

200010382

Werk, privé-situatie, riskante gewoonten en ziekteverzuim: verschillen tussen mannen en vrouwen

C.G.L. van Deursen, I.L.D. Houtman, P.M. Bongers*

Binnen een groep van 1.412 werknemers, afkomstig uit 29 verschillende bedrijven, is onderzocht in hoeverre het werk en de privé-situatie (waaronder tevens riskante gewoonten verstaan worden) individuele verschillen in ziekteverzuim kunnen verklaren, en of dit voor mannen en vrouwen in dezelfde mate geldt.

Bij analyse van mannen en vrouwen tezamen, blijken werk- en privé-situatie slechts 11% van het verzuimpercentage te verklaren. Op de meldingsfrequentie hebben deze determinanten een wat grotere invloed. De invloed van de privé-situatie is daarbij groter dan die van het werk.

Wanneer mannen en vrouwen afzonderlijk worden geanalyseerd, kan een groter deel van het ziekteverzuim verklaard worden. Bij de mannen verklaren de werk- en privé-situatie een even groot deel van het verzuimpercentage, bij de vrouwen wordt het verzuimvolume hoofdzakelijk door de privé-situatie bepaald. De privé-situatie en in mindere mate ook de werksituatie verklaren tezamen 25% van het aantal ziekmeldingen van vrouwen. Voor de mannen geldt dit minder sterk.

Zowel bij de mannen als de vrouwen neemt het aantal ziekmeldingen toe met de volgende kenmerken: jong zijn, ingrijpende gebeurtenissen in de privé-sfeer meegemaakt hebben, veel tijd in het huishouden besteden en weinig vakbekwaamheid en regelmogelijkheden in het werk hebben. Bij de mannen spelen tevens het hebben van kinderen, relatief weinig tijd aan de eigen zelf activiteiten besteden, roken, fulltime werken en onregelmatige werktijden een rol. Bij de vrouwen wordt naast de eerder genoemde factoren het aantal ziekmeldingen mede verklaard door rookgedrag (waarbij roken in tegenstelling tot bij de mannen gepaard gaat met een lager ziekteverzuim), inflexibele werktijden en een gebrek aan steun van de chef. Anders dan bij mannen heeft het hebben van kinderen bij vrouwen geen invloed op het aantal ziekmeldingen.

Trefwoorden: ziekteverzuim, werk, privé-situatie, riskante gewoonten, geslacht

Sinds de invoering van de Wulbz (Wet uitstel loondoorbetalingsplicht bij ziekte) op 1 maart 1996 zijn alle werkgevers verplicht om gedurende het eerste ziektejaar het loon van werknemers 'uit eigen zak' door te betalen. Voor die tijd konden de meeste werkgevers de kosten na twee of zes weken ziekteverzuim verhalen op de bedrijfsvereniging, waarbij men verplicht verzekerd was. Nu hebben bedrijven zelf de keus om de loondoorbetaling bij ziekteverzuim wel of niet (particulier) te verzekeren. Men kan hierbij de hoogte van het eigen risico en de uitkering (en daarmee de premiekosten) zelf bepalen. Deze wetgeving beoogt het verzuimvolume in Nederland verder te laten dalen. Men gaat er vanuit dat werkgevers door de Wulbz gestimuleerd worden om preventieve maatregelen te nemen en door

betere begeleiding en reïntegratie de terugkeer op de werkplek te bevorderen. Om preventieve maatregelen te kunnen nemen is het belangrijk om inzicht te hebben in de oorzaken en achtergronden van ziekteverzuim. Niet alle determinanten van ziekteverzuim zijn immers beïnvloedbaar door de werkgever, noch zijn alle wel beïnvloedbare determinanten even relevant.

In het algemeen worden vijf groepen van determinanten van ziekteverzuim onderscheiden: 1) werkfactoren, 2) niet werkfactoren, 3) wettelijke en uitvoeringsaspecten, 4) gezondheidszorg en 5) algemeen maatschappelijke factoren. Binnen elk van deze vijf groepen zijn factoren te noemen waarvan uit onderzoek is gebleken dat er een samenhang met ziekteverzuim bestaat. Dit artikel richt zich op de eerste twee, tussen individuele werknemers variërende factoren. Wettelijke- en uitvoeringsaspecten, gezondheidszorg en algemeen maatschappelijke factoren zijn niet of nauwelijks op individueel niveau meetbaar en vertonen

* C.G.L. van Deursen¹, I.L.D. Houtman², P.M. Bongers²

¹ TNO Arbeid Hoofddorp, thans werkzaam bij AS/tri Leiden

² TNO Arbeid Hoofddorp

voor werknemers binnen één bedrijf weinig variatie. Analyse van deze determinanten vergt daarom een analyse op macroniveau, terwijl de eerste twee determinanten op individueel en deels op bedrijfsniveau gemeten kunnen worden.

