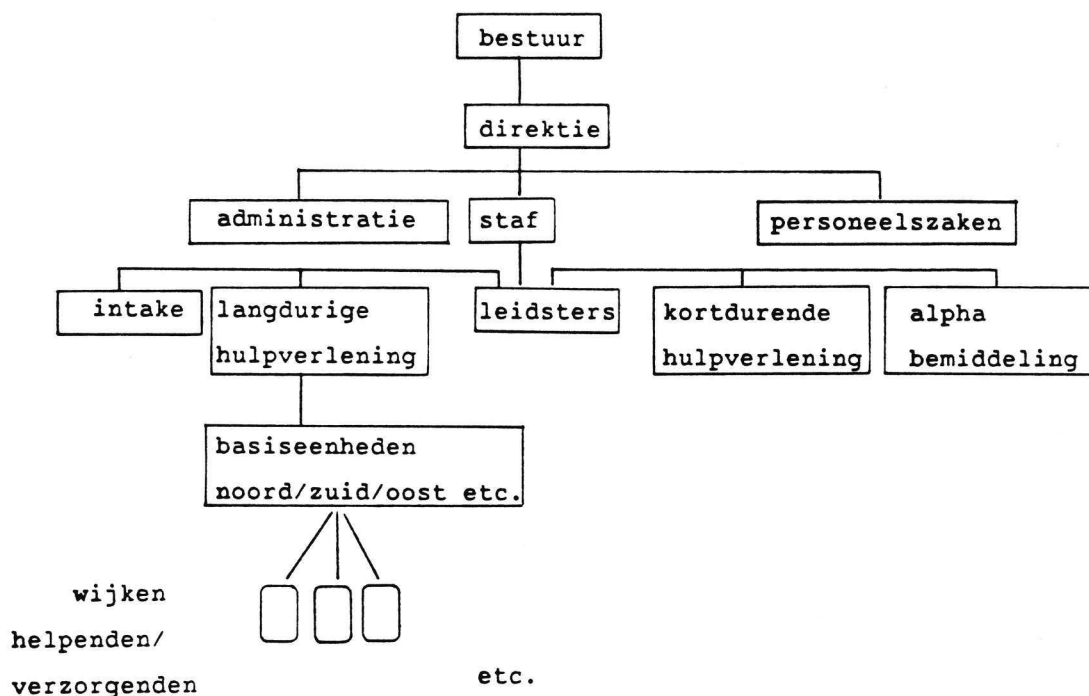
Fundamentele kenmerken vaneen organisatie als een instelling voor gezinsverzorging zijn:

- het is een dienst- of hulpverleningsinstelling;
- het werk op het uitvoerend niveau wordt verricht in het directe en constante bijzijn van de cliënt;
- het werk wordt uitgevoerd op van collega's geïsoleerde werkplekken;
- het werk is qua inhoud en uitvoerenden 'vrouwenwerk' (huishouding, verzorging).

De organisatiestructuur van een instelling kan er bijvoorbeeld uitzien als in figuur 5.

Figuur 5

VOORBEELD VAN DE ORGANISATIESTRUCTUUR VAN EEN INSTELLING VOOR GEZINSVERZORGING



N.B.: Het uitvoerend niveau omvat leidsters, helpsters/verzoctgsters en cliënten (leefeenheden).

De organisatie van de hulpverlening

De hulpverlening is globaal in drie fasen onder te verdelen: voorbereiding - uitvoering - evaluatie.

De intake behoort duidelijk tot de eerste fase en geschiedt aan de hand van het zg. Landelijk Indicatie- en Registratieformulier (zie bijlage 7). Het is een hulpmiddel om tot een zo verantwoord mogelijke afstemming tussen hulpvraag en hulpaanbod te komen. Het is gericht op de volgende elementen:

- wat is er aan de hand (indicatie);
- waar moet aan gewerkt worden (werkplan);
- waar wil men uitkomen (einddoel).

De wijze waarop het hele intakegebeuren georganiseerd is, verschilt in de praktijk nogal eens van instelling tot instelling.

Factoren die daarbij een rol spelen zijn onder meer:

- de grootte van de instelling;
- de omvang van het werkgebied;
- wordt er vanuit één bureau gewerkt;
- taakopvatting van de leidinggevenden.

De organisatie van de intake kan als volgt zijn:

1. De intake behoort tot het pakket van de leidinggevenden en bij de planning wordt door hen gezamenlijk beslist over de al of niet te verlenen hulp.
2. De intake behoort tot het takenpakket van de leidinggevenden, daarnaast bestaat er een aparte intake-commissie, bestaande uit vertegenwoordigers van elk team, die de hulpvragen beoordeelt.
3. De intake behoort tot het takenpakket van de leidinggevenden. Er is een aparte afdeling aanvragen van waaruit de binnengekomen aanvragen worden verdeeld over de diverse teams. Deze afdeling beoordeelt tevens de hulpaanvragen.
4. De intake wordt verzorgd door één of meer leidinggevenden die dit als specifieke taak hebben (centrale intake).

Uitvoering

Afhankelijk van de omstandigheden waarin de cliënt (=hulpvrager) verkeert, wordt een bepaalde hulp geïndiceerd, het aantal keren en uren per week en de vermoedelijke duur (zie bijlage 7).

Steeds vaker wordt in de uitvoering gewerkt met een hulpverleningsplan,

dat is een plan waarin beschreven wordt welke doelstelling men met de hulp heeft en hoe men die wil bereiken. Het werken met een uitgeschreven hulpverleningsplan heeft als groot voordeel dat alle betrokkenen (cliënt, helpende/verzorgende, leidinggevende), precies weten waar ze aan toe zijn. De kans dat er allerlei verborgen doelen een rol spelen is dan veelkleiner. Zo'n hulpverleningsplan kan ook voorkomen dat de helpende/verzorgende eindeloos dingen blijft overnemen die het gezin zelf zou moeten doen om een grotere zelfredzaamheid te bereiken.

Een plan kan alleen opgesteld worden als de cliënt er actief bij betrokken is: die moet in eerste instantie zelf aangeven wat er aan schort, wat er veranderd zou moeten worden en op welke manier dat het beste zou kunnen. Of de leidinggevende nu het plan opstelt (samen met de cliënt) of de helpende/verzorgende, in beide gevallen zal de helpende/verzorgende een andere rol spelen in het hulpverleningsproces dan in het verleden (?) het geval was. Het kwam namelijk regelmatig voor dat leidinggevende en helpende/verzorgende naast elkaar (en vaak los van elkaar) elk vanuit een eigen verantwoordelijkheid hulp boden aan de cliënt. De helpende/verzorgende bood de huishoudelijke/verzorgende hulp, de leidinggevende bood 'begeleidende' diensten.

In principe zijn er zes categorieën uitvoerende krachten: de ongediplomeerde helpsters, de gediplomeerde bejaardenhelpsters, de gediplomeerde bejaardenverzorgsters, de gediplomeerde gezinsverzorgsters, de gespecialiseerde gezinsverzorgsters en de stagiaires (dat zijn verzorgsters in opleiding). Volgens opgave van de Centrale Raad voor Gezinsverzorging is anno 1987 circa 25% van de uitvoerenden gediplomeerd. De alpha-hulpen laten we verder buiten beschouwing omdat zij geen dienstverband met de instelling hebben.

Evaluatie

In de gezinsverzorging bestaat een verscheidenheid aan besprekingen en overlegsituaties. Individuele werkbepreking, groepswerkbepreking, functioneringsgesprek, beoordelingsgesprek, werkoverleg: het zijn termen die heel verschillende betekenissen hebben, maar soms door elkaar gebruikt worden.

In werkbeprekingen (individueel of groepsgewijs) staat de cliënt centraal: het gaat om het voorbereiden, uitvoeren en evalueren van het hulpverleningsplan.

Het begrip werkoverleg wordt gereserveerd voor overleg over meer structurele zaken, beleidswijzigingen, algemene arbeidsomstandigheden. In functioneringsgesprekken staat de werknemer (helpende/verzorgende) centraal. Daar gaat het om zijn of haar functioneren en alle zaken die dat functioneren stimuleren of belemmeren.

Bij beoordelingsgesprekken gaat het primair om het bespreken van het oordeel van de leidinggevende over zijn of haar ondergeschikte.

De soorten werkbesprekingen en de frequentie waarmee deze gehouden worden kunnen van instelling tot instelling verschillen. In de praktijk kunnen gesprekken gevoerd worden die meerdere doelen tegelijk dienen.

Werkdifferentiaties

Om de hulpverlening zo goed mogelijk binnen de budgettaire en kwalitatieve mogelijkheden van de gezinsverzorging te laten aansluiten op de hulpbehoeften van de cliënten, zijn er werkdifferentiaties (werkvernieuwingen) ingevoerd.

Deze vernieuwingen kunnen zowel van organisatorische aard zijn (bijvoorbeeld wijkgericht werken), een accentverschuiving op taakonderdelen betreffen (meer verzorgende werkzaamheden), dan wel de nadruk leggen op een bepaalde doelgroep (wijkbejaardenverzorging) of een uitbreiding van arbeidsduur omvatten (hulp buiten kantooruren).

In het algemeen wordt er door deze vernieuwingen een groot beroep gedaan op de flexibiliteit en samenwerking van de hulpverleners, terwijl er vaak meer verantwoordelijkheid voor de organisatie van de hulpverlening aan hen wordt gedelegeerd.

Kwalificaties van uitvoerenden

Binnen de gezinsverzorging is voor de verschillende functies een grote diversiteit aan opleidingen aanwezig.

De basis- of funderende opleiding is een opleiding van meer algemene aard die benodigd is voor bepaalde functies en tot die functies toegang geeft. De basisopleiding is onderwijs, en behoort dus buiten het gehele kader van de bevorderingsdeskundigheid.

Onder funderend onderwijs kan in het kader van de (instelling voor) gezinsverzorging gerekend worden: de lagere, middelbare, hogere en voortgezette beroepsopleidingen - zowel full-time als part-time, waarvan de meeste momenteel vallen onder het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen.

Onder deskundigheidsbevordering wordt verstaan: het geheel van die aanvullende of voortbouwende scholingsactiviteiten welke in het kader van een integraal personeelsbeleid - tot doel hebben specifieke kennis, kunde en vaardigheden van werknemers in instellingen voormaatschappelijke dienstverlening te doen verwerven, zodanig dat de kwaliteit van het werk wordt bevorderd en daarmee tevens een bijdrage wordt geleverd aan de optimalisering van de dienstverlening.

Onder deskundigheidsbevordering wordt dan gerekend de zgn. training on the job, cursussen, scholingen, trainingen die door de instellingen zelf worden gegeven dan wel worden georganiseerd ten behoeve van de medewerkers uit de instellingen.

Daarnaast bestaat de impliciete deskundigheidsbevordering; dat wil zeggen die deskundigheidsbevordering die betrekking heeft op werkbegeleiding, consultatie, werkoverleg etcetera.

Binnen de instellingen voor gezinsverzorging wordt in sommige gevallen bevordering deskundigheid voldoende geacht voor de uitoefening van de werkzaamheden. Bedoeld wordt hier een 22-urige oriënteringscursus voor gezinshelpenden bij bejaarden.

In de meeste gevallen wordt beroepsonderwijs als funderende scholing gewenst of vereist. Doorstroming van bijvoorbeeld Middelbaar Beroepsonderwijs naar Hoger Beroepsonderwijs is in veel situaties belangrijk.

Omschrijvingen van functies in de gezinsverzorging op uitvoerend niveau en bijbehorende opleidingen, ontleend aan het Handboek gezinsverzorging (1970).

Gezinshelpende

* Functieomschrijving

De (gezins)helpende verricht een aantal huishoudelijk/verzorgende activiteiten voor zover deze niet door één of meer leden van het huishouden kunnen worden verricht. Naast deze huishoudelijk/verzorgende activiteiten kan hij/zij ook een aantal lichamelijk/verzorgende, opvoedende en ondersteunende activiteiten verrichten.

De gezinshelpende werkt meestal in verschillende huishoudens per week en vaak voor een bepaalde periode. De gezinshelpende kan ook werkzaamheden verrichten ten behoeve van zelfstandig wonende bejaarden.

* Opleiding

De part-time opleiding tot gezinshelpende in het kader van het leerlingwezen, uitgevoerd door de OVDB, wordt gegeven aan: scholen voor het LHNO/MDGO/streekscholen/samenwerkingsprojecten/streekcentra voor vorming en opleiding.

Bejaardenhelpende

* Functieomschrijving

De (bejaarden)helpende verricht een aantal huishoudelijke/verzorgende werkzaamheden ten behoeve van zelfstandig wonende bejaarden, voor zover deze werkzaamheden niet meer door de bejaarde zelf kunnen worden verricht. Naast deze huishoudelijke/verzorgende activiteiten heeft hij/zij ook een stimulerende, signalerende en ondersteunende taak ten aanzien van de bejaarde en diens omgeving.

De bejaardenhelpende werkt meestal in verschillende huishoudens per week.

* Opleiding

Er zijn twee part-time opleidingen voor bejaardenhelpenden:

- a. Part-time opleiding tot bejaardenhelpende tot 27 jaar (OVDB) (leerlingwezen);
- b. Part-time opleiding tot bejaardenhelpende vanaf 27 jaar (LSOB).

Gezinsverzorgende

* Functieomschrijving

De gezinsverzorgende neemt, met een grote mate van zelfstandigheid, de verzorging van het huishouden ter hand, voor zover deze niet door één of meer leden van het huishouden kan worden verricht.

Hiertoe behoren huishoudelijk/verzorgende activiteiten; lichamelijk/verzorgende activiteiten; opvoedende activiteiten.

Begeleidende en ondersteunende activiteiten maken daarvan een onderdeel uit.

* Opleiding

Er zijn 3 opleidingen voor de functie van gezinsverzorgende:

- a. een 3-jarige dagopleiding tot verzorgende van het MDGO;
- b. een 2-jarige part-time opleiding voor gezinsverzorgende van het MDGO;
- c. een 2-jarige part-time opleiding tot gezinsverzorgende van de OVDB (leerlingwezen).

Bejaardenverzorgende

* Functieomschrijving

De bejaardenverzorgende neemt, met een grote mate van zelfstandigheid, de verzorging van de bejaarde ter hand.

Hiertoe behoren huishoudelijk/verzorgende en lichamelijk/verzorgende activiteiten voor zover de bejaarde dit zelf niet (meer) kan doen en hulp hierbij op prijs stelt.

De bejaardenverzorgende begeleidt de bejaarde in zijn/haar psycho-sociaal functioneren, indien dit aandacht behoeft.

* Opleiding

Er zijn 3 opleidingen voor de functie van bejaardenverzorgende:

- a. een 3-jarige dagopleiding tot verzorgende van het MDGO;
- b. een 2-jarige part-time opleiding tot bejaardenverzorgende van de OVDB (leerlingwezen);
- c. een 2-jarige part-time opleiding tot bejaardenverzorgende van de LSOB.

Gespecialiseerd gezinsverzorgende

* Functieomschrijving

De gespecialiseerde gezinsverzorgende verleent ondersteuning in huishoudens met meer complexe problematiek. Hij/zij verricht hiertoe huishoudelijke, verzorgende en begeleidende werkzaamheden, opdat de verzorgingsfunctie in het gezin door het huishouden zelf weer zo zelfstandig en zo optimaal mogelijk kan worden uitgevoerd. Hij/zij werkt vanuit een opdracht samen met het gezin en de leiding van de instelling en waar nodig met andere hulpverleningsdisciplines.

* Opleiding

Part-time opleiding tot gespecialiseerd gezinsverzorgende na:

- diploma MDGO-VZ, diploma gezinsverzorgende (MSPO), diploma bejaardenverzorgende (MSPO);
- een ander dan de genoemde diploma's, door onze Minister aan te wijzen.

Leidinggevenden

* Functieomschrijving

De leidinggevende is belast met de leiding en begeleiding van een aantal hulpeenheden: hulpvragers en hulpverleners.

Naast deze 'uitvoerende' werkzaamheden levert de leidinggevende vanuit de eigen positie een bijdrage aan het beleid van de instelling.

De leidinggevende zal in de meeste instellingen binnen een teamverband van collega's werken. Dit kan een bepaalde taakverdeling binnen een team ten gevolge hebben, bijvoorbeeld naar aanleiding van interesse, deskundigheid en gebiedsindeling.

Al naar gelang de organisatie en het beleid van de instelling en de deskundigheid van de leidinggevende worden de taken geheel of gedeeltelijk zelfstandig verricht.

Gezien de veelheid van opleidingen en de verschillende schoolsoorten geven wij in het onderstaande alleen een overzicht van het niveau en de duur van deze verschillende opleidingen.

Bij dit overzicht is uitgegaan van de groepen-indeling zoals deze vermeld staat in de Salarisregeling Gezinsverzorging en Gezinshulp, behorende bij de CAO-Welzijnswerk.

Om als leidinggevende bij een instelling voor gezinsverzorging aangesteld te kunnen worden, moet men één van de hierna te noemen opleidingen hebben gevolgd, c.q. volgen.

De salarishoogte is afhankelijk van de gevolgde opleiding en wordt vermeld in de bindende Salarisregeling Gezinsverzorging en Gezinshulp, behorend bij de CAO-Welzijnswerk.

Er zijn 3 groepen leidinggevenden, gebaseerd op opleiding en inschaling, te weten groep W, X en Y. Deze terminologie is overgenomen uit de salarisregeling gezinsverzorging/gezinshulp.

Groep W

Diploma Gezinsverzorgende met 10 jaar ervaring in de gezinsverzorging. In de CAO worden als 'vergelijkbare' opleidingen genoemd Kinderbescherming A en B en verpleegkundige met aantekening.

Ter oriëntatie moge dienen dat:

- kinderbescherming A en B is opgeheven;
- onder verpleegkundige met aantekening moet worden verstaan wijkaantekening.

Groep X

Diploma MBO-SD en MDGO-SA.

Er zijn 2 soorten opleidingen:

- a. 3-jarige dagopleiding (MDGO-SA);
- b. 3-jarige part-time opleiding (MBO-SD).

Groep Y

1. Diploma Sociale Academie.

De sociale Academies kennen een:

- 4-jarige dagopleiding en een
- 4-jarige part-time opleiding.

Het diploma is subsidiabel voor een leidinggevende functie in de gezinsverzorging ongeacht de specialisatie diemen heeft gekozen.

2. Diploma HBO-MW.

Deze 3-jarige part-time opleiding HBO-MW is een voortzetting van de 3-jarige opleiding MBO-SD.