Onder *niet werkfactoren* worden hier verstaan de privé-situatie, riskante leefgewoonten, gezondheid en demografische persoonskenmerken. Bij de *privé-situatie* gaat het om gebeurtenissen buiten het werk, die van invloed kunnen zijn op de gezondheid of op de noodzaak om thuis te blijven van het werk. Men kan onder meer denken aan de verwerking van levensgebeurtenissen (zoals relatieproblemen en rouw), de opvang van kinderen bij ziekte of vakantie, overbelasting door te intensieve vrijetijdsbesteding of nevenbanen, of ongevallen in het verkeer en in en om huis. *Riskante gewoonten* verwijzen naar individueel gedrag dat schadelijk kan zijn voor de gezondheid en langs die weg ziekteverzuim kan veroorzaken, zoals roken, alcoholgebruik, overgewicht, eetgewoonten en sporten. *Gezondheid* verwijst naar de algemene geestelijke en lichamelijke gezondheidstoestand van de werknemer. De algemene gezondheidstoestand en de vatbaarheid voor, of het lijden aan ziekten of aandoeningen verschillen tussen werknemers. Deze verschillen in gezondheid zullen gepaard gaan met verschillen in ziekteverzuim.

Onder *werkfactoren* worden belastende factoren in de werksituatie verstaan (zoals de fysieke en fysieke arbeidsomstandigheden, de werkdruk, de regelmogelijkheden, de onderlinge verhoudingen, de arbeidsvoorwaarden) en het verzuim- en reïntegratiebeleid. Terwijl de eerstgenoemde werkfactor (de werksituatie) de gezondheid kan beïnvloeden en daarmee ziekteverzuim kan veroorzaken, gaat het bij de tweede werkfactor (verzuim- en reïntegratiebeleid) vooral om de invloed op de frequentie en de duur van ziekteverzuim, gegeven een bepaalde ziekte of aandoening.

Het doel van dit artikel is na te gaan in hoeverre werkfactoren en factoren buiten het werk individuele verschillen in het ziekteverzuim van werknemers kunnen verklaren en of hierin verschillen bestaan tussen mannen en vrouwen. Vrouwen verzuimen over het algemeen meer dan mannen, ook wanneer gecontroleerd wordt voor verschillen in leeftijd, opleidingsniveau en soort werk. Dit geldt zowel in het algemeen als in de specifieke onderzoekspopulatie waarop dit artikel betrekking heeft¹⁻². Tevens hebben vrouwen een grotere kans om in de WAO terecht te komen dan mannen³. Ter verklaring hiervan wordt wel eens verwezen naar de dubbele of driedubbele belasting van vrouwen. Vooralsnog zijn er echter geen objectieve aanwijzingen dat juist de vrouwen die naast hun werk veel tijd in het huishouden besteden en/of kinderen te verzorgen hebben meer verzuimen en hierdoor vaker in de WAO terechtkomen dan vrouwen waarvoor dit niet geldt^{1,4-5}.

Het artikel wordt toegespitst op twee factoren buiten het werk, namelijk de privé-situatie en de riskante gewoonten. De demografische persoonskenmerken geslacht, leeftijd en opleidingsniveau worden als verstoringende variabelen beschouwd, omdat ze zowel met de onafhankelijke variabelen als met gezondheid en ziekteverzuim kunnen samenhangen. Wat de werkfactoren betreft wordt de analyse

toegespitst op belastende factoren (ook wel aangeduid als stressoren) in de werksituatie.

De selectie van bovengenoemde factoren uit de twee determinantengroepen heeft twee redenen. De eerste reden is een pragmatische: het betreft een secundaire analyse en in het databestand is alleen informatie over deze factoren aanwezig. In de tweede plaats hebben de onderzochte factoren gemeen dat ze op individueel niveau en op bedrijfsniveau beïnvloedbaar zijn. Ze vormen dus aanknopingspunten voor interventie en daarmee aangrijpingspunten op het ziekteverzuim te verlagen. Aan de andere kant kan hiermee ook inzichtelijk worden gemaakt welke verzuimoorzaken *niet* door de werkgever beïnvloedbaar zijn. Het is overigens niet zo dat de werksituatie per definitie beïnvloedbaar is en de privé-situatie niet. De wijze waarop de werkgever omgaat met persoonsgebonden problematiek, kan bepalend zijn voor de frequentie en de duur van ziekmeldingen. Anderzijds kunnen niet alle problemen in de werksituatie daadwerkelijk opgelost worden, omdat de oplossingen te kostbaar zijn, deze problemen eigen zijn aan het dienstverlenings- of productieproces of omdat er geen vervangende functies voorhanden zijn.

De vraagstellingen in dit artikel zijn als volgt:

- 1 In welke mate kunnen individuele verschillen in ziekteverzuim verklaard worden door werk- en niet werkgebonden factoren?
- 2 In hoeverre zijn hierin verschillen tussen mannen en vrouwen?
- 3 Wat zijn de belangrijkste determinanten van ziekteverzuim bij mannen en vrouwen?

LITERATUUR

Hieronder wordt een beknopt overzicht gegeven van eerder onderzoek naar de relatie tussen werkfactoren, niet werkgebonden factoren, leeftijd, opleidingsniveau, geslacht en ziekteverzuim.

Werksituatie

Naast meer traditionele determinanten als fysieke en fysieke arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden, arbeidsinhoud en arbeidsverhoudingen, zijn ook begrippen uit de stress- en welzijnstheorie zoals regelmogelijkheden, vakmanschap of leermogelijkheden, sociale ondersteuning en contactmogelijkheden op hun samenhang met ziekteverzuim onderzocht⁶. Een recente systematische literatuurstudie naar het verband tussen job stress en ziekteverzuim laat zien dat de rol van job stress niet erg duidelijk is⁷. Sommige onderzoeken wijzen erop dat job stress en andere werkkenmerken geen invloed op ziekteverzuim hebben en anderen wijzen op een indirect effect op ziekteverzuim, bijvoorbeeld omdat job stress de tevredenheid met het werk beïnvloedt of gezondheidsklachten veroorzaakt⁸⁻¹². In andere studies worden wel duidelijke effecten van stressoren in het werk op ziekteverzuim gevonden¹³⁻²¹. Andere onderzoeken laten zwakke of partiële verbanden zien²²⁻²⁵. Het onderzoek van North en anderen laat zien dat stressoren in het werk meestal tot kortdurend verzuim leiden (<7 dagen): de relatie met langdurig verzuim verdwijnt

wanneer gecontroleerd wordt voor verschillen in functie-niveau¹⁵. De grote verschillen in de uitkomsten van de aan-gehaalde onderzoeken worden waarschijnlijk veroorzaakt door de verschillende operationalisaties van job stress en door de verschillende populaties waarin de studies zijn uit-gevoerd. In een deel van de onderzoeken gaat het om homogene populaties, dat wil zeggen dat alleen werknemers in vergelijkbare functies zijn onderzocht. Andere onderzoe-ken zijn uitgevoerd onder meer heterogene populaties. Veel functies hebben karakteristieke gemiddelde scores op posi-tieve en negatieve job stress indicatoren. Wanneer onder-zoekspopulaties uit uiteenlopende functiegroepen zijn opgebouwd, kunnen positieve en negatieve effecten op ziekteverzuim tegen elkaar wegvallen, waardoor het totaal-effect op het ziekteverzuim klein is. Dit verklaart mogelijk ook de geringe correlatie tussen job stress en ziekteverzuim die in meta-analyses gevonden wordt. In een meta-analyse van een groot aantal onderzoeken is een correlatie van 0,23 gevonden tussen de beleving van de werksituatie 'overall' en het totaal aantal verzuimdagen. Correlaties met de mel-dingsfrequentie en met deelaspecten van het werk waren minder sterk²⁶. Dit betekent dat slechts 5% van de verschil-len in ziekteverzuim verklaard kan worden door de werksi-tuatie.

Privé-situatie en ziekteverzuim

Naar het verband tussen privé-situatie en ziekteverzuim, is veel minder onderzoek gedaan dan naar de relatie tussen werksituatie en ziekteverzuim. In een onderzoek onder fre-quent verzuimende werknemers blijkt dat deze groep rela-tief veel psychosociale problemen heeft. De meest voorko-mende probleemgebieden (naast de arbeidssituatie) zijn psychologische problemen, financiële problemen en relatieproblemen²⁷. In meerdere onderzoeken is geconsta-teerd dat gescheiden werknemers een verhoogd ziektever-zuim hebben²⁸⁻³⁰. In een onderzoek onder 425 medewerkers van een ziekenhuis werd een positief verband tussen de score op 'kinship responsibilities' en het keren dat verzuimd werd in de periode volgend op het invullen van de vragenlijst⁹. Deze bevindingen geven aan dat ingrijpende levensgebeurtenissen van invloed kunnen zijn op ziektever-zuim.

Riskante gewoonten en ziekteverzuim

In meerdere onderzoeken is duidelijk aangetoond dat alco-holisten een verhoogd ziekteverzuim hebben³¹⁻³³. Niet alleen alcoholisten vertonen echter een verhoogd ziektever-zuim. Ook minder excessief alcoholgebruik lijkt boven een bepaalde (veilige) grens samen te gaan met een verhoogd ziekteverzuim³⁴⁻³⁶. In een tweetal onderzoeken wordt ook een verhoogd ziekteverzuim bij geheelonthouders ten opzichte van matige drinkers geconstateerd^{34,37}.