3. Diploma HBO-J (voorheen K en O).

Deze 4-jarige dagopleiding levert functionarissen af in de sociaal-agogische en ortho-agogische sector. Centraal in de opleiding staat de ontwikkeling van depedagogische deskundigheid.

4. Diploma Akte: N20, N12, N19 en opleiding Vught HBO.

Deze opleidingen bestaan niet meer.

5. Nog niet in de CAO opgenomen is het Diploma Toegepaste Huishoudwetenschappen (THW) (afdeling klein-huishouding).

Werving en selectie

Het aanbod van arbeidskrachten is niet overal gelijk: zowel hun aantal als kwalificaties kunnen per regio sterk verschillen.

De groep helpenden die circa 85% van alle uitvoerenden uitmaakt wordt grotendeels gerecruteerd uit de ongeschoolde, getrouwde vrouwen met kinderen op de basisschool en die tussen de circa 8 en 20 uur per week willen werken.

Hun leeftijden liggen tussen 18 en 60 jaar, de meesten rond de 35. Er is een trend in de richting van 40 jaar en ouder, wanneer de eigen kinderen werken of zelfstandig gaan wonen. De belangrijkste selectiecriteria zijn: huishoudelijke ervaring en manier van omgaan met mensen in verschillende situaties.

Door de werksoort tijdelijke hulpverlening richt men zich op relatief jonge meisjes die verzorgende zijn of daartoe willen worden opgeleid of die geschoold zijn voor een ander verzorgend beroep, bijvoorbeeld kinder- of ziekenverzorgster. De meesten hebben enige jaren huishoudschool als ondergrond gehad.

Doordat het verloop van het personeel in sommige instellingen relatief hoog is, moet daar vaak geworven worden met mogelijke verlaging van de selectie-normen.

Fieret (1982) heeft onderzoek verricht naar werken in de gezinsverzorging. De belangrijkste conclusies geven we hierna onverkort weer.

- * Vooral verzorgsters, maar ook helpsters, besteden tijd aan verzorging en begeleiding van de cliënt. Het grootste deel van de tijd gaat echter zitten in het verrichten van werk op huishoudelijk gebied. Veel hulpen zouden meer tijd willen besteden aan verzorgende en begeleidende taken, onder meer omdat deze taken in de hulpverleningssituatie (en zeker bij de relatief veel voorkomende 'moeilijke' gezinnen) erg belangrijk zijn. De puur huishoudelijke taken zijn anderzijds echter te belangrijk om deze gegeven debeschikbare tijd, hiervoor te laten vallen.
- * Mede door voorkomende tekorten aan tijd voor de cliënt moeten zowel verzorgsters als helpsters taken laten vallen of ze sneller dan normaal uitvoeren. Het lijkt erop dat dit zowel huishoudelijke als verzorgende begeleidende taken betreft, maar de laatstgenoemde in sterkere mate. Naarmate een hulp langer in de gezinsverzorging werkt lijkt zij deze situatie meer als een vaststaand gegeven te accepteren. Het niet kunnen of willen accepteren ervan kan mede aanleiding zijn tot het willen stoppen met dit werk en/of ontevredenheid over wat men financieel voor dit werk terug krijgt.
- * Het soort werk waar de meeste tijd aan besteed wordt, namelijk de huishoudelijke taken, is voor een deel van de hulpen eentonig werk, ongeacht of men er (bijvoorbeeld per week) nu meer of minder uren aan besteedt.
Dit staat los van de 'soort' cliënt (jong gezin, bejaarde etc.), waarbij dit werk wordt verricht. Met name de jongere en de wat hoger opgeleide hulpen blijken het huishoudelijk werk vaker eentonig te vinden.

Is men sterk overtuigd van het belang van het huishoudelijk werk, dan is men geneigd het minder snel eentonig te vinden. Overigens is dit een zeer relatief gegeven, daar zo goedalsgeen enkele hulp het huishoudelijk werk onbelangrijk vindt.

- * Bij sommige hulpen is het verrichten van verzorgende en begeleidende taken bij/voor de cliënt meer van belang dan bij andere. Vooral verzorgsters geven aan dat het vaak erg belangrijk is. Dit belang blijkt niet zozeer af te hangen van persoonsgebonden kenmerken van de hulpen, als wel van kenmerken van de hulpverleningssituatie. Bij met name 'moeilijke' gezinnen is verzorging en begeleiding van groot belang. Eveneens is dit het geval als de cliënt al gedurende langere tijd hulp van de gezinsverzorging krijgt. Bij enkele hulpen lijken de verzorgende en begeleidende taken dermate belangrijk te zijn, dat deze in de relatie met de leidinggevende niet goed tot hun recht kunnen komen.
- * In het algemeen vindt men het loon voor het werk in de gezinsverzorging niet hoog. Dit is zeker het geval als men ander werk van meer nabij kent (en dus kan vergelijken), als men moet werken in een zware hulpverleningssituatie ("moeilijk" gezin) en als de verdiensten van groot belang zijn voor het hebben van een baan buitenshuis (m.n. bij gehuwde hulpen). Ook het eentonig vinden van het werk kan hierin een rol spelen.
- * Helpsters zijn over het algemeen tevreden over de leiding die zij in het werk krijgen, verzorgsters zijn dit in wat mindere mate. Omtrent de redenen van dit verschil is geen conclusie getrokken. Mogelijk speelt het frequenter contact van verzorgsters met de leidinggevende, het meer te maken hebben met problemen in de sfeer van verzorging en begeleiding en het vaker moeten wisselen van gezin (en dus informatie van de leidinggevend nodig hebben) hierbij een rol.
- * De relatie met de leidinggevende is voor iemand die in de gezinsverzorging werkt als hulp van groot belang, niet alleen voor de directe begeleiding maar ook voor andere zaken waar over de hulpen een inbreng zouden kunnen of willen hebben. Heeft men de pech niet zogoed met de leidinggevende overweg te kunnen, dan zijn er, binnen de in de gezinsverzorging vaak gehanteerde organisatiestructuur, weinig uitwijkmogelijkheden voor de hulp. Dit kan er zelfs aanleiding toe zijn dat het ziekteverzuim wordt verhoogd. Hierin ligt één mogelijk terrein van aandacht voor onder meer ondernemingsraden.

- * Vooral voor gehuwde vrouwen met kinderen is de gezinsverzorging een goede mogelijkheid om, op part-time basis, een inkomen te verwerven.
- * In de gezinsverzorging werken houdt in datmen weinig contact heeft met collega's en veel contact met de "afnemer" (de cliënt). Is de relatie met de cliënt van problematisch (bijvoorbeeld als deze vaak kritiek op het werk geeft), dan isdit een knelpunt in deze baan, die tot ontevredenheid kan leiden.
- * Hoewel het samenwerken met de cliënt gezien kan worden als een subdoel van de gezinsverzorging (nl. daardoor stimuleren tot zelf-zorg), blijkt dit samenwerken, waarschijnlijk mede door krappe tijd voor de cliënt, niet voor alle hulpen even prettig te zijn. Mogelijk verstoort het de invoering van het werk door en het werktempo van de hulp.
- * Bepaalde factoren in het werk in de gezinsverzorging kunnen van invloed zijn op het ziekteverzuim, met name als de hulp, om welke reden dan ook, onvoldoende begeleiding en steun krijgt of kan krijgen. Binnen de bestaande organisatiestructuur moet deze steun en begeleiding met name tot stand komen in de relatie met één leidinggevende. Is deze relatie niet optimaal, dan zijn er voor een hulp (nog) weinig of geen alternatieven.
- * Nogal wat hulpen, en met name verzorgsters, werken bij, wat zij zelf noemen "moeilijke" gezinnen of cliënten. Dit heeft vooral consequenties voor het belang van de taakinvulling (m.n. meer tijd voor verzorging/begeleiding) en voor de waardering van het loon voor het werk. Enkele vragen worden daardoor van belang te bestuderen. Ten eerste de vraag wat nu eigenlijk uitmaakt of een cliënt voor een (specifieke) hulp "moeilijk" is. Ten tweede de vraag of en hoe de organisatie (bijv. via scholing, begeleiding, werkwisselingen, informatie, e.d.) hierop kan inspelen. Ten derde lijkt het van belang om na te gaan of, onder invloed van eventuele bezuinigingen in de gezinsverzorging, de indicatiestellingen mogelijk scherper worden en daardoor wellicht (nog) meer hulpen zullen moeten werken bij "moeilijke" gezinnen. Als dit laatste inderdaad het geval is dan zal hierop ingespeeld moeten worden (zie conclusie hiervoor).

5.2 Gezinsverzorging en ziekteverzuim

Ziekteverzuim heeft consequenties voor de cliënt, de instelling als arbeidsorganisatie en de uitvoerende zelf.

Belangrijk in de hulpverleningssituatie maar ook in geval van ziekte van de uitvoerende is de relatie leidinggevende - hulpverlenende/verzorgende. Aan diërelatie behoort geheimhouding ten grondslag te liggen. In het begeleiden van de helpende/verzorgende staat centraal: verheldering brengen in een situatie, het oplossen van problemen en het geven van ondersteuning, waar dat nodig is.

Uit het verslag van een leidinggevende (Weggaert, 1978) zou blijken dat de bejaardenhelpende de verantwoordelijkheid die zij voelt voor haar bejaarde gezin naar de instelling verschuift zodra zij ziek is. De verantwoordelijkheid voor haar eigen gezin blijft zij behouden. Tijdens de ziekteperiode verandert ook de aard van de begeleiding, vooral bij langdurige ziekte.

De begeleiding van zieke helpenden/verzorgenden valt buiten de hulpverleningsplanning.

Wanneer er echter geen of weinig tijd besteed wordt aan begeleiding, kan dit invloed hebben op het tijdstip van de herstelmelding, de relatie tussen helpende/verzorgende en leidinggevende (of ook de instelling) en uiteindelijk: de kwaliteit van de hulpverlening. Begeleiding bevestigt of geen bovendien de uitvoerende het gevoel bij een organisatie te behoren, hetgeen zeer belangrijk is in een situatie waarin de helpende/verzorgende vrijwel steeds solitair werkt.

Een ander gevolg van de begeleiding tijdens ziekteverzuim door de leidinggevende kan nog zijn dat deze laatstgenoemde zelf iemand nodig heeft om de begeleidingssituatie mee te bespreken dan wel aan anderen over te laten. In perioden waarin veel uitvoerenden ziek zijn treedt er voor de leidinggevende extra werkbelasting op.

Wanneer in de begeleiding van zieke uitvoerenden te vaak contact opgenomen wordt en gevraagd naar hersteldatum, kan dit tot gevolg hebben dat helpenden/verzorgenden zich verplicht voelen om zich eerder hersteld te melden dan 'verantwoord' was. Iedere uitvoerende zou - binnen bepaalde grenzen - op haar eigen wijze en in eigen tempo, haar ziekte moeten kunnen doormaken. Verder zou ziektevervanging te realiseren zijn vanwege de grotere afstanden en de minder frequente verbindingen van openbaar vervoer.

Onderzoek naar gezinsverzorging en ziekteverzuim

Het onderzoek naar 'Achtergronden van ziekteverzuim in de gezinsverzorging' vormt in zekere zin het vervolg op een oriënterend onderzoek uit 1979 met als titel 'Gezinsverzorging en Ziekteverzuim'.

Dit laatste betrof een onderzoek door Ris en Zeldenrust (1979) naar de omvang en achtergronden van ziekteverzuim bij negen relatief grote instellingen voor gezinsverzorging. De samenvatting en conclusie volgt hierna.

"Na een snelle groei van de gezinsverzorging is de laatste jaren een periode aangebroken van bezuiniging en dus ook heroriëntatie om met minder mogelijkheden toch nog zo goed mogelijk aan de vraag te voldoen. Dit betekent meer helpsters/verzorgsters per leidster, waardoor de begeleiding onder druk komt te staan, maar ook meer cliënten per helpsters/verzorgsters waar door het werk aanzienlijk verzwaard wordt en er minder tijd overblijft voor andere dan huishoudelijke activiteiten.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat het ziekteverzuim voor de relatief grote categorie helpsters/verzorgsters in de leeftijdsklasse van 18 tot 29 jaar die veertig uur per week werkt in gunstige zin afsteekt bij ziekteverzuim van een vergelijkbare categorie in andere bedrijfstakken. De gemiddelde, duidelijk langere duur van ziektegevallen wijst op de aanwezigheid van problemen in de relatie mens-werk.

Twee belangrijke factoren spelen daarbij volgens de sleutelinformanten een centrale rol: de grote fysieke belasting en daarnaast de psychische druk als gevolg van het langdurig geconfronteerd worden met problemen van cliënten in een relatief geïsoleerde hulpverleningssituatie. Tellen wij daar nog bij op dat de cliënten door scherpere selectie gekenmerkt worden door steeds zwaardere en met name psychische problematiek bijvoorbeeld ten gevolge van het ouder worden of chronische ziekte, dan ligt de conclusie voor de hand dat er door de verantwoordelijke organisaties van werknemers en werkgevers, maar ook door de subsidiërende overheid, meer initiatieven dan tot nu toe ontplooid dienen te worden voor de ontwikkeling van een beleid gericht op de oorzaken van ziekteverzuim."

Voor de meeste (van de negen) instellingen is de omvang van het ziekteverzuim een groot probleem.

Er konden geen specifieke risicogroepen aangewezen worden. Evenmin kan men weinig concreets mededelen over de achtergronden van het ziekteverzuim.

Bij één instelling doordat het overgrote deel van de meldingen niet in een diagnosecategorie was onder te brengen.

Er werden verschillende, mogelijke redenen van ziekteverzuim genoemd:

- rugklachten;
- griep;
- spierontsteking;
- dienstsituaties;
- doorgedraaide gezinssituaties;
- wisselingen (van cliënt);
- verminderde weerstand als gevolg van de druk die de combinatie van de eigen thuis-situatie met de cliëntsituatie en eventuele wisselingen met zich mee kan brengen;
- een veranderde houding ten aanzien van ziekteverzuim in de samenleving.

Eén van de conclusies die volgens de onderzoekers getrokken kunnen worden, is dat de geïnterviewden een duidelijk verband leggen tussen ziekteverzuim en de aard van het werk, waarbij niet alleen de zwaarte, maar ook de omstandigheid dat een verzorgster of helpster solitair werkt. De helpster/verzorgster heeft nauwelijks contact met collega's. Ze voelt zich vaak meer bij de cliënt betrokken dan bij de organisatie waarvoor ze werkt.

Voorgestelde maatregelen ter vermindering van het verzuim zijn o.a.

- niet altijd dezelfde persoon in moeilijke situaties plaatsen;
- vragen naar de gezinssituatie van de uitvoerende zelf;
- zorgen voor een niet te lange reistijd;
- meer tijd voor individuele werkbegeleiding;
- groepsworkbesprekingen houden;
- de betrokkenheid bij de organisaties vergroten.

De kritiek van de instellingen op controlerende artsen varieert tussen enerzijds een gebrek aan inzicht in de bijzondere aard van het werk in de gezinsverzorging en anderzijds het feit dat iemand 14 dagen ziek kan zijn zonder contacten met de bedrijfsvereniging te hebben. Conflicten tussen helpsters van een instelling en de controlerende arts hebben er wel eens toe geleid dat bij ziekte vakantiedagen worden opgenomen.

In 1985 (heeft de BVG) een inventarisatie laten maken van de ervaringen die de diverse, regionaal werkzame functionarissen hadden opgedaan op basis van controle-, verzuimbestriddings- en reïntegratie activiteiten in de gezins- en bejaardenzorg. De inventarisatie, die vastgelegd werd in een nota leverde weliswaar geen harde gegevens op, maar konden er wel enkele herkenbare tendensen worden onderkend:

1. Verzuimbevorderende factoren bij aanstelling

a. aanstellingskeuring

b. personeelsopbouw

- jonge full-time helpsters
- gehuwde vrouwen met kinderen, meest part-time werkend
- oudere vrouwen boven veertig jaar, die meest part-time gaan werken als de kinderen uit huis zijn.

2. Verzuimbevorderende factoren door de aard van het werk

- wet 'tweeverdieners'
- overheidsbezuinigingen
- invoering van alpha-hulpen
- minder hulp bieden dan geïndiceerd
- te grote betrokkenheid en emotionaliteit
- solitair werken.

3. Ziekteverzuim

- goed verzuimregistratiesysteem van belang in verband met gerichte acties
- subsidiebeleid (invoering budgetteringssysteem) van de overheid heeft verzuimbevorderend gewerkt.

4. Reïntegratiemogelijkheden

- bij volledige ongeschiktheid voor eigen werk, is reïntegratie vooral voor de ouderen en part-time werkenden praktisch onmogelijk.

De nota leidt tot de conclusie dat een aantal verzuimbepurende maatregelen zijn aan te geven, zoals:

- hanteren van richtlijnen bij de aanstellingskeuring
- opzetten van een goede verzuimregistratie
- minder continue zware belasting
- analyse door (R)VG en AMD van de plaatselijke arbeidsomstandigheden.

6 SAMENVATTING EN CONCLUSIES MET BETREKKING TOT ONDERZOEK NAAR ACHTERGRONDEN VAN ZIEKTEVERZUIM IN DE GEZINSVERZORGING

Onderzoek naar achtergronden van ziekteverzuim kan vertaald worden in termen van ziekteverzuim bevorderende factoren en naar de te nemen maatregelen in termen van ziekteverzuimverlagende factoren.

De werksoort waar het hier om gaat is de gezinsverzorging. Op basis van de bestaande literatuur kunnen we een aantal constateringën doen. Ziekte en ziekteverzuim zijn geen identieke begrippen. Ziekte kan opgevat worden als een belemmering om deel te nemen aan het arbeidsproces. De belemmering (=verzuimreden) kan fysiek, psychisch en/of emotioneel van aard zijn, al dan niet door een geneeskundige vastgesteld. Ziekteverzuim kan in het algemeen omschreven worden als afwezigheid van het werk op grond van ziekte. Maar men kan ook zonder ziekte niet op het werk aanwezig zijn. Dit laatste zal bijvoorbeeld vooral blijken in de verzuimfrequentie. Sommigen definiëren ziekteverzuim liever als verzuim van het werk met een beroep op de Ziektewet. Ziekteverzuimbevorderende cq. -verlagende factoren kunnen liggen in de algemeen maatschappelijke sfeer, in de gezondheidszorg, in de wetgeving en uitvoering van de sociale verzekering, in de arbeidsorganisatie en in de individuele sfeer. Een omvattende ziekteverzuimtheorie met behulp waarvan verschijnselen beschreven, verklaard en voorspeld kunnen worden is nog niet voorhanden. Daarom wordt het meeste onderzoek naar ziekte en ziekteverzuim verricht aan de hand van respectievelijk het belastingmodel (Zielhuis, 1974) en het beslissingsmodel (Philipsen, 1969).