In meerdere goed opgezette onderzoeken is gevonden dat rokers een verhoogd ziekteverzuim hebben. Rokers lij-ken ongeveer 20% meer verzuimdagen te hebben dan niet rokers. Of roken hierbij de causale factor is, dan wel een indicator van andere riskante gewoonten of van stress, is niet duidelijk^{28,34,38-40}.

Lichamelijke activiteit kan zowel een positief als een nega-tief effect hebben op gezondheid en daarmee op ziektever-zuim. Een positief effect is verbetering van de lichamelijke conditie, met het negatief effect worden sportblessures bedoeld. Sporters hebben een relatief hoog risico op blessu-res (veelal aan de bewegingsorganen), waarvan een deel gepaard gaat met ziekteverzuim⁴¹. In een aantal onderzoe-ken is een lager ziekteverzuim gevonden onder degenen die lichamelijk actief zijn⁴¹⁻⁴³. Dawson et al. vonden binnen de in dit artikel te beschrijven populatie dat werknemers die in de vrije tijd sporten, minder verzuimen⁴⁴. In een onderzoek onder Amerikaanse politieagenten wordt daarentegen geen verband gevonden tussen het aantal opgenomen ziektever-zuimdagen en de lichamelijke conditie⁴⁵.

Over de relatie tussen voedingsgewoonte, lichaamsge-wicht en ziekteverzuim is weinig bekend. In een onderzoek onder ambtenaren is geen duidelijk verband gevonden tus-sen ziekteverzuim en overgewicht en ongezonde eetge-woonten⁴⁶⁻⁴⁷. In een onderzoek onder 46.000 werknemers van een Amerikaans bedrijf, is gevonden dat werknemers met een verhoogd cholesterolgehalte meer verzuimen dan degenen met een normaal gehalte³⁶.

Geslacht

Over het algemeen hebben *vrouwen* een hoger ziektever-zuimpercentage en een hogere meldingsfrequentie dan *mannen*.^{1,2} Dit terwijl vrouwelijke werknemers gemiddeld jonger zijn dan het mannelijk deel van de werkende beroepsbevolking. Het hogere verzuim wordt deels, maar niet geheel, verklaard doordat vrouwen over het algemeen in lagere functies werkzaam zijn dan mannen¹. Vrouwen hebben over het algemeen een hogere meldingsfrequentie dan mannen, zelfs wanneer leeftijd en functie vergelijkbaar zijn. Hiervoor kan geen sluitende verklaring gegeven wor-den. Het is wel een bekend gegeven dat vrouwen hun gezondheid gemiddeld als slechter ervaren dan mannen⁴⁸. Vrouwelijke werknemers hebben, onafhankelijk van de gezondheidsbeleving, vanwege hun fysiologische kenmer-ken meer objectieve redenen voor ziekteverzuim dan man-nen. Er bestaan immers veel meer specifiek vrouwelijke aandoeningen (zoals klachten en aandoeningen rond zwan-gerschap en bevalling, menstruatiecyclus en voortplan-tingsorganen), dan dat specifiek mannelijke aandoeningen voorkomen⁴⁹. Dit zou een deelverklaring kunnen vormen voor het binnen veel bedrijven geconstateerde hogere ziekteverzuim van vrouwen.

Opleidingsniveau

Het ziekteverzuimpercentage wordt in het algemeen hoger naarmate het *opleidingsniveau* lager ligt^{2,29,50,52}. Hiervoor zijn verscheidene verklaringen te geven. In de eerste plaats is het werk van lager opgeleiden vaak psychisch minder bevredigend en lichamelijk meer belastend dan van hoger opgeleiden, waardoor de kans groter is om ziek te worden door het werk. Aan de andere kant is het in functies die lichamelijk weinig belastend zijn gemakkelijker om met lichte gezondheidsklachten door te werken, dan in geval van lichamelijk zwaar werk. Verder wordt algemeen aangenomen

men dat opleiding, training en ervaring de belastbaarheid (het verwerkingsvermogen) van een individu vergroten. Ten slotte blijkt dat ook los van het werk, de algemene gezondheidstoestand van mensen beter is naarmate de sociaal-economische status (de positie in de maatschappij) hoger is⁵¹⁻⁵².

Een ander soort verklaring voor de verzuimverschillen tussen opleidingsniveaus (en daarmee functieniveaus) is gelegen in de mogelijkheid voor 'intern verzuim': zich onder werktijd aan het werk onttrekken. Aangenomen wordt dat in administratieve functies een grotere vrijheid heerst dan in productiefuncties (bijvoorbeeld werk aan een machine of lopende band) om te verzuimen binnen werktijd. Hierbij kan men denken aan pauzes rekken, privé-telefoontjes plegen of een dagje wat minder werk verzetten wanneer men zich niet fit voelt. Deze veronderstellingen zijn echter nooit in de praktijk onderzocht.