Het belastingmodel werd oorspronkelijk ontwikkeld voor onderzoek naar de belasting in het werk door fysische factoren en beschrijft de arbeidssituatie in termen van de eisen die deze aan de capaciteit van de mens stelt. Evenwel lijkt een strikt medisch verklaringsmodel waarin ziektes louter aan storingen en beschadiging in het somatische systeem worden toegeschreven in vele gevallen ontoereikend en zal het aangevuld, zo niet vervangen moeten worden door een bredere visie waarin psycho-sociale variabelen een gepaste plaats krijgen (Kleber et al, 1982).

Daar waar in het belastingmodel uitgegaan wordt van feitelijke fysieke belasting, wordt daarnaast in stress-modellen in het algemeen ook de ervaren belasting betrokken. Met deze modellen kan dan beter verklaard wor-

den, waarom niet iedereen onder dezelfde condities dezelfde reacties vertoont. Met andere woorden de medische diagnoses worden aangevuld met analyses van persoonlijkheidseigenschappen van betrokkenen, de sociale context waarin zij leven en werken en de maatschappelijke gezondheidszorg. Met het stress-model van de Michigan-groep (French & Kalm, 1962) wordt vooral de sociale omgeving bestudeerd. Centraal daarin staat de roltheorie ofwel de rol die de persoon vervult in de organisatie. Belangrijke begrippen zijn rolconflict, rolonduidelijkheid en roloverspanning. Met behulp van het model trachten onderzoekers, ook in Nederland, vooral beroeps- of rolgerelateerde verschillen in gezondheid en ziekte te verklaren.

Zowel ziekte als ziekteverzuim zijn een uiting van een vaak langdurige keten van gebeurtenissen en processen waar méér dan alleen somatische factoren een rol spelen. Lang niet elk geval van ziekte leidt tot verzuim, evenmin als elk verzuim geschiedt door ziekte. In veel gevallen heeft de betrokkene, indien er zich gezondheidsklachten voordoen dan wel meer in het algemeen, zijn/haar grenzen van belastbaarheid overschreden zijn, een zekere vrijheid om zich al of niet ziek te melden (beslissingsmodel) en vervolgens al dan niet het werk te hervatten. De vrijheid om daarbij een keuze te maken wordt ruimer naar mate het subjectieve aspect van de 'ziekte' groter is. Die vrijheid zou overigens groter zijn bij kortdurend verzuim dan bij langduriger ziektes waarbij vaak sprake is van objectief ernstige aandoeningen. Bij de langduriger ziektes valt de aandacht dan op de vrijheid van de werknemer bij het bepalen van het tijdstip waarop hij zijn werk wil hervatten. In het algemeen wordt de beslissing om te verzuimen of werk te hervatten, dus mede beïnvloed door de factoren in de omgeving van de persoon.

Burnout ('opgebrand') is een fenomeen dat zich vooral voordoet in de hulp- en dienstverlenende sector en waarvoor ook in Nederland steeds meer belangstelling bestaat (bijv. Pieters, 1984).

Het verwijst naar een staat van fysieke, emotionele en mentale (cognitieve) uitputting die het gevolg is van langdurige betrokkenheid bij mensen die in situaties verkeren die emotioneel veel vergen van de hulpverleners (Pines & Aronson, 1981). Wanneer hulpverleners 'vastzitten' in een situatie die emotioneel stressvol is en waarin zij ook nog te maken hebben met een groot tekort aan faciliteiten/capaciteiten dan kunnen zij snel 'opbranden'.

In zowel het onderzoek naar ziekteverzuim als naar stress/burnout worden doorgaans de z.g. vragenlijstmethode (individueel) als institutionele methode (meestal interviews) gehanteerd. Daarmee wordt getracht om alle componenten uit een model of modellen zo goed mogelijk te beschrijven. Onderzoek naar ziekteverzuim is onderzoek naar een arbeidsorganisatie en de personen die daarin werken. Een instelling voor gezinsverzorging is een arbeidsorganisatie en heeft als zodanig bepaalde kenmerken. De meest opvallenden zijn:

- * Het is een dienst- c.q. hulpverlenende instelling die deel uitmaakt van een groter geheel en daardoor ook wordt beïnvloed.
- * Op uitvoerend niveau ligt de werkplek buiten de arbeidsorganisatie.
- * Het werk geschiedt in bijzijn van de cliënt.
- * Het werk betreft voornamelijk huishoudelijke en verzorgende taken.

Globaal kunnen de variabelen in het onderzoek naar ziekteverzuim in de gezinsverzorging ingedeeld worden in werk- en organisatiegebonden factoren, bijv. inhoud van het werk, fysieke werkomstandigheden, salaris en in factoren in de persoonlijke sfeer zoals bijv. demografische persoonsvariabelen (leeftijd, geslacht e.d.) en persoonlijkheidskenmerken (conflicthantering etc.). Met betrekking tot genoemde variabelen heeft onderzoek op het gebied van respectievelijk ziekteverzuim, stress/burnout en gezinsverzorging (hoofdstukken 1 t/m 5) een aantal resultaten opgeleverd:

A. Verzuimbevorderende factoren:

- het werken in de hulp- en dienstverlenende sector met vele en/of intensieve contacten cliënten;
- overheidsbezuinigingen als de werkdruk op organisatie- en individueel niveau toeneemt; (beperkte financiële en personele middelen);
- invoering van alpha-hulpen die alleen het lichtere huishoudelijke werk toebedeeld krijgen, waardoor er als het ware een taakverzwaring voor helpenden/verzorgenden optreedt;
- geringe maatschappelijke waardering voor huishoudelijk werk;
- verhouding hulpvraag-hulpaanbod;
- organisatiestructuur:-cultuur van de instelling; communicatielijnen;
- werkdifferentiaties
- onzuivere indicatiestelling;
- fysieke werkbelasting;
- psychische (emotionele) werkbelasting;

- emotionele betrokkenheid bij de cliënt;
- negatieve of ontbreken van feedback van cliënt, collega of leidinggevende;
- ontbreken van werkcontacten met collega's/instelling;
- geen gering binding met de arbeidsorganisatie;
- ontbreken van werkbegeleiding, werkbesprekingen e.d.;
- geen/gebrekkig personeelsbeleid waarvan o.a. deskundigheidsbevordering deel uitmaakt;
- weinig taakvariatie/afwisseling in het werk;
- veel doen in weinig tijd (werkbelasting);
- weinig vrijheid, autonomie in het werk;
- taakonduidelijkheid: het ontbreken van een hulpverleningsplan;
- weinig verantwoordelijkheid in het werk;
- geen ondersteuning bij individuele zakelijke of emotionele problemen;
- leeftijd (jongeren eerder psychisch; ouderen eerder somatisch);
- werksoort: langdurige/kortdurende hulpverlening gekoppeld aan:
 - a. leeftijd van de uitvoerenden
 - b. opleiding van de uitvoerenden
- opleidingsniveau: a. jongeren hoger opgeleid
 - b. gediplomeerd/ongediplomeerd
- werving en selectie: beschikbaarheid van geschikte personen; aanstellingskeuring;
- tijdens ziekte: geen of late controle door de instelling en/of bedrijfsvereniging;
- ontbreken van sociaal-medische begeleiding;
- omvang van de aanstelling (aantal uren per week);
- lengte dienstverband;
- belastende thuissituatie: bijv. financieel, emotioneel;
- persoonlijkheidskenmerken:
 - * coping: omgaan met spanning
 - * belastingstolerantie;
- woon-/leefsituatie biedt geen mogelijkheid tot herstel;
- sociale ondersteuning (thuis, werk).

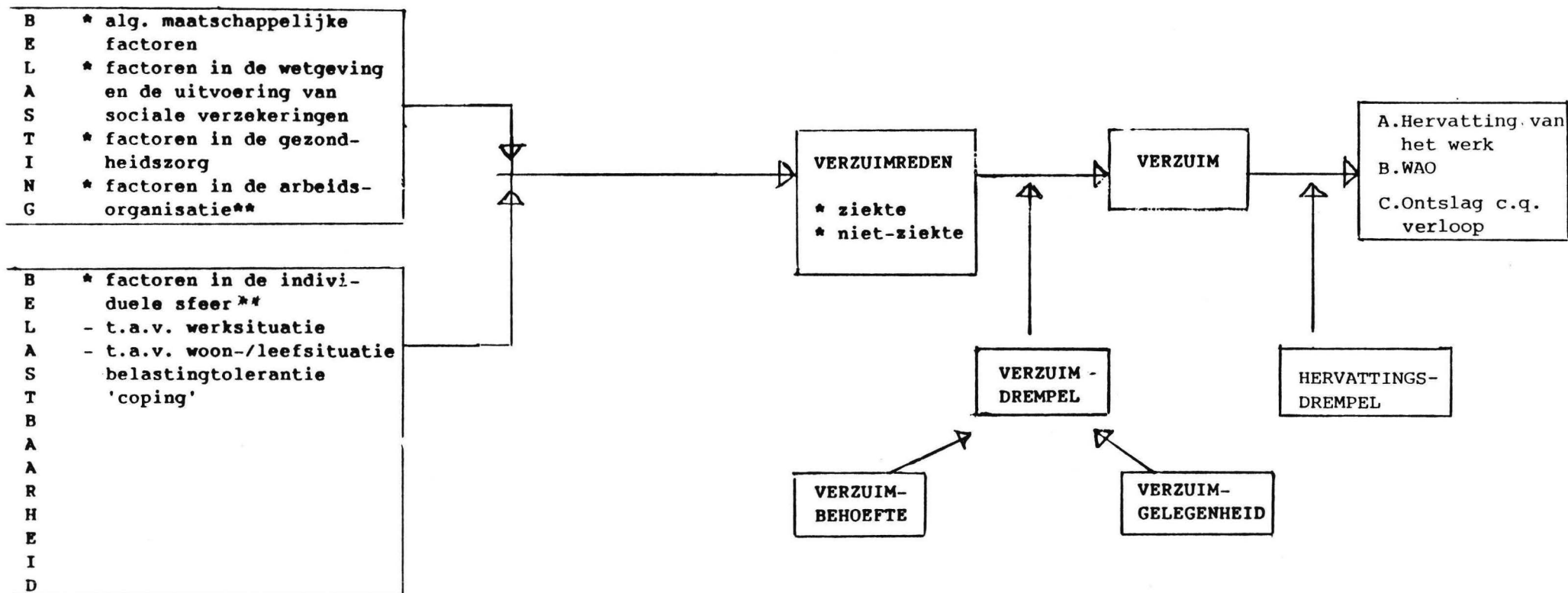
B. Onderzoek naar deze verzuimbevorderende factoren of variabelen dient te geschieden op basis van een theoretisch model aan de hand waarvan e.e.a. beschreven en verklaard kan worden. Aangezien er niet direct een omvattend model voorhanden is, moet getracht worden om enkele

Figuur 6. VOORSTEL TOT INTEGRATIE VAN STRESS- EN ZIEKTEVERZUIMMODELLEN

INTEGRATIEMODEL STRESS - ZIEKTEVERZUIM

VERZUIMBRONNEN

(verzuimbevorderende c.q.
verzuimverlagende factoren)



** deze factoren kunnen met behulp van stress-modellen onderzocht worden

modellen tot één te integreren. Een voorstel daartoe is gegeven in figuur 6.

Indicatief voor de aanwezigheid van verzuimbevorderende factoren in een organisatie of werksituatie kunnen zijn de in bijlage 3 genoemde symptomen van stress/burnout en de in bijlage 5b gegeven lijst van strains. Aan de hand van dergelijke symptomen kan vroege signalering plaats hebben.

- C. Verzuim verlangende factoren c.q. maatregelen ter verlaging van het ziekteverzuim zijn in principe het tegendeel van de verzuimbevorderende. Een lijst van 32 factoren die samengaan met een laag verzuimpercentage ontleend aan Smulders (1984) is opgenomen in bijlage 8.

Enkele preventieve en correctieve maatregelen waartoe op basis van onderzoeksresultaten besloten zou kunnen worden zijn gegeven in bijlage.

De nota van de Bedrijfsvereniging voor Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (BVG) leidt tot de conclusie dat er voorshands een aantal suggesties voor verzuimbeperkende maatregelen zijn aan te geven zoals:

- hanteren van richtlijnen bij de aanstellingkeuring;
- opzetten van een goede verzuimregistratie;
- minder continue zware belasting;
- analyse door (R)VG en AMD van de plaatselijke arbeidsomstandigheden.

BASISLITERATUUR

- Bruggen, M. v.d.,** De duizendpoot in de Gezinsverzorging. Scriptie arbeids- en bedrijfspsychologie. Nijmegen, 1983
- Centrale Raad voor Gezinsverzorging,** Functie-analyse-onderzoek Gezinsverzorging. Eindrapportage. Deventer, 1984
- Centrale Raad voor Gezinsverzorging,** Onderwijsnotitie. Utrecht, 1986
- Centrale Raad voor Gezinsverzorging,** Ergonomie in de gezinsverzorging. Utrecht, 1985
- Draaisma, D. en P.G.W. Smulders,** Ziekteverzuim en het bedrijf. Achtergronden, registratie, onderzoek en mogelijke maatregelen. NIPG/TNO, Leiden, 1978
- Fieret, G.,** Werken in de gezinsverzorging. Scriptie Arbeids- en organisatiepsychologie. Tilburg, 1982
- Grootings, P. en L. Paul,** De relatie tussen onderwijs, kwalificatie en arbeidsorganisatie. Een drietal case studies. Instituut voor Toegepaste Sociologie, Nijmegen, 1981
- Handboek Gezinsverzorging,** VUGA, 's-Gravenhage
- Kleber, R.J.,** Stressbenaderingen in de psychologie. Deventer, 1982
- Kruidenier, H.J.,** Ziekteverzuim en verloop. Een literatuurstudie naar het verband tussen twee indicatoren voor veiligheid, gezondheid en welzijn. Stichting CCOZ, Amsterdam, 1984
- Maslack, C. en S.E. Jackson,** The Maslack Burnout Inventory (MBI). Palo Alto, CA., 1981
- Nijhuis, F., Soeters, J., Schröer, K. en H. Philipsen,** Twee onderzoeksmethoden bij studie van arbeid en ziekteverzuim. T. Soc. Gezondheidsz. 63 (1985) 335-361
- Reiche, H.M. en N. van Dijkhuizen,** Vragenlijst-Organisatie-Stress (VOS). Stress research group Nijmegen. Nijmegen, 1979
- Ris, B.G. en E.J. Zeldenrust,** Gezinsverzorging en ziekteverzuim. Verslag van een oriëntatie bij negen instellingen voor gezinsverzorging. Stichting CCOZ/Centrale Raad voor Gezinsverzorging. Amsterdam, 1979
- Smulders, P.G.W.,** Balans van 30 jaar ziekteverzuimonderzoek. Leiden, 1984
- Veerman, T.J.,** Veelverzuim in het onderwijs. Een verkennende literatuurstudie. Werkgroep Arbeidsvraagstukken en Welzijn. Faculteit Sociale Wetenschappen R.U.L. Leiden, 1982
- Vrooland, V.Chr. (red.),** Werk en Gezondheid. Over ziekteverzuim en humanisering van de arbeid. Alphen a/d Rijn, 1982
- Weygaert, B. v.d.,** De zieke helpster binnen de hulpverlening aan bejaarden. Scriptie HBO-MW. Fijnaart, 1978

GESELECTEERDE STRESS/BURNOUT-LITERATUUR

Armstrong, K.L., An exploratory study of the interrelationships between worker characteristics, organizational structure management process and worker. Univ. of California, 1977 (University Microfilms Internationals, Ann Arbor Michigan, 1977)

Baird, R., Illness - Absences of Hospital Employees. In: American Journal of Public Health, 72 (1982) 1, p 89

Baumgarten, J., Fehlzeiten im Krankenhaus Ursachen, Folgen und Möglichkeiten der Reduzierung. In: Krankenhaus - Umschau, 45 (1976) 523-528

Beers, W. van en A. van Bastelaar, Inhoud en beleving van de personeelsfunctie. Uit: Bedrijf en techniek, februari 1981

Berkman, L.F. and S.L. Syme, Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda county residents. In: American Journal of Epidemiology, 109 (1979) 2

Breedveld, Minder ziekteverzuim door BGD-begeleiding. In: Medisch Contact, 20-21 (1982), p 601-602

Buechler, D.K., Help for the burned-out nurse? In: Nursing Outlook, july/august 1985, p 181, 182, 185

Bureau, N. et M.G. Genin, Absentéisme du personnel soignant: approche socio-économique. In: Gestions Hospitalieres, 205 (1981), p 343-360

Casteel, J.f. and D.B. Matthews, Burnout Prevention Programs: A must for Staff Development. South Carolina State College, Orangeburg, Sth. Car. 1984

Clark, J., Time Out? A study of Absenteeism among nurses. Royal College of Nursing, Research Series, 1975

Clarke, S. and D.G. Hussey, Sickness Absence amongst nursing staff at two hospitals. In: Journal Soc. Occup. Med., 29 (1979) p 126-p 130

Colligan, M.J. and I.J. Frocht, D.L. Tasto, Frequency of sickness absence and worksite clinic visits among nurses as a function of shift. In: Applied Ergonomics, 10 (1979) 2, 79-85

Commissie Ziekteverzuim Gemeentepersoneel, Rapport CZG. Amsterdam, mei 1976

Crone, K., "Afgebrand of afgedankt" biedt personeelsmanager stof tot nadenken. In: Gids, mei 1986

Cronin, D. and E.B. Brophy, Burnout; Can Social Support Save the Psych Nurse? In: J. of Psychosocial Nursing, 23 (1985) 7, p 9-13

Cunningham, W.G., Teacher Burnout - Solutions for the 1980 s: A review of the literature. In: The Urban Review, 15 (1983) 1, 37 - 51