De verschillen in meldingsfrequentie tussen opleidingsniveaus zijn over het algemeen minder duidelijk en groot dan voor het verzuimpercentage. In sommige bedrijfstypen is de meldingsfrequentie van productiepersoneel hoger dan van administratief personeel, in andere bedrijfstypen wordt geen verschil gevonden⁵⁴.

Leeftijd

Het ziekteverzuimpercentage stijgt met de *leeftijd* en de meldingsfrequentie neemt juist af^{2,29,50}. Jongeren melden zich relatief vaak ziek, meestal van korte duur. Ouderen melden zich juist minder vaak ziek, maar als ze ziek zijn duurt het langer voordat ze hersteld zijn. Het hogere verzuimpercentage van ouderen heeft te maken met biologische verouderingsprocessen en slijtage. Dit kan deels veroorzaakt zijn door het werk. Voor de hogere meldingsfrequentie van jongeren worden in de literatuur veel verklaringen genoemd, die echter nooit goed getoetst zijn in onderzoek. Schalk⁵³ noemt als mogelijke verklaringen 1) de positie van jongeren in de maatschappij (minder plichtsbesef, minder sterk arbeidsethos, minder sociale controle), 2) selectieprocessen waarbij de ongezondere werknemers het arbeidsproces verlaten en 3) de verminderde gelegenheid van ouderen om zich ziek te melden wanneer ze al langdurig ziek zijn. Een aanvullende verklaring zou gelegen kunnen zijn in een verhoogde vatbaarheid van jongeren voor veel voorkomende infectieziekten als griep en verkoudheid. In een Amerikaans onderzoek rapporteren oudere ambtenaren minder verkoudheden en griepepisoden dan jongeren⁵⁵.

METHODE

Onderzoekspopulatie

Om de vraagstelling van dit onderzoek te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van een databestand met vragenlijstgegevens, afkomstig van 1.665 mannelijke en vrouwelijke werknemers in de leeftijd van 19 tot 59 jaar. In het onderzoek zijn alleen werknemers opgenomen die minstens 24 uur per week werken, minstens één jaar in dienst van de huidige werkgever zijn en geen arbeidsongeschikt-

heidsuitkering hebben. Ze zijn werkzaam bij 33 verschillende bedrijven uit de industriële, administratieve en dienstverlenende sector. De bedrijven hebben gemiddeld circa 50 werknemers in dienst, variërend van 15 tot 200 werknemers per bedrijf. De deelnemende bedrijven zijn niet representatief voor alle Nederlandse bedrijven⁵⁶. De data zijn verzameld ten behoeve van een longitudinaal onderzoek naar werkgebonden risicofactoren voor klachten van het bewegingsapparaat dat wordt uitgevoerd door TNO Arbeid. Het betreft de gegevens van de nulmeting. De vragenlijsten zijn ingevuld tussen 15 maart 1994 en 1 mei 1995. De ziekteverzuimgegevens betreffen het jaar 1994 en zijn speciaal voor dit onderzoek volgens een standaard protocol geregistreerd en gecodeerd door de personeelsafdelingen van de bedrijven. Bij aanvang van deze analyse zijn van vier van de 33 bedrijven de ziekteverzuimgegevens niet ontvangen en verwerkt. Van een aantal respondenten zijn de achtergrondgegevens leeftijd en geslacht niet beschikbaar. De hier beschreven analyses zijn daarom gebaseerd op 1.412 respondenten.

De gebruikte variabelen

Als afhankelijke variabelen worden de volgende zes verschillende ziekteverzuimmaten gebruikt.

- het totaal aantal verzuimdagen (is analoog aan het verzuimpercentage);
- het totaal aantal ziekmeldingen (is analoog aan de meldingsfrequentie);
- het aantal ziekmeldingen van zeer kortdurend verzuim (1-2 dagen);
- het aantal ziekmeldingen van kortdurend verzuim (3-7 dagen);
- het aantal ziekmeldingen middellang verzuim (8-21 dagen);
- het aantal ziekmeldingen van langdurend verzuim (>21 dagen).

De reden om naast het aantal verzuimdagen en het totaal aantal ziekmeldingen ook de vier duur-frequentiematen te gebruiken, is dat aan de verschillende verzuimduren deels ook verschillende ziektebeelden en daarmee ook verschillende determinanten ten grondslag kunnen liggen.

De verzuimgegevens van de respondenten zijn opgevraagd bij de personeelsafdelingen van hun bedrijven. In het databestand zijn de begin- en einddata van alle ziekteverzuimperioden opgenomen waarvan de begin- en/of einddatum in het jaar 1994 viel. Ook zwangerschaps- en bevallingsverlof (waarvan sprake was bij twee respondenten) zijn meegeteld als ziekteverzuim. Gedeeltelijk verzuim wordt als volledig verzuim beschouwd.