- Davidson, M.J. and C.L. Cooper, A model of Occupational Stress. In: Journal of Occupational Medicine, 23 (1981) 8, 564-574
- Elseviers Weekblad , "Nog meer bezuinigingen? Dan gaan we minder patiënten behandelen". In: Elseviers Weekblad, 15 februari 1986, p 12/13
- Erera, J.P., Burnout and role stress among social work supervisors. Cornell University 1983 (U.M.I., Ann Arbor, Michigan, 1987)
- Etzion, D. and A. Pines, Sex and Culture in Burnout and coping among human service professionals. A social Psychological Perspective. In: J. of Cross-cultural psychology 17 (1986) 2, 191-209
- Flier, H. van der en J. Algra, Taakkenmerken, werkbeleving en ziekteverzuim. In: De psycholoog, 19 (1984) 5, p 211-219
- Garssen, B. en P.J.G. Schreurs et al., Sociale steun en depressieve klachten. In: Tijdschr. voor Psychiatrie, 27 (1985) 8, p 552-564
- Graaff, J.S. de, Het verzuimpatroon van vrouwelijke werknemers in Nederland in vergelijking met dat van hun mannelijke collega's. In: Mens en Onderneming, 26 (1972), p 194-203
- Grosfeld, J.A.M., Ziekteverzuim bij gemeente-ambtenaren. In: Gids (personeelsbeleid etc.), 62 (1983) 6, 6-13
- Grosfeld, J.A.M. en M.J.D. Schalk, Absenteïsme bij gemeente-ambtenaren in het streekgewest Helmond. Vakgroep Arbeids- en Organisationspsychologie, Kath. Univ. Tilburg. Intern Rapport AO-80-02
- Grosfeld, J.A.M., Stress, belasting en gezondheid. Vakgroep Arbeids- en Organisationspsychologie, Kath. Univ. Tilburg. Intern Rapport AO-82-01
- Heim, E., Stress aus psychologisch - psychiatrischer Sicht. In: Industrielle Organisation, 43 (1974) 11, 483-487
- Hill, J.M.M. and E.L. Trist, Changes in accidents and other absences with length of service. A further study of their incidence and relation to each other in an Iron and Steel Works. In: Human Relations, 8 (1955) p 121-152
- Hubert, J.A. et al., The Unit of Analysis in the Study of the Relationship of Teacher Stress to School Variables. University of Connecticut. Paper presented at the Annual meeting of the N.E.R.A., Ellenville, N.Y. oct. 1983
- Hulin, C.L., Job satisfaction and turnover in a female clerical population. In: J. of Applied Psychology, 50 (1966) 4, 280-285
- Jamal, M., Job stress and Job performance controversy: An empirical assessment. In: Organizational Behavior and Human Performance 33 (1984), p 1-21

Jansen, M.A., Emotional disorders and the labour force Prevalence, costs, prevention and rehabilitation. In: International Labour Review, 125 (1986) 5, p 605-615

Jayaratne, S. and W.A. Chess, Job satisfaction, burnout and turnover: A national survey. In: Social Work, sept-oct. 1984

Jick, T.D. and R.J. Burke, Occupational stress: recent findings and new directions. In: J. of Occupational Behaviour, 3 (1982), p 1-3

Job Burnout in the Human Services. A bibliography. Human Services. Bibliography Series, february 1981

Kabela, M., Psychische gevolgen van stress. Uit: Ned. T. voor Fysiotherapie, oktober 1981

Kamis, E., An epidemiological Approach to Staff Burnout. Paper presented at the 88th Annual Convention American Psychological Assoc. Montreal, Canada, sept. 1980

Kater, L. en R.E. Ballieux, Fysiologische reacties op belasting: Stress en immuniteit. In: Ned. T. Geneesk. 125 (1981) 41, 1651-1653

Katzell, M.E., Expectations and Dropouts in schools of nursing. In: J. of Applied Psychology, 52 (1968) 2, 154-157

Krell, H.L., C.M. Richardson and T. la Manna et al, Child abuse and Worker training. In: Social Casework (J. of Contemporary Social Work), 64 (1983) 9, 532-538

Leigh, J.P., Sex differences in absenteeism. In: Industrial Relations, 22 (1983) 3, 349-361

Lewis, H.R. en M.E. Levis, Psychosomatics. The Viking Press, Inc. N.Y., New York, 1972, (hoofdstukken 1 en 2)

Maher, E.L., Burnout and Commitment: A theoretical Alternative. In: (The) Personnel and Guidance Journal, 61 (1983) 7, p 390-393

Mann, K.J., J.H. Abramson et al., Sickness absenteeism in a hospital in Israel. In: The Hospital, sept. 1971, p 307-311

Martin, D.P., Job Stress In Human Service Work: Individual, Job, and Organizational Factors related to Burnout. Univ. of Saskatchewan, Saskatoon, Sask. dec. 1985

Maslach, C., and S.E. Jackson, The measurement of experienced burnout. In: J. of Occupational Behaviour, 2 (1981) p.99-113

Mc Cullough, P.M., Employee Performance and State Mental Health Manpower Development. Southern Regional Education Board. Atlanta, Georgia U.S.A, 1980

Mc Dermott, D., Professional Burnout and its Relation to Job Characteristics, Satisfaction, and Control. In: Journal of Human Stress, Summer 1984

Mc Intyre, T., Teacher Stress and Burnout: A review of Research Literature. Eastern Ill. Univ., Charleston, Il. 1983

Meier, S.T. & S.R. Davis, Burnout: A term in Search of a Theory. Southern Illinois Univ., Carbondale, 1982, ED 228 596

Melendez, W.A. & R.M. de Guzman, Burnout: The New Academic Disease. ASHE-ERIC Higher Education Research Report no.9, 1983, Washington, D.C

Merkus, H., Gezondheidseconomie en besluitvorming. In: Economische-Statistische Berichten (ESB), aug. 1986, p. 802-804

Molendijk, A.D. en P.G.H. Mulder, Arbeidsverzuim t.g.v. ziekte onder een groep Rotterdamse ambtenaren over de jaren 1956-1973. In: T. Soc. Geneesk. 55 (1977) suppl. 1, p. 28-30, 35

Molendijk, A.D., Verzuim en invalidering bij Rotterdamse gemeenteambtenaren in 1979. In: T. Soc. Geneesk., 58 (1980), suppl. p. 68-70

Montfort, A.P., Budgettering in de Nederlandse gezondheidszorg. Stand van zaken. In: Acta Hospitalia, 25 (1985) 3, p 17-29

Mor, V. & L. Laliberte, Burnout among Hospice Staff. In: National Association of Social Workers, 1984

Moracco, J.C., Burnout in Couwseors and Organizations. Am Arbor, Michigan, 1981

Mulder, P.G. en A.D. Molendijk, De opzet van een arbeidsverzuimregistratiesysteem voor Rotterdamse gemeente-ambtenaren. In: T. Soc. Gezondheidszorg, 61 (1983) 16, p 530-533

Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies inzake de nota beroepskrachtenplanning gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening 1985. Uitgebracht aan de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Zoetermeer, november 1985

Nicholson, N. and P.M. Goodge, The influence of Social, Organizational and biographical factors on female absence. Medical Research Council, Social and applied psychology unit. University of Sheffield, 1974

Ormel, J., Moeite met leven of een moeilijk leven. Uit: Intermediar, 28 aug. 1981

Parker, D.F. and T.A. De Cotiis, Organizational determinants of Job stress. In: Organizational Behaviour and Human Performance, 32 (1983) p. 160-177

Pavett, C.M., High Stress Professions: Satisfaction, Stress, and Well Being of Spouses of Professionals. In: Human Relations, 39 (1986) 12, p 1141-1154

Perlman, B. & E.A. Hartman, An Integration of Burnout into a Stress Model. Wisconsin Univ., Oshkosh., 1980

Petermann, A. und W. Kneist, Der Einfluss sozialer Faktoren auf den Krankheitsbedingten Absentismus Berufstätiger Frauen. In: Santé Publique (Bucur) 1977, nr.20, pp. 275-286

Pieters, G., Het Burnout-fenomeen: de 'opgebrande' hulpverlener en de 'uitgebluste' therapeut. In: T.v. Psychiatrie, 26 (1984) 6, pp.9-17

Pines, J.A. et al, Rates of sickness absenteeism among employees of a modern hospital: the role of demographic and occupational factors. In: Br.J. of Industrial Medicine, 1985 nr. 42 pp. 326-335

Redfern, S.J., Absence and wastage in trained nurses: a selective review of the literature. In: J. of Advanced Nursing, 1978 nr.3 pp. 231-249

Riggall, F.F. & M. Beardsley : Occupational Stress and Burnout: Annotations. Southern Illinois Univ., 1983

Riggall, T.F. & M. Beardsley : Stress-Burnout: A Bibliography. 1000 + references. Rehabilitation Institute, Southern Illinois Univ., 1983

Romero, D. and J. Pinkney: Role Swapping: an Antidote to Professional Burnout. In: Counselor Education and Supervision, 20 (1980) 1, p 6-14

Rosenthal, D., M. Teague et al: The Relationship between Work Environment Attributes and Burnout. In: J. of Leisure Research, second quarter 1983

Sanders, A.F., Towards a model of stress and human performance. In: Acta Psychologica, 53 (1983) p. 61-97

Schär, M., Exogene und endogene Ursachen des Stresses. In: Industrielle Organisation, 43 (1974) 11, p. 475-477

Schreurs, P.J., B. Tellegen en G.v.d. Willige: Coping lijst. In: Gedrag, tijdschr. v. psychologie 12 (1984) 1/2, p. 101- 117

Schweisheimer, W., Verzuimen vrouwen werkelijk meer dan mannen?

Sharit, J. and G. Salvendy: Occupational Stress: Review and Reappraisal In: Human Factors, 24 (1982) 2, p. 129 - 162

Shirom, A., What is organizational stress? A facet analytic conceptualization. In: J. of Occupational Behaviour, 3 (1982) p. 21-37

Sluyter, G.V., Stress and Burnout among Superintendents of Public Residential Facilities. In: Administration in Mental Health, 12 (1985) 3, p. 174-183

Stephens, T.A. and W.A. Burroughs: An Application of Operant Conditioning to Absenteeism in a Hospital Setting. In: J. of Applied Psychology, 63 (1978) 4, p. 518 -521

Stevens, M.J. and K.S. Pfost : A Problem-solving Approach to Staff Burnout in Rehabilitation. Counseling Bulletin, 27 (19-83) 2, p. 101-107

Streepy, J., Direct-Service Providers and Burnout. In: Social Casework: J. of Contemporary Social Work, 62 (1981) 6, p. 352-361

Suesan, N. en M. Reiche: Stress in de organisatie. In: Onderneming, 13 maart 1981

Suesan, N. en M. Reiche: Stress en Gezondheid. In: onderneming, 3 april 1981

Suesan, N. en M. Reiche: Het effect van stress. Oorzaken, gevolgen en de juiste aanpak van stress in de werkomgeving. Uitg. Intermediair. Amsterdam, 1983

Thomson, D., Sickness Absence in the Civil Service. In: Proc. Roy. Soc. Med., 65 (1972) p. 572-577

Tuinen, M. van and G. Land, Smoking and Excessive Sick Leave in an department of Health. In: J. of Occupational Medicine, 28 (1986) 1, p. 33-35

Turk, R.S., Stress en coping. Recente ontwikkelingen. Uit: Medisch Contact, 1982 nr. 26

Turk, R.S., (Stresspreventie) Coping-gedrag als vorm van stress-management. In: Gids, juni 1986

Ursprung, A.W., Burnout in the Human Services: A review of the Literature. In: Rehabilitation Counseling Bulletin, 29 (1986) 3, p. 190-199

Vansina, M.J., Werkgebonden stress. In: Economisch en Sociaal Tijdschrift, 1982 nr.6 p. 675-688

Weinert, A.B., Einflüsse der Organisationsstruktur auf betrieblichen Stress. In: Industrielle Organisation, 43 (1974) 11, p. 493-498

Werkgroep Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen Universiteit van Amsterdam, Achtergronden van personeelsverloop onder verpleegkundigen. Universiteit van Amsterdam. Amsterdam, juni 1979

Wiersma, D. Stress bij arbeidsongeschikten. Uit: Tijdsch. v. Soc. Geneesk., 59 (1981) 24

Winnubst, J.A.M., Stress in de onderwijsorganisatie. In: Meso, 1 (1981) 2, p. 13-18, 32. Schoolleiding en stress. Een ronde-tafel gesprek. In: Meso, 1 (1981) 2, p. 19-21,23

Winnubst, J.A.M., F. Marcelissen en R.J. Kleber: Effects of social support in the stressor-strain relationship: A Dutch sample. Stressgroep Nijmegen, publ. nr. 29. Univ. Nijmegen. Verschenen (?) in: Soc. Sc. and Med. 1982 nr.1. Nijmegen, 1981. (Intern Rapport 81 A0 04)

Zwaga, P.G., Mogelijke oorzaken van het verloop van verpleegkundigen. In: Het Ziekenhuis, 8 (1978) p.552-554

Lijst van bijlagen

- Bijlage 1 Overzicht van ziekteverzuimonderzoek in de kwartaire sector
 gebaseerd op Smulders, 1984
- Bijlage 2 Persoons- en functiekenmerken in het ziekteverzuimregistra-
 tiesysteem van de CCOZ
- Bijlage 3 Stress/burnout-bevorderende factoren & preventieve en correc-
 tieve maatregelen
- Bijlage 4 Maslack Burnout Inventory
- Bijlage 5a Lijst van stressoren
- Bijlage 5b Lijst van strains
- Bijlage 6 Overzicht van resultaten van onderzoek naar stress en burnout
 op basis van geselecteerde literatuur
- Bijlage 7 Landelijk Indicatie- en Registratiesysteem (LIER)
- Bijlage 8 Lijst van 32 factoren die samengaan met een laag verzuimper-
 centage (Smulders, 1984)

Bijlage 1

ONDERZOCHE VARIABELEN ZIEKTEVERZUIM KWARTAIRE SECTOR ontleend aan Smulders, 1984

Auteurs & jaar

(VARIABELE CODES: zie p. 19)

	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	2.1	2.2	3.1	4.1	4.2	4.3	4.4	5.1	5.2	5.3	5.4	6.1	6.2	6.3	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6
1 Spencer & Steers 1980	x	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
2 Billings et al 1977	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
3 Locke 1976	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
4 Mowday & Spencer 1981	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
5 Orpen 1979	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
6 Hackman & Oldham 1976	.	.	x	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
7 Schriesheim et al 1979	.	.	x	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
8 Parkes 1982	.	.	.	x	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
9 Rushmore & Youngblood 1979	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.
10 Ford & Gillette 1969	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
11 Hrebiniak & Roteman 1973	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
12 Pugh et al 1959	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
13 Barr * 1967	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.
14 Buzzard & Shaw 1952	.	.	.	.	.	.	x	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
15 Clark 1975	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	x	.	.
16 Mann et al 1971	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
17 Gupta & Beehr * 1979	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
18 Ilgen & Hollenback 1977	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
19 Melbin 1961	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
20 Barr 1958	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
21 Gibson 1966	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
22 Revans 1964	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
23 Walker 1961	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
24 Cassee 1967	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
25 Wexley & Nemeroff 1975	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
26 Newman 1974	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	x	.	.	.	.	x	x	.	.	.	.	.	.
27 Cheloha & Farr 1980	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	x	.	.	.	.	x	x	.	.	.	.	.	.

(vervolg)

[illegible]

(vervolg)

ONDERZOCHE VARIABELEN

Auteurs & jaar

VARIABELE CODE ZIEKTEVERZUIM KWARTAIRE SECTOR ontleend aan Smulders, 1984

[illegible]

(slot)

totaal aantal onderzochte
variabelen

	8.1	8.2	8.3	8.4	9.1	9.2	10.1	10.2	11.1	11.2	11.3	11.4	11.5	11.6	11.7	12.1	12.2	12.3	12.4	13.1	13.2	13.3
28	x	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x
29	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	x	.	x	.	.	.	.	.	.	x	.
30	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
31	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
32	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	x	.	x	.	.	.	.	.	.	.	x	.
33	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
34	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
35	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
36	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
37	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
38	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
39	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
40	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
41	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
42	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.
43	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.
44	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.	.	.	.
45	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.	.	.	.	.
46	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	x	.	.

4 *

5 *

1

1

5

1

1

1

1

2

2

1

1

1

1

1

1

1

1

ziekenhuizen V.S.
ziekenhuizen Canada
welzijnsbur. V.S.

Tabel 1.1 Taakvariatie

auteur(s)	soort onderzoek	onderzoeks- en/of waarnemingsperiode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land
Spencer en Steers (1980)	I	9 maanden	124 administratieve en dienstverlenende werknemers	ziekenhuis, V.S.