De onafhankelijke variabelen zijn gemeten met een schriftelijke vragenlijst, die primair ontwikkeld is voor onderzoek naar oorzaken van klachten aan het bewegingsapparaat. In de vragenlijst is daartoe een groot aantal kenmerken van de werksituatie, de privé-situatie en riskante leefgewoonten bevraagd. Als controlevariabelen zijn geselecteerd geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Onderstaande vragen, somscores en schalen worden als onafhankelijke variabelen in het analysemodel opgenomen. Bij de

schaalvariabelen wordt de betrouwbaarheid aangeduid met Cronbach's α .

Riskante gewoonten:

- frequentie van lichamelijke inspanning of sport, gepaard gaande met zweten,
- Quetelet-index (kg/m^2),
- roken (rokers versus niet of ex-rokers),
- ongezonde eetgewoonten (som van: vet eten, ongezond eten, weinig warme maaltijden gebruiken),
- meer dan matig alcoholgebruik (gewoonlijke wekelijkse alcoholconsumptie ≥ 21 glazen versus < 21 glazen),
- geen gebruik (gewoonlijke wekelijkse alcoholconsumptie van 0 glazen versus ≥ 1 glazen).

Privé-situatie:

- ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt in afgelopen jaar (naar ernst gewogen somscore van 9 mogelijke gebeurtenissen in privé-sfeer). De vragen zijn afgeleid van de BIO-PRO (9 items, $\alpha=0,69$)⁵⁷
- tijdsbesteding aan huishoudelijke klussen (in uren) (3 items, $\alpha=0,70$);
- tijdsbesteding aan tuinieren en klussen (in uren) (4 items, $\alpha=0,67$);
- tijd dagelijks beschikbaar voor eigen ontspanning (in uren);
- werkende partner hebben versus geen (werkende) partner hebben;
- kinderen of hulpbehoevenden in huishouden versus beiden niet aanwezig;
- fysieke belasting in de vrije tijd (7 items, $\alpha=0,85$).

Werksituatie:

- vakbekwaamheid en regelmogelijkheden (8 items, $\alpha=0,81$)
- werkdruk (5 items, $\alpha=0,66$);
- werkzekerheid (3 items, $\alpha=0,50$);
- steun collega's (4 items, $\alpha=0,80$);
- steun chef (4 items, $\alpha=0,82$);
- werken in kou, tocht, temperatuurwisselingen;
- inflexibele werktijden (niet zelf pauzetijdstip bepalen, niet zelf begin en eindtijd werkdag kiezen, $\alpha=0,68$);
- soort dienst (dagdienst versus ploegendienst of onregelmatige werktijden)
- fysieke belasting in het werk (13 items, $\alpha=0,86$);
- gemiddeld aantal werkuren per week, inclusief overwerk;
- parttime (24-34 uur) of fulltime werken.

De eerste vijf werksituatieschalen zijn vertalingen van de Job Content Questionnaire⁵⁸. De fysieke belastingschaal is afgeleid van de Vragenlijst Bewegingsapparaat⁵⁹.

Analyse

De zes afhankelijke ziekteverzuimaten zijn met behulp van lineaire regressieanalyse op hun samenhang met de onafhankelijke variabelen onderzocht. De analyses worden deels voor vrouwen en mannen afzonderlijk uitgevoerd. Met behulp van de R^2 wordt aangeduid in hoeverre de werksituatie, respectievelijk de privé-situatie (inclusief ris-

Tabel 1 Score (gemiddelde of percentage) op de onafhankelijke en afhankelijke variabelen voor mannen ($n=1053$) en vrouwen ($n=359$).