Tabel 1.2 Taakvariatie te zamen met andere taakkenmerken

Billings et al. (1977)	E	37 dagen vóór en 2 x 37 dagen na de overgang	60 werknemers in de experimentele groep en 60 werknemers in de controlegroep	voedselbereiding en -aflevering van een ziekenhuis, V.S.	overgang van serie- naar een meer geautomatiseerde massa-productie, met meer opgesplitste, routinematige, plaatsgebonden taken met meer werkdruk	verzuimpercentage	n.s. (noch in de tijd, noch in vergelijking tot de controlegroep)
Locke et al. (1976)	E	7 maanden vooraf (mei-november) t.o.v. 7 maanden tijdens experiment (januari-juli)	drie experimentele groepjes (11-25 personen) en drie controlegroepjes (10-44 personen) in archief- en verzendafdeling	overheidsinstelling op het gebied van de sociale zekerheid, V.S.	toename in: taakvariatie autonomie prestatiefeedback verantwoordelijkheid (somscore)	verzuimpercentage	daling (bij controlegroepjes een stijging)
Howday en Spencer (1981)	I	1 jaar	569, vnl. vrouwelijke, beamtten (verpleging en administratie)	7 lagere overheidsinstellingen (gezondheidszorg en administratie), V.S.	'job scope' (mate van variatie, autonomie, feedback, etc. in de taak)	frequentie	negatief (maar kromlijnig, d.w.z. effect neemt af bij grote 'scope')
Orpen (1979)	E	6 maanden (tijdens de duur v. het experiment; géén voormeting)	36, merendeels vrouwelijke, beamtten in de experimentele groep en 36 beamtten in de controlegroep (post- en archiefwerk)	overheidsinstelling, Zuid-Afrika	toename van: - taakvariatie - taakidentiteit - belang van de taak - autonomie - prestatiefeedback van de taak	verzuimpercentage	'verrijkte' groep lager dan controlegroep (geen voormeting)

onafhankelijke variabele (c.q. montregel)	verzuimmaat	resultaat
stimulerende en uitdagende taakinhoud (onder konstanthouding van andere werkkenmerken)	verzuimpercentage	negatief (ook partieel)

Label 1.3 Andere taakkenmerken

auteur(s)	soort onderzoek	onderzoeksen/of waarnemingsperiode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land
Hackman en Oldham (1976)	I	1 jaar	658 werknemers (arbeiders en beampten)	7 industriële en diensten-organisaties, V.S.
Schriesheim et al. (1979)	I	6 maanden	152 gemeente-ambtenaren	gemeentelijke overheid, V.S.

onafhankelijke variabele (c.q. maatregel)	verzuimmaat	resultaat
- taakidentiteit	verzuimpercentage	- n.s.
- belang van de taak		- n.s.
- prestatiefeedback van de taak		- n.s.
- taakidentiteit	verzuimpercentage ('unexcused')	- negatief
- prestatiefeedback van de taak zelf		- negatief
- belang van de taak		- negatief
- samenwerking met anderen		- negatief

Label 1.4 Vrijheid/autonomie

Hackman en Oldham (1976)	I	1 jaar	658 werknemers (productie en administratie)	7 industriële en dienstenorganisaties, V.S.
Parkes (1982)	L	2 periodes van 3 maanden	125 leerling-verpleegkundigen	ziekenhuis, Engeland
Rushmore en Youngblood (1979)	I	3 jaar (1974-1976)	313 niet-leidinggevende werknemers (in 4 verschillende afdelingen en in 17 verschillende taken)	groot overheidsbedrijf, V.S.
Schriesheim et al. (1979)	I	6 maanden	152 gemeente-ambtenaren	gemeentelijke overheid, V.S.

autonomie	verzuimpercentage	negatief
toename van vrijheid van beslissen	toename van verzuimpercentage (gevallen van 1-3 dagen)	n.s.
autonomie	verzuimpercentage ('illness hours')	negatief
autonomie	verzuimpercentage ('unexcused')	negatief

Label 1.5 Verantwoordelijkheid

auteur(s)	soort onderzoek	onderzoeks- en/of waarnemings-periode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land
Ford en Gillette (1969)	I	6 maanden tijdens experiment (april-september 1965)	36 vrouwelijke werknemers (behandelen klachten abonné's) in experimentele groepen en 59 werknemers in controlegroepen	telefoonmaatschappij, V.S.

onafhankelijke variabele (c.q. maatregel)	verzuimmaat	resultaat
'verticale' taakverrijking: meer eigen controle, verantwoordelijkheid en vrijheid	frequentie	daling (stijging in controlegroepen)

Label 1.6 Hiërarchisch niveau

Hrebiniak en Roteman (1973)	I	1 jaar (1971)	40 leidinggevenden van 4 verschillende hiërarchische niveaus	drankcontrole-raad van een staat, V.S.
-----------------------------	---	---------------	--	--

hiërarchisch niveau	verzuimpercentage (excl. lange, medische gevallen)	negatief
---------------------	--	----------

Label 1.7 Scholingsgraad/opleidingsniveau

Barr (1967)	I	3 jaar (1961-1964)	ongeveer 7000 verpleegkundigen	102 ziekenhuizen, Engeland
Buzzard en Shaw (1952)	I	2 jaar (1947-1948 en 1949-1950)	± 1000 geschoolde t.o.v. ± 2500 ongeschoolde mannen	31 overheidsinstanties, Engeland
Clark (1975)	I	1 maand (maart 1971)	1707 verpleegkundigen	5 ziekenhuizen, Engeland
Mann et al. (1971)	I	1 jaar (1965-1966)	448 mannelijke en vrouwelijke arbeiders	ziekenhuis, Israël
Spencer en Steers (1980)	I	9 maanden	124 administratieve en dienstverlenende werknemers	ziekenhuis, V.S.

mate van opleiding (ongekwalificeerde t.o.v. gekwalificeerde verpleegkundigen, allen full-time)	- verzuimpercentage - frequentie - gem. duur per geval	- positief - negatief - positief
ongeschoold t.o.v. geschoold werk	- verzuimpercentage - frequentie - gem. duur per geval (voor leeftijd gestandaardiseerd)	- negatief - negatief - n.s.
mate van geschooldheid ('rang' in 6 categorieën)	frequentie (1-3-dagsgevallen)	negatief
ongeschoolde versus geschoolde arbeiders	- verzuimpercentage - frequentie - gem. duur per geval	- negatief - negatief - positief
opleiding (andere persoonskenmerken onder controle)	verzuimpercentage	n.s. (ook partieel)

Tabel 1.9 Taak-problemen/druk/onrust

auteur(s)	soort onder- zoek	onderzoeks- en/of waarnemings- periode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land
Gupta en Beehr (1979)	I	1 maand vóór en 1 maand na het interview	309 werknemers	4 service-afde- lingen van een ziekenhuis en 2 automobiëlonder- delenbedrijven, V.S.
Ilgén en Hollen- beck (1977)	I	6 maanden (mei- november 1973)	165 vrouwelijke ad- ministratieve mede- werkers	universiteit, V.S.
Melbin (1961)	L	aantal verande- ringen 6 weken vóór en 6 weken na elk verzuim- geval (8 mnd.; 1958)	125 en 11 verplegers uit 2 ziekenhuizen	2 psychiatrische ziekenhuizen, V.S.
Parkes (1982)	L	2 perioden van 3 maanden	125 leerling-ver- pleegkundigen	ziekenhuis, Engeland

onafhankelijke variabele (c.q. meetregel)	verzuimmaat	resultaat
- rol-onduidelijkheid - rol-overbelasting - onder-gebruik van kennis en vaardigheden - onvoldoende materiaal en uit- rusting ter beschikking	frekwentie (1 maand voor- afgaande aan het inter- view)	- n.s. - n.s. - n.s. - n.s.
- rol-onduidelijkheid - rol-overbelasting - onder-gebruik van kennis en vaardigheden - onvoldoende materiaal en uit- rusting ter beschikking	frekwentie (1 maand na het interview)	- positief - positief - positief - positief
mate van onmisbaarheid door het soort werk	- verzuimpercentage (sick leave) - verzuimpercentage (unexcused) - verzuimpercentage (totaal)	- negatief - n.s. - negatief
opgedragen tijdelijke verande- ring van afdeling, dienst en/of vrije-tijdschema	frekwentie	stijging
toename van taaklasten (hoeveel- heid en tijdsdruk)	toename van verzuimper- centage (gevallen van 1-3 dagen)	negatief(1)

Tabel 1.10 Tariefwerk

Buzzard en Shaw (1952)	I	3 jaar (1947- 1950)	±3300 niet-tarief werknemers t.o.v. ±1700 tarief-werkers	31 overheidsin- stanties, Engeland
---------------------------	---	------------------------	--	--

niet-tarief t.o.v. tariefwerk	- verzuimpercentage - frekwentie - gem. duur per geval (voor scholing en leef- tijd gestandaardiseerd)	- negatief - negatief - negatief
-------------------------------	--	--

Tabel 2.2 Bedrijfsgrootte

auteur(s)	soort onderzoek	onderzoeks- en/of waarnemingsperiode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land
Barr (1958)	I	1 jaar (1956-1957)	van < 5 tot > 100 verpleegkundigen in opleiding per ziekenhuis; en van < 25 tot > 750 bedden per ziekenhuis	51 ziekenhuizen met verpleegkundigen, Engeland
Barr (1967)	I	3 jaar (1961-1964)	7000 verpleegkundigen, waarvan 1844 in opleiding	98 ziekenhuizen, Engeland
Clark (1975)	I	1 maand (maart 1971)	1707 verpleegkundigen	5 ziekenhuizen, Engeland
Gibson (1966)	I	1 maand (febr. 1960)	< 10 - > 45 stafleden	378 lagere scholen, V.S.
			< 40 - > 120 stafleden	53 middelbare scholen, V.S.
Revans (1964)	I	1 jaar (1960)	4536 full-time en 1262 part-time medewerkers	60 ziekenhuizen in één regio, Engeland
			434 fulltime- en 739 parttime-medewerkers	25 ziekenh. in 1 regio met vnl. parttime medew., Engeland
Walker (1961)	I	3 jaar (1949-1951)	> 2000 tot circa 50.000 beampten per ministerie	20 ministeries, Engeland

onafhankelijke variabelen (c.q. maatregel)	verzuimmaat	resultaat
- aantal verpleegk. in opleiding (21 groottegroepen)	- verzuimpercentage (van verpleegk. in opleid.)	- n.s.
- aantal bedden (16 groottegroepen)	- idem	- n.s.
- aantal wisselingen in bedbezetting (18 groottegroepen)	- idem	- n.s.
aantal bedden per ziekenhuis	- verzuimpercentage (gekwalf. personeel)	- n.s.
	- verzuimpercentage (studerenden)	- positief
	- frekwentie (gekwalf. personeel)	- n.s.
	- frekwentie (studerenden)	- positief
personeelsomvang	frekwentie 1-3-dagsgevalen	n.s.
aantal stafleden (in 9 grootte-groepen)	verzuimpercentage	omgekeerde U-relatie
aantal stafleden (in 6 grootte-groepen)	verzuimpercentage	n.s.
personeelsomvang in 3 categorieën: < 25; 25-50 en > 50 personen	frekwentie	- positief (voor full-time) - n.s. (v. part-time)
personeelsomvang in 3 categorieën: < 25; 25-50 en > 50 personen	frekwentie	- n.s. (voor full-time) - positief (voor part-time)
personeelsomvang (aantal beampten)	- verzuimpercentage (mannen)	- n.s.
	- idem (vrouwen)	- n.s.

Label 4.1 Leiderschapsvormen

auteur(s)	soort onderzoek	onderzoeks- en/of waarnemings-periode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land	onafhankelijke variabele (c.q. maatregel)	verzuijmont	resultaat
Cassee (1967)	I	15 maanden	17 verpleegseenheden; aantal werknemers niet vermeld	ziekenhuis, Nederland	- sociaal leiderschap (arts-verpleegster) - idem (hoofdverpleegster-verpleegster) - instrumenteel leiderschap (arts-verpleegster) - idem (hoofdverpleegster-verpleegster)	- frekwentie - gem. duur per geval - frekwentie - gem. duur per geval - frekwentie - gem. duur per geval - frekwentie - gem. duur per geval	- negatief - positief(1) - negatief - n.s. - n.s. - n.s. - negatief - n.s.
Rushmore en Youngblood (1979)	I	3 jaar (1974-1976)	313 niet-leidingge-vende werknemers (in 17 taken in 4 afde-lingen)	groot overheids-bedrijf, V.S.	- mate van prestatiefeedback van de leiding - aandacht voor de gevoelens van de ondergeschikte - organisatie-effektiviteit van de leider	verzuimpercentage ('illness hours')	- negatief - n.s. - n.s. (partiële relaties)
Wexley en Nemeroff (1975)	E	2 maanden (na afronding van de leiderschapstraining; geen voorme-tinq)	18 lagere leidingge-venden (met 80 on-dergeschikten) als experimentele groep; 9 lagere leidingge-venden (met 34 on-dergeschikten) als controlegroep	medisch centrum, V.S.	hogere mate van 'knsideratie' (=sociaal-emotioneel leiderschap) en 'integratie' in de experimentele groep t.o.v. de controlegroep door leiderschapstraining	frekwentie (non-sickness; van de ondergeschikten)	lager (voor de expe-rimentele groep)

Label 4.2 Satisfaktie met de leiding

Newman (1974)	I	2 maanden (na interviews)	108 verpleegkundigen en andere medewer-kenden	verpleeghuis, V.S.	satisfaktie met de leiding (JDI)	al dan niet 1 of meer ma-len (unexc.) afwezig ged. 2 maanden	n.s.
---------------	---	---------------------------	---	--------------------	----------------------------------	--	------

Tabel 4.3 Invloed /participatie in beslissingen

auteur(s)	soort onder- zoek	onderzoeks- en/of waarnemings- periode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land
Cheloha en Farr (1980)	I	1 jaar (1977)	115 medewerkers van een grote perso- neelsafdeling	overheidsbureau, V.S.

onafhankelijke variabele (c.q. maatregel)	verzuimmaat	resultaat
satisfaktie met de leiding (JDI)	- verzuimpercentage - frekwentie	- n.s. - n.s.

Tabel 5.1 Satisfaktie met kollega's

Cheloha en Farr (1980)	I	1 jaar (1977)	115 medewerkers van een grote perso- neelsafdeling	overheidsbureau, V.S.
Newman (1974)	I	2 maanden na interviews	108 verpleegkundigen en andere medewer- kers	verpleeghuis, V.S.

satisfaktie met kollega's (JDI)	- verzuimpercentage - frekwentie	- n.s. - negatief
satisfaktie met kollega's (JDI)	al dan niet één- of meer- malen (unexcused) afwezig gedurende twee maanden	n.s.

Tabel 6.1 Salaris/loonhoogte

Winkler (1980)	I	1 jaar	gemiddeld 21 stafle- den en ca. 570 leer- lingen per school	57 lagere scho- len in 2 staten (n=57), V.S.
Youngblood (1982)	I	4 jaar (1974- 1977)	281 medewerkers	groot overheids- bedrijf, V.S.

gemiddeld jaarlijkse salaris van alle leerkrachten per school	- frekwentie (gevallen ≤ 1 dag) - frekwentie (gevallen op maandag of vrijdag)	- positief - positief
salaris in 15 salarisklassen	- verzuimpercentage (ziekte) - verzuimpercentage (kort) - frekwentie (ziekte) - frekwentie (kort)	- n.s. - negatief (partieel) - n.s. - negatief (partieel)

Tabel 6.2 Satisfaktie met salaris/loon

auteur(s)	soort onder- zoek	onderzoeks- en/of waarnemings- periode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land	onafhankelijke variabele (c.q. mantreql)	verzuimmaat	resultaat
Cheloha en Færr (1980)	I	1 jaar (1977)	115 medewerkers van een grote perso- neelsafdeling	overheidsbureau, V.S.	satisfaktie met het salaris (JDI)	- verzuimpercentage - frekwentie	- n.s. - negatief
Newman (1974)	I	2 maanden na interviews	108 verpleegkundigen en andere medewer- kers	verpleeghuis, V.S.	satisfaktie met salaris (JDI)	frekwentie (0 t.o.v. 1 of meer)	n.s.
Rushmore en Youngblood (1979)	I	3 jaar (1974- 1976)	313 niet-leidingge- vende werknemers (in 17 taken en in 4 af- delingen)	groot overheids- bedrijf, V.S.	satisfaktie met het loon (JDI) (onder konstanthouding van tank- en andere satisfaktie- aspecten)	verzuimpercentage (<i>'illness hours'</i>)	n.s.
Weiner (1980)	I	6 maanden (juli - dec. 1978)	129 werknemers (lei- ding, beambten, on- derhoudspersoneel)	overheidsdienst, V.S.	- satisfaktie met de hoogte van het loon - satisfaktie met de belonings- praktijk - satisfaktie met het loon in vergelijking tot anderen	verzuimpercentage	- negatief - negatief - negatief

Tabel 6.3 Satisfaktie met promotiemogelijkheden

Cheloha en Færr (1980)	I	1 jaar (1977)	115 medewerkers van een grote perso- neelsafdeling	overheidsbureau, V.S.	satisfaktie met promotiemoge- lijkheden (JDI)	- verzuimpercentage - frekwentie	- n.s. - n.s.
Newman (1974)	I	2 maanden na interviews	108 verpleegkundigen en andere medewer- kers	verpleeghuis, V.S.	satisfaktie met promotiemoge- lijkheden (JDI)	al dan niet één of meer- malen (unexcused) afwezig gedurende 2 maanden	n.s.

Tabel 7.1 Dag/ploegdienst-verschil

auteur(s)	soort onder- zoek	onderzoeks- en/of waarnemings- periode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land
Clark (1975)	I	1 maand (maart 1971)	1707 verpleegkundi- gen	5 ziekenhuizen, Engeland
Colligan et al. (1979)	I	6 maanden	1196 vrouwelijke verplegers (300 in dagdienst; 600 in vaste avond- of nachtdienst; 300 in roterende diensten)	12 ziekenhuizen, V.S.

onafhankelijke variabele (c.q. muntregel)	verzuimmaat	resultaat
dagdienst t.o.v. nachtdienst (kontinu ploegdienststelsysteem)	frequentie (1-3-dagsge- vallen)	n.s.
dagdienst t.o.v. ploegdienst (leeftijd en burgerlijke staat o.m. onder controle)	verzuimpercentage	D < P

Tabel 7.2 Aspecten van ploegdienst

Jamal (1981)	I	4 maanden	431 vnl. vrouwelijke verpleegkundigen	2 provinciale ziekenhuizen, Canada
--------------	---	-----------	--	--

vaste dienst (dag, avond of nacht) t.o.v. roterende dienst	frequentie	roterende dienst ho- ger
---	------------	-----------------------------

Tabel 7.4 Part-time/full-time werk

Barr (1967)	I	3 jaar (1961- 1964)	ca. 7000 verpleeg- kundigen (resp. 4860 fulltimers en 2554 parttimers)	102 ziekenhui- zen, Engeland
Clark (1975)	I	1 maand (maart 1971)	1707 verpleegkundi- gen	5 ziekenhuizen, Engeland

full-time werk t.o.v. part-time werk (soort functie onder kon- trole)	- verzuimpercentage - frequentie - gem. duur per geval	- geen consistent verschil - geen consistent verschil - geen consistent verschil
part-time t.o.v. full-time personeel	frequentie 1-3-dagsgeval- len	lager (n.s.) voor parttimers

Tabel 7.5 Invoering van variabele werktijden

Kim en Campagna (1981)	E	1 maand vóór en 4 maanden na invoering	161 werknemers in de experimentele eenhe- den en 185 in de controle-eenheden	welzijnsbureau van de lagere overheid, V.S.
---------------------------	---	--	---	--

Invoering van variabele werk- tijden	- frequentie (betaald) - frequentie (onbetaald)	- n.s. daling (n.s. stijging bij kon- trolegroep) - daling (stijging bij controlegroep)
---	--	---

Tabel 8.1 Verzuimcontrole

auteur(s)	soort onderzoek	onderzoeks- en/of waarnemings-periode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land
Baum en Young-blood (1975)	E	1974 (2 x 8 weken)	297 studenten (afwisselend in de experimentele en de controlegroep)	universiteit, V.S.
Winkler (1980)	I	1 jaar	gemiddeld 21 stafleden en ca. 570 leerlingen per school	57 lagere scholen in 2 staten, V.S.

onafhankelijke variabele (c.q. maatregel)	verzuimmaat	resultaat
aanwezigheidsplicht (gesanktionneerd)	verzuimpercentage	negatief
staflid moet een medisch bewijs van ziekte overleggen (ongeacht de duur van het geval)	- frekwentie (gevallen ≤ 1 dag) - frekwentie (gevallen op maandag of vrijdag)	- n.s. - negatief
staflid moet ziekmelding direct doorgeven aan de directie	- frekwentie (gevallen ≤ 1 dag) - frekwentie (gevallen op maandag of vrijdag)	- negatief - negatief

Tabel 8.2 Ziekengelduitkeringen

Winkler (1980)	I	1 jaar	gemiddeld 21 stafleden en ca. 570 leerlingen per school	57 lagere scholen in 2 staten, V.S.
----------------	---	--------	---	-------------------------------------

het percentage stafleden per school dat gedekt wordt door een loondervingssysteem	- frekwentie (gevallen ≤ 1 dag) - frekwentie (gevallen op maandag of vrijdag)	- positief - positief
---	---	--------------------------

Tabel 8.4 Aanwezigheidspremies

Nord (1970)	L	5 jaar	ca. 4000 leraren (geen controlegroep)	schoolorganisatie, V.S.
Stephens en Burroughs (1978)	I	3 wkn vóór, 3 wkn tijdens en 2 wkn na de experimentele periode	2x46 = 92 personen in de experimentele groepen en geen controlegroepen	groot privé-ziekenhuis, V.S.

aanwezigheidspremie, uitbetaald na 1 semester zonder verzuim	percentage werknemers dat verzuimde	eerst daling, daarna weer stijging; geen controlegroep
aanwezigheidspremie d.m.v. lofterij (dus kans op financiële premie bij geen verzuim)	verzuimpercentage	daling (alleen tijdens experimentele periode); geen controlegroepen

Tabel 9.1 Bedrijfsproblemen/arbeidsonzekerheid

auteur(s)	soort onderzoek	onderzoeks- en/of waarnemingsperiode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land
-----------	-----------------	--------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

Rushmore en Youngblood (1979)	I	3 jaar (1974-1976)	313 niet-leidinggevende werknemers (in 17 taken en in 4 afdelingen)	groot overheidsbedrijf, V.S.
-------------------------------	---	--------------------	---	------------------------------

onafhankelijke variabele (c.q. maatregel)	verzuimmaat	resultaat
---	-------------	-----------

satisfaktie met de zekerheid van werk (onder konstanthouding van taak- en andere satisfaktie-aspekten)	verzuimpercentage ('illness hours')	negatief
--	-------------------------------------	----------

Tabel 11.1 Leeftijd (transversaal)

auteur(s)	soort onderzoek	onderzoeks- en/of waarnemingsperiode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land
-----------	-----------------	--------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

Buzzard en Shaw (1952)	I	3 jaar (1947-1950)	± 5000 mannen	31 overheidsdiensten, Engeland
------------------------	---	--------------------	---------------	--------------------------------

Ilgen en Hollenback (1977)	I	6 maanden (mei-november 1973)	165 vrouwelijke administratieve medewerkers	universiteit, V.S.
----------------------------	---	-------------------------------	---	--------------------

Jamal (1981)	I	4 maanden	431, vnl. vrouwelijke verpleegkundigen	2 provinciale ziekenhuizen, Canada
--------------	---	-----------	--	------------------------------------

Mann et al. (1971)	I	1 jaar (1965-1966)	634 mann. en 888 vrouw. werknemers	ziekenhuis, Israël
--------------------	---	--------------------	------------------------------------	--------------------

Spencer en Steers (1980)	I	9 maanden	124 administratieve en dienstverlenende werknemers	ziekenhuis, V.S.
--------------------------	---	-----------	--	------------------

Thomson (1972)	I	3 jaar (1967-1969)	ca. 23.000 beampten	5%-steekproef uit ca. 450.000 niet-industriële overheidswerknemers, Groot-Brittannië
----------------	---	--------------------	---------------------	--

onafhankelijke variabele (c.q. maatregel)	verzuimmaat	resultaat
---	-------------	-----------

10 leeftijdsklassen van 5 jaren (≤ 20 t/m 61 jaar en ouder)	- verzuimpercentage - frekwentie - gem. duur per geval	- positief - U-relatie - positief
---	--	---

leeftijd in jaren	- verzuimpercentage (sick leave) - verzuimpercentage (unexcused) - verzuimpercentage (totaal)	- n.s. - negatief - negatief
-------------------	---	------------------------------------

leeftijd (in jaren)	frekwentie	n.s.
---------------------	------------	------

3 leeftijdsklassen (< 32; 32-46 en > 47 jaar)	verzuimpercentage	positief (bij zowel m. als v.)
---	-------------------	--------------------------------

leeftijd (andere persoonsvariabelen onder controle)	verzuimpercentage	negatief
---	-------------------	----------

leeftijd (in 11 leeftijdsklassen)	verzuimpercentage (certified)	- positief (m.) - omgekeerde U-relatie (v.)
-----------------------------------	-------------------------------	--

Label 11.3 Lengte diensttijd

auteur(s)	soort onder- zoek	onderzoeks- en/of waarnemings- periode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land	onafhankelijke variabele (c.q. maatregel)	verzuimmaat	resultaat
Buzzard en Shaw (1952)	I	1 jaar (1948- 1949)	4666 mannen met lan- gere diensttijd t.o.v. ± 800 nieuw- komers	31 overheidsin- stanties, Engeland	diensttijd (in 2 klassen nl. minder of meer dan 6 maanden; leeftijd gestandaardiseerd)	verzuimpercentage	negatief
Clark (1975)	I	2 jaar	62 verpleegkundigen (vr.) in opleiding	5 ziekenhuizen, Engeland	diensttijd (4 perioden van 6 maanden)	- frekwentie (1-3-dags- gevallen) - frekwentie (langere ge- vallen)	- positief - negatief (n.s.)
Jamal (1981)	I	4 maanden	431, vnl. vrouwelij- ke verpleegkundigen	2 provinciale ziekenhuizen, Canada	diensttijd (in jaren; onder konstanthouding van leeftijd en geslacht)	frekwentie	negatief
Miller (1974)	I	1 jaar (1972- 1973)	steekproef van 8995 mannelijke en 2904 vrouwelijke over- heidsambtenaren (to- taal 11.899)	overheid, Australië	diensttijd (in 9 klassen van 1 jaar of meer)	- verzuimpercentage - frekwentie - gem. duur per geval	- eerste 2 à 3 jaar positief, daarna onduidelijke rela- tie (m. en v.) - omgekeerde U-rela- tie (m. en v.) - positief (m. en v.)
Spencer en Steers (1980)	I	9 maanden	124 administratieve en dienstverlenende werknemers	ziekenhuis, V.S.	diensttijd in de organisatie (leeftijd o.a. onder controle)	verzuimpercentage	positief
Weaver en Holmes (1972)	I	2 jaar (1968- 1969)	286 vrouwelijke amb- tenaren	gemeentelijke overheid, V.S.	diensttijd in de betr. positie (leeftijd o.a. onder controle)	verzuimpercentage	n.s. (negatief par- tieleel)
Youngblood (1982)	I	4 jaar (1974- 1977)	281 werknemers	groot overheids- bedrijf, V.S.	diensttijd (in 3 klassen: 0-4 jaar; 4-16.6 jaar en > 16.6 jaar)	verzuimpercentage	omgekeerde U-relatie
					diensttijd in maanden	- verzuimpercentage (ziekte) - verzuimpercentage (kort) - frekwentie (ziekte) - frekwentie (kort)	- n.s. - negatief (partieel) - negatief (partieel) - negatief (partieel)

Tabel 11.4 Geslacht

auteur(s)	soort onderzoek	onderzoeks- en/of waarnemings-periode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land	onafhankelijke variabele (c.q. maatregel)	verzuimmaat	resultaat
Clark (1975)	I	1 maand (maart 1971)	1707 verpleegkundigen	5 ziekenhuizen, Engeland	mannen t.o.v. vrouwen	frekwentie 1-3-dagsgeval- len	n.s.
Mann et al. (1971)	I	1 jaar (1965-1966)	634 mannelijke en 888 vrouwelijke werknemers	ziekenhuis, Israël	mannen t.o.v. vrouwen	- verzuimpercentage - frekwentie - gem. duur per geval	- V > M - V > M - V < M
Miller (1974)	I	1 jaar (1972-1973)	steekproef van 8995 mannelijke en 2904 vrouwelijke overheidsambtenaren (totaal 11.899)	overheid, Australië	mannen t.o.v. vrouwen (leeftijd konstant gehouden)	- verzuimpercentage - frekwentie - gem. duur per geval	- V > M - V > M - V = M
Schellart-Hokkeling en Schellart (1974)	I	1 jaar (1974)	ca. 1200 mannelijke en vrouwelijke verzuimers (503 mannen en 714 vrouwen)	GAK-distriktskantoor Haarlem, Nederland	mannen t.o.v. vrouwen	- verzuimpercentage - frekwentie - gem. duur per geval	- V < M - V < M(!) - V < M
Simpson (1962)	I	11 maanden (1954-1955)	738 mannelijke en 1648 vrouwelijke onderwijsgerevenden	scholen in Edinburgh, Schotland	mannen t.o.v. vrouwen (leeftijd gestandaardiseerd)	- verzuimpercentage - frekwentie - gem. duur per geval (gevallen max. 6 maanden)	- V > M - V > M - V > M
Spencer en Steers (1980)	I	9 maanden	124 administratieve en dienstverlenende werknemers	ziekenhuis, V.S.	mannen t.o.v. vrouwen (onder konstanthouding van andere persoonskenmerken)	verzuimpercentage	V = M (De orde) V < M (partieel)
Thomson (1972)	I	3 jaar (1967-1969)	ca. 23.000 beambten	5%-steekproef uit ca. 450.000 niet-industriële overheidswerknemers, Groot-Brittannië	mannen t.o.v. vrouwen	- verzuimpercentage - frekwentie - gem. duur per geval	- V > M - V > M - V < M
Youngblood (1982)	I	4 jaar (1974-1977)	281 medewerkers (mannen en vrouwen)	groot overheidsbedrijf, V.S.	mannen t.o.v. vrouwen	- verzuimpercentage (ziekte) - verzuimpercentage (kort) - frekwentie (ziekte) - frekwentie (kort)	- V > M (partieel) - V > M (partieel) - V > M (partieel) - V < M (partieel)

Label 11.5 Burgerlijke staat

auteur(s)	soort onderzoek	onderzoeks- en/of waarnemings-periode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land
Clark (1975)	I	1 maand (maart 1971)	1707 verpleegkundigen	5 ziekenhuizen, Engeland
Cornwall en Raffle (1961)	I	5 jaar (1953-1957)	6788 ongehuwden en 13.295 gehuwden vrouwelijke buskondukteurs	busbedrijf, Londen, Engeland
Jamal (1981)	I	4 maanden	431 vnl. vrouwelijke verpleegkundigen	2 provinciale ziekenhuizen, Canada
Mann et al. (1971)	I	1 jaar (1965-1966)	69 en 210 ongehuwde (m. en vr.) werknemers en 551 en 594 (m. en vr.) gehuwde werknemers	ziekenhuis, Israël
Schellart-Hokkeling en Schellart (1977)	I	1 jaar (1974)	ca. 1200 mannelijke en vrouwelijke verzuimers	GAK-distriktskantoor Haarlem, Nederland
Taylor (1979)	I	1 week (mei 1978)	steekproef uit ca. 60 miljoen werknemers (> 35 uur per week en excl. landbouw)	V.S.

onafhankelijke variabele (c.q. maatregel)	verzuimmaat	resultaat
gehuwden t.o.v. ongehuwden	frekwentie (1-3-dagsgevallen)	n.s.
gehuwden t.o.v. ongehuwden	- verzuimpercentage - frekwentie - gem. duur per geval (gevallen ≥ 4 dagen)	- gehuwd > ongehuwd - gehuwd > ongehuwd - gehuwd > ongehuwd
gehuwd t.o.v. ongehuwd (onder konstanthouding van leeftijd, dienstduur en geslacht)	frekwentie	gehuwd < ongehuwd
gehuwden t.o.v. ongehuwden (leeftijdsklasse onder controle gehouden)	verzuimpercentage	gehuwd > ongehuwd (bij mannen: bij jongeren geen verschil of zelfs omgekeerd)
gehuwd - ongehuwd (onder konstanthouding van geslacht)	- verzuimpercentage - frekwentie - gem. duur per geval	- gehuwd > ongehuwd - gehuwd > ongeh.(v.) gehuwd < ongeh.(m.) - gehuwd > ongeh.
gehuwd t.o.v. ongehuwd	verzuimpercentage	gehuwd = ongehuwd (mannen) gehuwd > ongehuwd (vrouwen)

Tabel 11.6 Aantal kinderen

auteur(s)	soort onderzoek	onderzoeks- en/of waarnemings-periode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land	onafhankelijke variabele (c.q. maatregel)	verzuimmaat	resultaat
Gupte en Beehr (1979)	I	1 maand vóór en 1 maand na het interview	321 werknemers (ongeveer evenveel mannen als vrouwen)	4 service-afd. van een ziekenhuis en 2 automobiellonderdelenbedrijven, V.S.	gezinsverantwoordelijkheid (kombinatie van man resp. vrouw en aantal kinderen)	- frekwentie (1 maand vooraf) - frekwentie (1 maand na)	- positief - positief
Ilgen en Mollenback (1977)	I	6 maanden (mei-november 1979)	165 vrouwelijke administratieve medewerkers	universiteit, V.S.	- aantal kinderen thuis - kinderen thuis jonger dan 7 jaar (nee - ja)	- verzuimpercentage (sick leave) - verzuimpercentage (unexcused) - verzuimpercentage (totaal) - verzuimpercentage (sick leave) - verzuimpercentage (unexcused) - verzuimpercentage (totaal)	- n.s. - n.s. - n.s. - n.s. - positief - n.s.
Youngblood (1982)	I	4 jaar (1974-1977)	281 medewerkers (mannen en vrouwen)	groot overheidsbedrijf, V.S.	aantal kinderen	- verzuimpercentage (ziekte) - verzuimpercentage (kort) - frekwentie (ziekte) - frekwentie (kort)	- n.s. (partieel) - n.s. (partieel) - n.s. (partieel) - n.s. (partieel)

Tabel 12.1 Persoonlijkheidskenmerken

Clark (1975)	I	3 jaar	20 verpleegsters (minstens 3 jaar in dienst; 9 weinig- en 11 veel-verzuimers)	5 ziekenhuizen, Engeland	tolerantie/intolerantie t.a.v. problemen in het werk (leeftijd en geslacht gestandaardiseerd)	frekwentie (1-3-dagsgevallen)	positief
		2 jaar	62 verpleegkundigen (vr.) in opleiding	5 ziekenhuizen, Engeland	- introversie/extraversie - mate van neuroticisme - mate van angst (anxiety) (volgens Eysenck-schaal)	- frekwentie - frekwentie - frekwentie - verzuimpercentage	- positief - positief - negatief - negatief

Label 12.2 Waardenoriëntatie t.a.v. de werksituatie

auteur(s)	soort onder- zoek	onderzoeks- en/of waarnemings- periode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land
Ilgen en Hollenback (1977)	I	6 maanden (mei- november 1973)	165 vrouwelijke ad- ministratieve mede- werkers	universiteit, V.S.
Rushmore en Youngblood (1979)	I	3 jaar (1974- 1976)	313 niet-leidingge- vende werknemers (in 17 taken in 4 afde- lingen)	groot overheids- bedrijf, V.S.
Steers en Braunstein (1976)	I	niet vermeld	382 werknemers (ad- ministratie, dienst- verlening, technici, specialisten, lei- dinggevenden)	ziekenhuis, V.S.

onafhankelijke variabele (c.q. maatregel)	verzuimmaat	resultaat
de mate waarin de werknemer verzuim niet akseptabel/wel ak- septabel vond	- verzuimpercentage (sick leave) - verzuimpercentage (unexcused) - verzuimpercentage (totaal)	- positief - n.s. - n.s.
- protestantse werkethiek - behoefte om zich te ontwik- kelen - belang van het werk (onder konstanthouding van taak- en satisfaktievariabelen)	verzuimpercentage ("illness hours")	- n.s. - n.s. - n.s. (partiële re- laties)
- behoefte om iets te presteren (achievement) - behoefte aan kontakt met an- deren (affiliation) - behoefte aan zelfstandigheid- verantwoordelijkheid (autonomy) - behoefte om invloed op ande- ren uit te oefenen (dominance)	verzuimpercentage(?)	- n.s. - negatief - n.s. - negatief

Label 13.1 Thuis situatie

Pardine et al. (1981)	I	1 jaar	72 managers (vnl. mannen)	grote ruimte- vaartorganisa- tie, V.S.
--------------------------	---	--------	------------------------------	---

"off-the-job stress" (mate van problemen buiten het werk)	verzuimpercentage (volgens eigen opgave)	positief
--	---	----------

Tabel 13.2 Vrijtijdsbesteding

auteur(s)	soort onderzoek	onderzoeks- en/of waarnemingsperiode	aantal en soort betrokken werknemers	soort bedrijf en land
Clark (1975)	I	3 jaar	20 verpleegsters (minstens 3 jaar in dienst; 9 weinig-verzuimers t.o.v. 11 veel-verzuimers)	5 ziekenhuizen, Engeland
Jamal (1981)	I	4 maanden	431 vol. vrouwelijke verpleegkundigen	2 provinciale ziekenhuizen, Canada
Youngblood (1982)	I	4 jaar (1974-1977)	281 werknemers	groot overheids-bedrijf, V.S.
	I	4 jaar (1974-1977)	281 werknemers	groot overheids-bedrijf, V.S.

onafhankelijke variabele (c.q. maatregel)	verzuimmaat	resultaat
aantal keren 'uitgaan' per week	frekwentie van 1-3-dags-gevallen (geslacht en leeftijd gestandaardiseerd)	positief
aantal uren participatie in vrijwillige organisaties (bijv. kerk, clubs, etc.)	frekwentie	n.s.
waarde gehecht aan vrije tijd (laag - hoog)	- verzuimpercentage (ziekte) - verzuimpercentage (kort) - frekwentie (ziekte) - frekwentie (kort)	- positief - n.s. - positief - n.s.
het ideale aantal uren dat men zou willen werken per week	- verzuimpercentage (ziekte) - verzuimpercentage (kort) - frekwentie (ziekte) - frekwentie (kort)	- negatief - negatief - negatief - negatief

Tabel 13.3 Woon-werkafstand/reistijd

Gupta en Beehr (1979)	I	1 maand vóór en 1 maand na interview	321 werknemers	4 service-afd. van een ziekenhuis en 2 automobiellonderdelenbedrijven, V.S.
Winkler (1980)	I	1 jaar	gemiddeld 21 stafleden en ca. 570 leerlingen per school	57 lagere scholen (n=57), V.S.

mate van transportproblemen wonen-werken	frekwentie	n.s.
gemiddeld woon-werkafstand van de leerkrachten per school	- frekwentie (gevallen ≤ 1 dag) - frekwentie (gevallen op maandag of vrijdag)	- positief - positief

Bijlage 2 Overzicht van persoons- en functiekenmerken zoals opgenomen
in het Ziekteverzuim-Informatiesysteem van de Stichting CCOZ

Geboortedatum
Geslacht
Burgerlijke staat
Nationaliteit
Woonplaatscode

Opleiding algemeen onderwijs
Opleiding vakonderwijs
Personeelsoort (beambte/handarbeider)
Afdelingscode
Soort dienst (dag/ploegen)
Aantal werkdagen per week
Aantal werkuren per week
Leidinggevend niveau
CAO-, functie- of schaalgroep
WAO-uitkeringspercentage

Datum indiensttreding
Event. datum uitdiensttreding
Event. uitdienstcode (reden van uitdiensttreding)

Bijlage 3 Stress/burnout-bevorderende factoren & preventieve en correctieve maatregelen

A.