	Mannen	Vrouwen	p
Persoonskenmerken			
Leeftijd (jaren)	36,6	33,6	*
Opleidingsniveau			*
– geen, lager onderwijs	13,4%	5,7%	
– lager beroepsonderwijs	43,9%	32,7%	
– MBO, MAVO	24,9%	38,1%	
– HAVO, VWO	9,0%	11,1%	
– HBO, universiteit	8,8%	12,5%	
– geen, lager onderwijs			
Privé-situatie			
Ingrijpende gebeurtenissen (somscore)	1,6	2,1	*
Kinderen thuis hebben	54%	20%	*
Tijdsbesteding in huishouden (uren per week)	4,8	6,2	*
Werkende partner hebben	47%	72%	*
Tijdsbesteding aan ontspanning (uren per dag)	3,3	3,2	ns
Tijdsbesteding doe-het-zelf activiteiten (uren per week)	5,6	4,8	*
Fysieke belasting in de vrije tijd (somscore)	5,7	5,0	*
Regelmatig ergens op bezoek gaan	84%	87%	ns
Riskante gewoonten			
Roker zijn	44%	43%	ns
Doorgaans 0 glazen alcohol per week gebruiken	25%	52%	*
≥ 21 glazen alcohol per week gebruiken	9%	0%	*
Ongezond eten (somscore)	0,64	0,69	ns
Quetelet-index (kg/m^2)	25,0	23,8	*
Gebrek aan lichaamsbeweging			
– nooit lichamelijke inspanning	24%	28%	
– ≤ 1 keer per week	12%	12%	
– 2-3x per maand	15%	14%	
– 1-2x per week	32%	36%	
– $\geq 3x$ per week lichamelijke inspanning	16%	10%	
Werksituatie			
Parttime werken (25-34 uur per week)	10%	30%	*
Aantal werkuren, inclusief overwerk	39,4	37,0	*
Vakbekwaamheid + regelmogelijkheden (somscore)	23,3	21,8	*
Werkdruk (somscore)	12,1	11,9	ns
Werkzekerheid (somscore)	8,6	8,8	*
Steun collega's (somscore)	12,0	12,1	ns
Steun chef (somscore)	10,9	11,0	ns
Werken in kou, tocht e.d.	59%	56%	*
Flexibele werktijden (somscore)	1,3	1,4	*
Onregelmatige werktijden (somscore)	54%	40%	*
Fysieke belasting (somscore)	10,1	7,2	*
Ziekteverzuim			
– totaal aantal verzuimdagen	18,9	27,3	*
– totaal aantal ziekmeldingen	1,5	2,0	*
– aantal meldingen 1-2 dagen	0,33	0,63	*
– aantal meldingen 3-7 dagen	0,65	0,84	*
– aantal meldingen 8-21 dagen	0,33	0,29	ns
– aantal meldingen > 21 dagen	0,17	0,22	ns

$p < 0,05$

kante gewoonten) het ziekteverzuim van werknemers verklaren. De gegevens zijn geanalyseerd met behulp van het statistisch verwerkingspakket SPSS-PC.

RESULTATEN

In tabel 1 worden de scores van mannen en de vrouwen op de persoonskenmerken, de privé- en werkvariabelen en de

verzuimraten gegeven. De gemiddelde leeftijd van de mannen ligt drie jaar hoger dan van de vrouwen. De vrouwen hebben een hoger opleidingsniveau dan de mannen. De mannen hebben vaker kinderen of hulpbehoevende familieleden thuis dan de vrouwen, de vrouwen hebben daarentegen vaker een werkende partner dan de mannen. De vrouwen besteden gemiddeld 1,4 uur meer tijd aan het huishouden dan mannen, terwijl mannen 0,8 uur meer besteden aan klussen en tuinieren. Beide groepen geven aan dat men dagelijks ruim drie uur beschikbaar heeft voor ontspanning.

Mannen zijn even vaak rokers als vrouwen. Mannen gebruiken meer alcohol dan vrouwen. De Quetelet-index van de mannen is hoger dan van de vrouwen. Mannen zijn significant vaker lichamelijk actief dan vrouwen, maar het verschil is niet groot. Op de meeste werkvariabelen zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen niet groot. Een uit-

zondering hierop vormen de variabelen parttime werken (vrouwen meer dan mannen), onregelmatige werktijden (mannen vaker dan vrouwen) en fysieke belasting (bij mannen hoger dan bij vrouwen). Binnen de onderzoeksgroep werken de mannen gemiddeld 2,4 uur per week meer dan de vrouwen.

Het ziekteverzuim van de vrouwen is hoger dan van de mannen. Dit geldt zowel voor het totaal aantal ziekmeldingen (2,0 versus 1,5 gemiddeld in 1994) als voor het totaal aantal verzuimdagen (gemiddeld 27 versus 19 dagen). Bij een uitsplitsing van het aantal ziekmeldingen naar verzuimduur, is vooral een verschil zichtbaar in het kortdurend verzuim. Het verschil in het aantal meldingen met een duur tussen één en drie weken en langer dan drie weken, is veel kleiner en niet significant. Afwezigheid van een week of langer komt bij de vrouwen dus niet of hooguit iets vaker voor dan bij de mannen.