I PERSOONLIJKHEIDSKENMERKEN

sterke betrokkenheid bij het werk; zeer grote toewijding; lange tijd te veel willen doen; altijd gelijk willen hebben; weinig belangstelling buiten het werk; zichzelf als enige die werk kan doen beschouwen; rigiditeit; (hoge) carrière verwachtingen; idealistisch.

II OMGEVINGSFACTOREN

burnout/stress-bevorderend kunnen zijn: beperkte carrière, bevorderende organisatiestructuur en -cultuur; laag salaris op (alle) werkniveaus; lage maatschappelijke waardering en belangstelling voor het beroep; weg-promoveren; sexisme; inefficiënt gebruik van faciliteiten en capaciteiten; verantwoordelijkheid zonder bevoegdheden; onvoldoende administratieve ondersteuning; ontoereikende materiële en financiële faciliteiten; budgettering/bezuinigingen; taakover- en onderbelasting; ontbreken van criteria om te evalueren.

III SYMPTOMEN STRESS/BURNOUT

Pschysomatische ziekten; negatief gedrag; apathie; geïrriteerdheid, 'onthecht' gedrag t.o.v. cliënt; chronische vermoeidheid, concentratieverlies; veelvuldig verkouden, griep, hoofdpijnen gastrointestinale stoornissen; slapeloosheid; drugsgebruik; verminderd gevoel van eigen waarde, negatief zelfbeeld; huwelijks- en gezinsproblemen; Gevoelsmatig opgebrand; vervreemding van het werk; geringe arbeids-satisfactie; "performance detoriation" ; "ontgoocheld idealisme"; rolconflict; verveeldheid; weifelen bij besluiten nemen; onverklaarbare ontevredenheid; vergeetachtigheid; onzekerheid m.b.t. plichten en rollen; gedragsveranderingen zoals verlies van energie en eetlust; allergieën, toenemend alcoholgebruik; improductiviteit.

B.

Preventieve/correctieve maatregelen stress/burnout

Strategieën/coping technieken

I Supervisiestrategieën:

- * vrijaf geven na drukken tijden
- * ondersteuning door collega's
- * voorzien in promotiemogelijkheden
- * terugkoppeling over het werk geven
- * verdeling van taken op basis van bekwaamheden, etc.
- * het werken met een hulpverleningsplan
- * overhevelen van verantwoordelijkheden

II Organisatiestrategieën:

- * deskundigheidsbevordering
- * taakvariatie, naar omvang en zwaarte
- * verbeteren van communicatie vooral naar boven toe

- * wijzigen en afwisseling brengen in verschillende rollen en functies
- * terugkoppeling naar de uitvoerenden over hun werk
- * werkindeling van leidinggevenden
- * training van leidinggevend personeel
- * zorgvuldige selectie van personeel

III Coping technieken:

- * zelfkennis
- * bevoegdheid delegeren
- * open relaties cultiveren
- * plezierige vrije tijdsbesteding
- * zichzelf realistische doelen stellen
- * samenwerking met collega's
- * interactie met cliënten
- * op gezette tijden aan lichamelijke conditie werken

IV Therapie

- * therapie om de realiteitszin te vergroten
- * therapie op rationeel-emotioneel gebied

Subscales of the Maslach Burnout Inventory

(High degrees of burnout are reflected in high mean scores on A and B, and low scores on C)

Emotional Exhaustion (A)

1. I feel emotionally drained from my work.
2. I feel used up at the end of the workday.
5. I feel fatigued when I get up in the morning and have to face another day on the job.
9. Working with people all day is really a strain for me.
11. I feel burned out from my work.
16. I feel frustrated by my job.
17. I feel I'm working too hard on my job.
19. Working directly with people puts too much stress on me.
23. I feel like I'm at the end of my rope.

Depersonalization (B)

8. I feel I treat some recipients as if they were impersonal "objects".
13. I've become more callous toward people since I took this job.
14. I worry that this job is hardening me emotionally.
18. I don't really care what happens to some recipients.
25. I feel recipients blame me for some of their problems.

Personal Accomplishment (C)*

7. I can easily understand how my recipients feel about things.
10. I deal very effectively with the problems of my recipients.
12. I feel I'm positively influencing other people's lives through my work.
15. I feel very energetic.
20. I can easily create a relaxed atmosphere with my recipients.
21. I feel exhilarated after working closely with my recipients.
22. I have accomplished many worthwhile things in this job.
24. In my work, I deal with emotional problems very calmly.

Personal Involvement (D) (optional subscale)

3. I feel similar to my recipients in many ways.
4. I feel personally involved with my recipients' problems.
6. I feel uncomfortable about the way I have treated some recipients.

Table 1. Factor Structure of the Maslach Burnout Inventory^a

Item	Factor ^b			
	Emotional Exhaustion	Personal Accomplishment	Depersonalization	Personal Involvement
I feel emotionally drained from my work.	.743	.082	.002	-.073
I feel used up at the end of the workday	.715	.010	.063	-.027
I feel fatigued when I get up in the morning and have to face another day on the job.	.711	-.134	.115	-.085
Working with people all day is really a strain for me.	.628	-.109	.250	-.060
I feel burned out from my work.	.772	-.004	.119	-.012
I feel frustrated by my job.	.719	-.049	.040	-.066
I feel I'm working too hard on my job.	.654	.045	.057	.074
Working directly with people puts too much stress on me.	.588	-.086	.230	-.116
I feel like I'm at the end of my rope.	.616	-.047	.243	.004
I feel I treat some patients as if they were impersonal objects.	.206	-.114	.697	-.190
I've become more callous toward people since I took this job.	.182	-.017	.697	.042
I worry that this job is hardening me emotionally.	.195	-.004	.699	.080
I don't really care what happens to some patients.	.058	.007	.685	-.055
I feel patients blame me for some of their problems.	.149	-.033	.392	-.401
I can easily understand how my patients feel about things.	.035	.699	.042	-.086
I deal very effectively with the problems of my patients.	.041	.773	.025	-.036
I feel I'm positively influencing other people's lives through my work.	.070	.586	-.140	-.298
I feel very energetic.	-.432	.430	-.069	.043
I can easily create a relaxed atmosphere with my patients.	-.054	.744	.019	-.133
I feel exhilarated after working closely with my patients.	-.106	.593	-.109	-.368
I have accomplished many worthwhile things in this job.	-.011	.645	.072	.079
In my work, I deal with emotional problems very calmly.	-.212	.656	-.002	.076
I feel similar to my patients in many ways.	.021	.331	-.054	-.577
I feel personally involved with my patients' problems.	.027	.313	-.056	-.601
I feel uncomfortable about the way I have treated some patients.	.127	-.173	.272	-.662

^aPercentages of summed squared factor loadings pertaining to the items defining the factors were as follows: Emotional Exhaustion, 91.1 percent; Personal Accomplishment, 91.6 percent; Depersonalization, 86.0 percent; and Personal Involvement, 68.8 percent.

^bA factor loading of .4 or higher for an item indicates a correlation between the item and the factor.

Bijlage 5a: lijst van stressoren *

Stressoren in het Michigan-model

- Rolonzekerheid* (onzekerheid in de werksituatie over de te vervullen taak, wat er verwacht wordt en hoe het werk wordt gewaardeerd).
 - Rolconflict* (het moeten uitvoeren van werkzaamheden die in strijd zijn met ander werk dat gedaan moet worden).
 - Verantwoordelijkheid voor mensen* (het bezitten van verantwoordelijkheid voor de toekomst van anderen, hun werkzekerheid, welzijn en veiligheid en voor het werkklimaat).
 - Niet voldoende gebruik kunnen maken van op school, in training en uit vroegere ervaring verworven kennis en vaardigheden.*
 - Werkbelasting* (kwantitatieve belasting door veel werk, snel moeten werken met weinig mogelijkheden tot rust en door complexe opdrachten).
 - Geprikkeldheid in relatie tot de chef en de ondergeschikten* (de mate waarin een superieur een persoon meer op louten wijst, dan dat hij goede dingen prijst).
 - Spanningen en meningsverschillen met afdelingen.*
 - Participatiegebrek* (het niet voldoende kunnen deelnemen aan overleg met superieuren over beslissingen die op het werk betrekking hebben).
 - Gebrek aan steun van de chef* (ontbreken van morele steun bij moeilijkheden in het werk en bereidheid tot praten en luisteren).
 - Gebrek aan steun van collega's*
 - Gebrek aan steun van anderen op het werk* (niet directe collega's).
 - Gebrek aan steun van de partner, verwanten en kennissen*
 - Toekomstonzekerheid* (onzekerheid over de toekomst van de carrière en van de bruikbaarheid van de huidige kennis over een aantal jaren).
- Gebaseerd op: Reiche en Van Dijkhuizen, 1980

Bijlage 5b: lijst van stress-reacties (= strains) *

Stress-reacties in het Michigan-model

- Ontevredenheid met het werk*
 - Psychosomatische klachten* (hartkloppingen, duizeligheid, hoofdpijn, kortademigheid, slapeloosheid, maagklachten, etc.)
 - Psychische klachten* (angst, depressiviteit en irritatie)
 - Verlies van zelfwaardering*
 - Bezorgdheid over het eigen functioneren in het werk*
 - Roken*
 - Ziekteverzuim*
 - Alcoholgebruik*
 - Bloeddruk*
 - Cholesterolniveau in het bloed*
 - Hartslagfrequentie*
 - Zuurlijvigheid*
- Gebaseerd op: Reiche en Van Dijkhuizen, 1980

Bijlage 5b (vervolg) *

Fysiologische stress-reacties

- verhoging bloeddruk en hartslag
- verandering in ademhaling
- verandering in huidweerstand
- verandering in spierspanning
- afname spijsvertering
- verhoging bloedsuikerspiegel
- hoger gehalte witte en rode bloedlichaampjes
- hoger gehalte cholesterol en vrije vetzuren in het bloed
- verhoging stollingsfactor van het bloed
- verhoging van de excretie van bijnierhormonen
- droge mond
- transpireren

Psychologische stress-reacties

- angst
- geïrriteerdheid
- vijandigheid/wrok
- zich gespannen voelen
- innerlijke verwardheid en onzekerheid
- depressiviteit
- ontevredenheid met de situatie
- zich afsluiten van een situatie/geen interesse
- verveling/apathie/berusting
- schaamte/schuld
- psychische vermoeidheid
- weinig zelfrespect
- geringe tolerantie voor anderen
- besluiteloosheid
- concentratie- en denkstoornissen
- vergeetachtigheid

Gedragsmatige stress-reacties

- agressief gedrag
- rusteloos gedrag
- ongecoördineerd gedrag (bijv. in paniek)
- het vermijden van een situatie (bijv. werkverzuim)
- verandering in activiteiten en prestaties
- ongelukken (bijv. op het werk)
- roken, drinken, gebruik van pillen
- slaapproblemen
- verandering in eetlust
- stotteren

Bijlage 6 Overzicht onderzoeksliteratuur

AUTEURS	TITEL/ SOORT ONDERZOEK/ ONDERWERP	POPULATIE-/ STEEKPROEFKENMERKEN METHODE
Anderson, C.R., Hellriegel, D. & Stocum, J.W. (1977)	affectieve response to organizational stress *psychological stress/coping behaviours	aselecte steekproef n=102 eigenaars-managers van kleine zaken (USA)
Anderson, J.C. & O'Reilly, C.A. (1981)	*Effects of an organizational control system on managerial satisfaction and performance	Managerial personnel n=99 gem. leeftijd 35 jr.; 7 jr. dienst 65% college degrees
Abel-Halim, A.A. (1978)	*Employee affective responses to organizational stress: moderating effects of job characterizations	Managerial personnel n=89 zware industrie: gem lfd SD=15 hightschool diploma + 52% B.S. \$ 35,000
Adams, P.G. & Slocum, J.W. (1971)	*Workgroup and employee satisfaction	n=142 G.Z.-beroepen vragenlijst
Aiken, W.J., Smits, S.J. & Lollar, D.J. (1972)	*Leadership behaviour and job satisfaction in state rehabilitation agencies	n=230 workers from 31 state rehabilitation agencies; vier subschalen van de "Leader Behaviour Description Questionnaire" Job satisfaction Inventory (JSI)
Alexander, L.	*Effective time management techniques	-
A.....ason, N.E. & Borgan, W.A. (1982)	*The dynamics of unemployment: Job loss and job search (burnout)	-
Anderson, C.R. (1976)	*Coping behaviour as intervening mechanisms in the inverted-U stress-performance relationship	93 eigenaars-managers van kleine zaken (USA) hypothese: perceived stress and performance display an inverted U relationship, and emotional coping mechanisms increate under higher stress - interview + stress-schaal
Anderson, C.R. (1977)	Locus of control coping behaviours and performance in a stress setting. A longitudinal study	n=102 kleine zakenlieden 1. interview 8 maanden na orkaan Agnes; 2. interview ca 36 maanden na orkaan Agnes;

ONAFHANKELIJKE VARIABLEN	AFHANKELIJKE VARIABLEN	RESULTAAT
stress = overstroming t.g.v. orkaan Agnes, 1972	a. eigen financiële re- serves b. persoonlijkheid c. ervaren stress d. 'coping'-gedrag	n.s. sign n.s. - persoonlijkheid -> pos. - probleem-georiënteerde coping -> pos - emotie - georiënteerde coping -> neg
controle-systeem	a. overall performance b. job satisfaction	- participatie in doel vaststellen -> sign - reward contingency -> independently related
role conflict, role ambiguity, role over- load	a. intrinsic job satis- faction b. involvement c. anxiety	- role conflict -- role overload - - job enrichment - high -> + - low -> - (under high role ambig- uity condition) - role overload ++ - role conflict +
groepsaamhorigheid (group cohesiveness)	job satisfaction	--> pos.
leadership behaviour	job satisfaction	--> interpersoonlijk (su- pervisie)-gedrag +
-	-	aanbeveling voor een methodische aanpak bij lange-termijn taken
-	-	Dynamics of unemployment are explained in a two stage model.
stress = schade t.g.v. orkaan	a. perceived stress b. performance c. emotional coping	performance n.s. of organization? coping patterns + anxiety + high stress -> over concentration emotional & defensive coping mechanisms -> lower levels of performance
managerial locus of control	a. performance of mana- b. perceived stress c. coping behaviours	?

AUTEURS	TITEL/ SOORT ONDERZOEK/ ONDERWERP	POPULATIE-/ STEEKPROEFKENMERKEN METHODE
Beehr, T.A., Walsh, J.T. & Taber, T.D. (1976)	Relationships of stress to individually and or- ganizationally valued states: Higher order needs as a moderator	n=79; n=64 white collar union drafting, mechanical & technical/clerical jobs manufacturing firms gem. leeftijd 34; gem. inkomen \$ 9.400
Buechler, D.K.	Help for the burned-out nurse?	
Flier, H. van der & J. Algera	Taakkenmerken, werkbele- ving en ziekteverzuim (betrouwbaarheid taak- kenmerkenschalen en sa- menhang met werkbeleving en ziekteverzuim	144 taakuitvoerders en 98 deskundigen NS/busfuncties
Hulin, C.G.	Jobsatisfaction and turnover in a female clerical population (hypothese-toetsing)	jobsatisfaction question- naires n=350 cleri- cal workers metingen na 5 mnd en na 12 mnd
McDermott, D.	Professional Burnout and its relation to job characteristics, satis- faction, and control	n=104 personeel op gebied van wetensch. onderwijs, gezondheid en geestelijke gezondheid administratie en enkele anderen (selecte steekproef)

ONAFHANKELIJKE
VARIABLEN

AFHANKELIJKE
VARIABLEN

RESULTAAT

		People with strong higher order needs are likely to gain more satisfaction from performance of challenging tasks than are people with low levels of higher order needs. relationships between variety, autonomy task feedback task identity and several aspects of motivation were frequently moderated by higher order need strength. Jobs that have ambiguous demands, too many demands, or that do not allow the employee to participate in work related decisions are likely to hinder attempts at successful performance, frustrating higher order needs.
24 taakkenmerken	- werkbeleving - ziekteverzuim	'duidelijke' samenhang taakkenmerken met werkbeleving en werksituatie maar niet met 'self-reported' ziekteverzuim. Alg. conclusie: schalen nuttig (aanvullend) instrument te meting van taakkenmerken en werkbeleving
'job satisfaction'	- personeelsverloop	de verlaters waren significant minder tevreden dan de blijvers bij beide metingen (hypothese aanvaard)
taakkenmerken 13 (job characteristics) ratings of satisfaction with and control over these characteristics	- burn-out scores	significante positieve correlaties met 10 van de 13 job characteristics; sign. neg. correlaties voor 6 items m.b.t. controle over de job characteristics geen correlaties voor de demografische variabelen als leeftijd, sexe, burgerlijke staat, werk van de echtgenote verplichtingen aantal uren werk per week en op afroep werken (diensthebben)

AUTEURS	TITEL/ SOORT ONDERZOEK/ ONDERWERP	POPULATIE-/ STEEKPROEFKENMERKEN METHODE
Molendijk, A.D. en P.G.H. Mulder	Arbeidsverzuim tengevol- ge van ziekte onder een groep Rotterdamse ambte- naren over de jaren 1956-1973	overzicht verzuimpercen- tages per diagnose groep
Molendijk, A.D.	Verzuim en invalidering bij Rotterdams gemeente- ambtenaren in 1979	secundaire analyse (overzicht) van enkele verzuim- en invalide- ringsgegevens over het jaar 1979 van R'damse gemeenteambtenaren 17.432 M en 5.653 V in versch. functies
Winnurbst, J. & F. Marcelissen en R.J. Kleber	Effects of social sup- port in the stressor- strain relationship: a dutch sample. (hypothese-toetsing dat sociale ondersteuning het individu beschermt tegen schadelijke effec- ten van 'job-stress' en de 'strain' en gevolgen voor de gezondheid laag houdt)	6 hypothesen m.b.t. de tol van ondersteuning (3 interactieve- en 3 hoofdeffecten) regres- sie-analyse van gegevens van n=1246 werknemers uit 13 versch. indus- triële organisaties.

ONAFHANKELIJKE
VARIABLEN

AFHANKELIJKE
VARIABLEN

RESULTAAT

In de periode 1956-1973 bij de groep Rotterdamse ambtenaren is opvallend een toename van het verzuim in de diagnosegroep 'psychosen en psychopathieën'

Een duidelijk verband van verzuimgegevens met geslacht, leeftijd en salarisklasse. Psychische aandoeningen blijken verreweg de belangrijkste oorzaak van verzuim. Aandoeningen van het bewegingsapparaat als verzuimoorzaak op de tweede plaats en blijken verband te houden met de functie. Achte respiratoire aandoeningen als derde. Tesaamen blijkt daarmee 50% van het verzuim gerubriceerd. Uit de gegevens over invalidering blijkt dat het invalideringsrisico sterk toeneemt met de leeftijd en dat de twee belangrijkste oorzaken van verzuim, psychische aandoeningen en aandoeningen van het bewegingsapparaat, ook de belangrijkste zijn van blijvende arbeidsongeschiktheid.

sociale ondersteuning

work related
stressors-strains

Sociale ondersteuning vormt een buffer voor werk-gerelateerde stressoren en de gevolgen voor de psychologische en gedrags-'strains'. Geen buffer-effect t.a.v. gezondheidsstrains. Opvallend resultaat was het sterke buffer-effect dat uitgaat van ondersteuning door chef in geval van psychologische problemen: een buffer tegen hoge bloeddruk van de werknemer.

AUTEURS	TITEL/ SOORT ONDERZOEK/ ONDERWERP	POPULATIE-/ STEEKPROEFKENMERKEN METHODE
Andrews, F.M. & Farris, G.G. (1972)	Time pressure and performance of scientists and engineers: A five year pael study	tijdstip 1: 117 scientists and engineers in a NASA research division. tijdstip 2: 118 onderzoekers waarvan 78 dezelfde als tijdstip 1
Atchison, F.J. & Leffers, E.A. (1972)	The prediction of turnover using Hertzberg's job satisfaction technique	re-analysis of an earlier studies performed bij the Air Force (USA)
Axelrod, W.L. & Gavin, J.F. (1980)	Stress and strain in blue-collar and white collar management staff.	Middelgrote timing- organization 37 blue collar DC and 33 white collar managers WC
Baekr, E.A. & Renck, R.	The definition and measurement of employee morale	attitude survey and questionnaires for certain types of employees
Baldwin, B.A. (1983)	Management direction (beschrijvend)	

ONAFHANKELIJK VARIA-
BELEN

AFHANKELIJKE VARIA-
BELEN

RESULTAAT

Tijdsdruk (ervaren
tijd en optimale tijd)

a. Performance measures
(e.g. innovation, produc-
tives, usefulness)
b. other information,
about:
-motivation
communication with col-
leagues
-role of the technical
supervisor
-attitudes toward work.

--> tijdsdruk --> + meer
--> hoger verhoging van
wetenschap productie

intentions of officers
(motivation factors)
Hertzberg

turnover (verloop)

--> x motivation factors +

Moderator variables

"strains" o anxiety, de-
pression
irritation
o psychosomatic
symptomus
o work dissa-
tisfaction

--> heavier load: wc; lower
scores
--> variation in work: bc;
pos
role conflict; wc +; bc.
m.s
job security --> neg (b
c)
n.s. (w c)
utilization of skills-->
w c -
b c n.s.

(basis) attitudes in
the industrial popula-
tion.

- o organization & mana-
gement
- o immediate supervision
- o material rewards
- o friendliness and co-
operation of fellow em-

morale of employees

basic attitudes in the
industrial population
that affect the morale
of employees.

- ployees
- o personal rewards
(job satisfaction)

There are several ways in
which individuals unneces-
sarily create failure ex-
periences for them-
selves in their work. Inces-
sant pressure on the job
may make it difficult to
maintain the skills to
prevent stress overload.
The result is spread of
stress or the invasion of
workrelated stress into
non-work areas of life.

AUTEURS

TITEL/
SOORT ONDERZOEK/
ONDERWERPPOPULATIE-/
STEEKPROEFKENMERKEN
METHODE

Bartolome, F. & Evans,
P.A. (1980)Must success cost so
much? (beschrijvend,
verklarend)interviews & question
naires over a 5-year pe-
riod st. po. managers
and executive couples

ONAFHANKELIJK VARIA-
BELEN

AFHANKELIJKE VARIA-
BELEN

RESULTAAT

Stress

family life, personal

In order to avoid negative spillover and perform job duties effectively it is necessary to separate private and professional life. Realistic self assesoment is emphasized for a balanced life style. Four action recommended to reduce work pressure:
1/broaden organizational values
2/create multiple reward and career ladders
3/reglistics performance appraisals
4/reduction of organizational uncertainty

AUTEURS	TITEL/ SOORT ONDERZOEK ONDERWERP	POPULATIE STREEKPROEFKENMERKEN METHODE
Mulder, P. en A.D. Molendijk	De opzet van een arbeids beschrijvend verzuimregistratiesys- teem voor Rotterdamse gemeenteambtenaren	
Redfern, S,J,	Absence and Wastage in trained nurses: a selec tive review of the re- view of the literature	beschrijvend overzicht van factoren in relatie tot verzuim van verpleeg- sters (frequentie en duur)
Pines, A et Al (1985)	Rates of sickness ab- senteeism among emplo- yees of a modern hospi- tal: the role of demo- graphic and occupational factors.	vergelijkende (secun- daire) analyse van gege- vens van werknemers van een ziekenhuis nu en 15 jaar geleden N= 3020 (Jeruzalem)

ONAFHANKELIJKE VARIA-
BELEN

AFHANKELIJKE VARIA-

RESULTAAT

Ten grondslag aan de op-
zet van het arbeidsver-
zuimregistratie systeem
lag de behoefte aan ac-
tueel inzicht in zowel
gehele als gedeeltelijke
arbeidsverzuim en de aan
het verzuim ten grond-
slag liggende redenen
(diagnosen).

Lijst van factoren die
betrekking hebben op
'absence and wastage"

Demographic (sex, age, sickness absenteeism
marital status) and
occupational (occu-
pational group, dura-
tion of hospital
employment) varia-
bles.

Het LIER-systeem

Het landelijk indicatie- en registratiesysteem is een hulpmiddel om tot een zo verantwoord mogelijke afstemming tussen hulpvraag en hulpaanbod te komen. Het is gericht op de elementen:

- wat is er aan de hand (indicatie),
- waar moet aan gewerkt worden (werkplan),
- waar wil men uitkomen (einddoel).

Het LIER-systeem heeft als eerste uitgangspunt de algemene doelstelling van de gezinsverzorging en datgene wat in de Rijkssubsidieregeling gesteld is (zie art. 1, lid b, 16, lid 1 en 17 en bijlage 3).

Het LIER-systeem gaat uit van de volgende visie, nl.

- dat elk huishouden in eerste instantie zelf verantwoordelijk is voor het functioneren van zijn huishouden en dat de hulp van de gezinsverzorging zich niet enkel moet richten op de uitvaller binnen het huishouden, maar primair op de gevolgen van de uitval (de uitvallende functie) voor het hele huishouden. Bij de beoordeling van de hulpvraag worden dan ook eerst een beroep gedaan op alle huisgenoten om via een, al dan niet tijdelijke, herschikking van taken en verantwoordelijkheden binnen het huishouden zoveel mogelijk de oorspronkelijke gevolgen van de uitval zelf op te vangen. Het stimuleren van de eigen mogelijkheden van het huishouden staat hierbij voorop, en van daaruit worden door de instelling samen met het huishouden de wederzijdse verantwoordelijkheden vastgesteld. Bekeken wordt op welke punten het huishouden zelf oplossingen kan vinden en op welke onderdelen de gezinsverzorging de eigen mogelijkheden voor het huishouden (via concrete hulp) moet aanvullen en eventueel in samenspel met de betrokkenen kan helpen vergroten.

Het is aan de gezinsverzorgingsorganisatie om de beschikbare hulpverleningscapaciteit toe te wijzen op zodanige wijze, dat hulpvragers in gelijke omstandigheden eenzelfde aanspraak op hulp hebben.

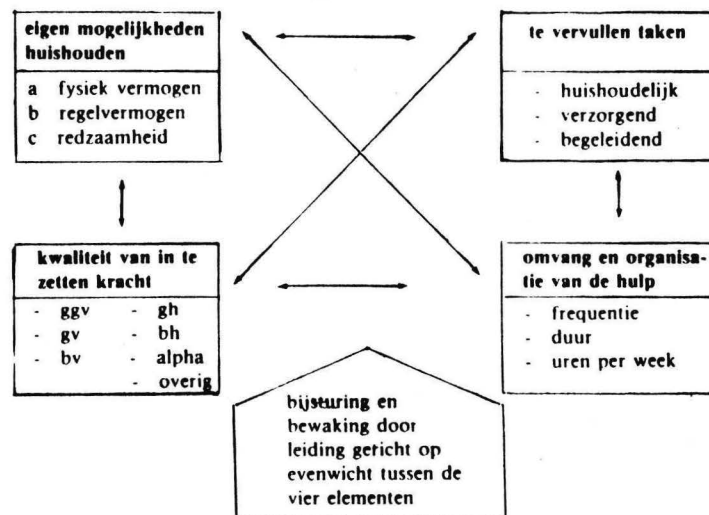
Het LIER-systeem is een hulpmiddel om vanuit een doelbewust en doelgericht handelen samenhang aan te brengen tussen de vier elementen die samen het beeld van de hulpverleningssituatie aangeven. Deze vier elementen, t.w.:

- de eigen mogelijkheden van het huishouden,

- de afspraken over taken en taakverdeling,
- de tijd die nodig is om de taken verantwoord uit te voeren, en
- de kwaliteit van de in te zetten hulpkracht,

worden in het LIER-systeem in hun samenhang bekeken. Een wijziging binnen een element heeft consequenties voor de overige drie. Zo zal wanneer de eigen mogelijkheden van het huishouden toenemen, een en ander tot uitdrukking komen in bijv. minder uren, hetgeen kan leiden tot een geleidelijke afbouw van de hulpverlening.

Schematisch ziet het er als volgt uit:



Een essentiële plaats in het LIER-systeem is toegekend aan het diagnostisch plaatje van het huishouden, vertaald in scores op de eigen mogelijkheden (a, b en c) omdat daarin de motivatie en de verantwoording liggen opgesloten van de te vervullen taken, kwaliteit en de omvang van de hulp.

Het systeem beoogt tevens een grotere objectiviteit d.m.v. een eenduidige beschrijving van de hulpvraag van de cliënt. Dit verhoogt de overdraagbaarheid en de uniformiteit in de behandeling.

Meer informatie over het LIER-systeem is te vinden in het rapport LIER-systeem (CR 2187/82), katern nr. 13: LIER-systeem, en in de handleiding LIER-systeem (CR 2686/86).

INDIKATIEFORMULIER I

KOMPLEXEN

Naam en plaats

A. Fysiekvermogen

Aard en omvang van het lichamelijk onvermogen, evt. ziektebeeld / beperkingen / med. voorschriften e.d. (bij
henkling: verandering in situatie)

B. Regelvermogen

Psychisch / mentale situatie van de leefeenheid: uitvallet / andere gezinsleden / onderlinge relaties / relaties extern:
(bij henkling: verandering in situatie)

C. Redzaamheid van de leefeenheid intern / extern: (bij henkling: verandering in situatie)

Score:

A	B	C

Bijlage 7 (vervolg)

INDIKATIEFORMULIER II/PONSKONCEPT LIER-SYSTEEM/TAKEN GEZINSVERZORGING

Naam cliënt _____ Naam instelling _____
 Woonplaats _____
 Adres _____
 Volgnummer _____ telefoon _____



Kaartsoort				Instellingsnr				Gezinsnr								Datum			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
								korte hh				rayon							
								9	10	11	12	13	14						

I. UITVOERENDE MEDEWERKENDE

1. HUISHOUDELIJK VERZORGEND	1*	2*
organisatie huishoudelijke werkzaamheden	21	
maaltijdverzorging		
- ontbijt/broodmaaltijd	22	
- eten voorbereiden	23	
- koken	24	
- tafel dekken	25	
- afwassen	26	
verzorging kleding/innengoed		
- wassen	27	
- strijken	28	
- verzorging kleding/schoenen	29	
- versterkwerk	30	
onderhoud huis/huisraad		
- licht werk	31	
- zwaar werk	32	
boodschappen		
- dagelijks	33	
- periodiek	34	
planten/huisdieren	35	

2. ZORG/VERZORGENDE HULP t.a.v.:	1*	2*
- baby/peuter/kleuter	36	
- schoolgaande jeugd	37	
- pubers/jong volwassenen	38	
- volwassenen	39	
- zieken/gehandicapten	40	
- toezien op uitvoering med. voorschriften	41	
- begeleiden naar arts/specialist enz.	42	

3. BEGELEIDEND/SOCIAAL	1*	2*
- besturen huishouden	43	
- financiële/administratieve zaken	44	
- bezig houden kinderen	45	
- begeleiden kinderen	46	
- opvoeden	47	
- steerscheppende taken/gastvrouwrol verv.	48	
- werkbezoek aan buitenshuis verpleegde	49	
- observeren	50	
- luisteren	51	
- psychische steun	52	
- helpen veranderen		
- huishoudelijk verzorgende taken	53	
- zorg/verzorgende taken	54	
- begeleidend/sociale taken	55	

II. LEID(ST)ER

- toezicht op hulpverlening	56
- instrueren	57
- probleembewust maken	58
- helpen veranderen	59
- ondersteunen/verwerken van problematiek	60
- verwijzen	61
- samenwerken	62

Advies t.a.v. frequente werkkontakt met
 - klantsysteem 1 x per weken
 - uitvoerende medewerkende 1 x per weken

III. TOEWIJZING UITVOERENDE MEDEWERKENDE/UREN

- geïndiceerde hulp	63
1 = ggv 3 = bv 5 = bh	
2 = gv 4 = gh 6 = alpha	
7 =	
- toegewezen hulp (zie boven)	64
- motivatie bij afwijking	65
1 = geïndiceerde kwaliteit niet beschikbaar	
2 = persoonlijke kwaliteiten prevaleren	
3 = organisatorische beperking	
4 =	
- geïndiceerd aantal uren	66 67 68
aantal keren hulp per week (frekwentie)	69
van uur tot uur	
van uur tot uur	
- toegewezen aantal uren	70 71 72
aantal keren hulp per week (frekwentie)	73
van uur tot uur	
van uur tot uur	
- motivatie bij afwijking	74
1 = wegens factoren binnen de instelling	
2 = wegens factoren in het klantsysteem	
3 =	
- vermoedelijke duur tot hulpverlening	
weken (X) = tot 1 maand	
maanden (Y) = van 1.6 maanden	
maanden (Z) = langer dan 6 maanden	
75 76 77 78 categorie 79	

INDIKATIEFORMULIER III

AANDACHTSPUNTEN Naam en adres: _____

1. Taak voor leid(st)er:
 a. naar klantsysteem en/of uitvoerende medewerkende

b. kontakt met derden/samenwerking met

2. Werkopdracht uitvoerende medewerkende:
 specifieke toelichting op taken/beroepshouding in deze leefeenheid

3. Bijkomende zaken m.b.t. de hulpverlening:

a. (o.m.) huisvesting, milieu, financiën

b. afspraken met hulpvrager/termijn van herijking

Datum

Naam leid(st)er

REGISTRATIEFORMULIER

Jaar	Registratienummer	Tijd hulpverl.		Langd. hulpverl.	
Heropening: ja/nee	Werkeenheid	met bij.	bejaard	met bij.	bejaard
	Naam M.W./led(st)er				

GEGEVENS GEZIN

gezinsamenstelling	geboortedatum
man	
vrouw	onget/geh/wed(n)/gesch/verlaten
adres	tel.
woonplaats	gemeente
	godsdienst
	nation.
inwonende kinderen (roepnaam)	geboortedatum
en overige inwonenden	beroep/school
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

beroep/gewezen beroep gezinshoofd

werkgever

werktijden

REDEN AANVRAAG:

huisarts: specialist: opname in:	aangevraagd door (naam en functie of relatie)
vermoedelijke duur hulpverlening: ☐ X ☐ Y ☐ Z	
datum aanvraag hulp:	
datum intake:	
datum hulp gewenst: datum hulp verleend: datum hulp beëindigd: reden afsluiting:	hulp niet verleend d d wegens pg/gv/ao/ov

GEGEVENS RETRIBUTIE

Formulier inkomensopgave in gezin achtergelaten : ja/nee	Draagkrachtruimte per 4 weken 1e t/m 4e week 5e t/m 8e week vanaf 9e week Inkomensregel
Naam bank:	letter ☐ A ☐ B ☐ C
Nummer bankrekening:	regelnr
Nummer girorekening:	Herstartdatum
	Tanef ☐ H ☐ L
	Datum wijziging

32 factoren die samengaan met een laag verzuimpercentage (Smulders, 1984)

- veel taakvariatie, afwisseling in het werk
- veel vrijheid, autonomie, zelfstandigheid in het werk
- veel verantwoordelijkheid in het werk
- hoog niveau in de organisatie-hiërarchie
- hoge scholingsgraad, opleidingsniveau
- kleine bedrijfsgrootte
- goede fysieke werkomstandigheden
- sterke mate van sociaal leiderschap
- veel invloed op/participatie in beslissingen
- grote mate van taakstelling
- veel satisfactie met kollega's
- kleine groeps/afdelingsgrootte, kleine span of control van de baas
- veel satisfactie met salaris, loon
- veel satisfactie met promotiemogelijkheden
- niet in de morgendienst werken bij ploegendienst
- invoering variabele werktijden
- verkorting van de duur van de werkweek
- aanwezigheid verzuimkontrole
- eigenrisikodracht van het bedrijf voor de ziektewet
- beperkte ziekengelduitkeringen
- toepassing aanwezigheidspremies
- geringe bedrijfsproblemen en arbeidsonzekerheid
- geringe wachttijden voor medische behandelingen
- jonge leeftijd
- ongehuwd zijn
- gering aantal kinderen (alleen bij vrouwen)
- geringe mate van neuroticisme
- geringe stedelijke mentaliteit
- weinig riskante gewoonten (roken, drinken)
- weinig belastende thuissituatie
- weinig sportblessures
- geringe woon-werkafstand, reistijd