Tabel 2 Percentage verklaarde variantie (R^2) van de verschillende regressie-analyse modellen, voor de totale populatie ($n=1.412$)

	Verzuimdagen	Meldingen	Aantal meldingen per duurcategorie			
	totaal	totaal	1-2 d.	3-7 d.	8-21 d.	22-365 d.
Persoonskenmerken	5,1	3,4	5,7	1,9	1,7	2,9
Privé	6,9	9,9	7,2	6,4	4,6	5,7
Werk	4,2	4,9	2,9	4,8	5,5	3,8
Persoonskenmerken + privé	9,4	11,3	8,9	7,4	5,3	8,4
Persoonskenmerken + werk	6,7	7,4	6,9	6,4	5,7	4,9
Persoonskenmerken + privé + werk	10,8	13,9	10,1	10,9	8,8	10,3

Persoonskenmerken = leeftijd, geslacht, opleidingsniveau

privé = kenmerken van de privé-situatie: leefstijl (roken, alcoholgebruik, gezond eten, quetelet-index, sporten), verzorgingstaken, tijdsbesteding in huishouden, werkende partner, tijdsbesteding aan ontspanning, tijdsbesteding doe-het-zelf activiteiten, fysieke belasting in de vrije tijd.

werk = kenmerken van het werk: vakbekwaamheid en regelmatigheid, werkdruk, werkonzekerheid, parttime werken, steun van collega's, steun van chef, flexibiliteit in werktijd, ploegendienst, werken in tocht/kou.

In tabel 2 wordt met behulp van de R^2 voor mannen en vrouwen tezamen weergegeven hoeveel van de variantie in de zes verzuimraten binnen de verschillende regressie-analysemodellen verklaard kan worden door de persoons-, privé- en werkvariabelen. De afhankelijke variabele die het best verklaard kan worden is de meldingsfrequentie. Wanneer alle onafhankelijke variabelen in het model worden

ingevoerd, verklaren deze tezamen 14% van de verschillen in het aantal ziekmeldingen. Kenmerken van de privé-situatie lijken op vijf van de zes verzuimraten een sterkere invloed te hebben dan de werksituatie. Een uitzondering hierop vormt het middellang verzuim. Hiervan kan de werksituatie iets meer variantie verklaren dan de privé-situatie.

Tabel 3 Percentage verklaarde variantie (R^2) van de verschillende regressie-analyse modellen, voor de mannen ($n=1053$) en de vrouwen ($n=359$) afzonderlijk

	Totaal aantal verzuimdagen		Totaal aantal ziekmeldingen		Meldingen 1-2 dagen		Meldingen 3-7 dagen		Meldingen 8-21 dagen		Meldingen 22-365 dagen	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
pk	3,7	5,5	1,7	0,6	3,7	2,0	2,0	0,1	1,4	2,5	2,7	2,8
privé	6,4	8,7	9,9	15,8	4,9	13,4	7,0	9,6	4,4	9,4	6,7	12,0
werk	7,0	2,8	5,7	9,0	2,3	3,5	5,4	7,3	7,1	5,6	5,4	4,8
pk + privé	8,4	11,5	11,3	17,9	7,6	16,0	8,8	9,7	5,1	9,7	7,7	13,4
pk + werk	7,4	6,9	7,1	10,0	4,7	7,0	6,8	7,9	7,3	6,8	5,9	7,2
pk + privé + werk	11,4	13,2	15,1	24,7	8,9	19,6	12,6	16,2	9,9	14,4	10,7	16,7

pk = persoonskenmerken: leeftijd, opleidingsniveau

privé = zie voetnoot tabel 2

werk = zie voetnoot tabel 2

In tabel 3 wordt de R^2 weergegeven voor mannen en vrouwen afzonderlijk. Er blijken belangrijke verschillen tussen

mannen en vrouwen te bestaan in de mate waarin verschillen in ziekteverzuim verklaard kunnen worden door werk-

en privé-situatie. Opvallend is dat het totaal aantal verzuimdagen bij de vrouwen nauwelijks verklaard kan worden door de werksituatie. Privé-situatie, leeftijd en opleidingsniveau kunnen de verschillen wel deels verklaren (de totale R^2 is 13%). Bij mannen kan 11% van de variantie in het totaal aantal verzuimdagen verklaard worden; de bijdragen van privé- en werksituatie hieraan zijn ongeveer even groot. De onderzochte determinanten kunnen het totaal aantal ziekmeldingen beter verklaren dan het totaal aantal verzuimde dagen. Bij de vrouwen kan 25% van de variantie

verklaard worden en bij de mannen 15%. De privé-situatie verklaart zowel bij de mannen als bij de vrouwen hiervan ongeveer tweederde deel en de werksituatie eenderde deel. Ook bij een uitsplitsing van de ziekmeldingen naar verzuimduur geldt dat bij de vrouwen een groter deel van de verschillen verklaard kan worden dan bij mannen en dat privé-situatie van meer betekenis is dan de werksituatie. Alleen bij verzuimen van 3 tot 7 dagen zijn werk- en privé-situatie ongeveer even belangrijk.

Tabel 4 β -coëfficiënten (voor zover 0,08 of hoger) van de lineaire regressieanalyse met het totaal aantal verzuimdagen en het totaal aantal ziekmeldingen als afhankelijke variabelen, voor mannen en vrouwen.

	Totaal aantal verzuimdagen		Totaal aantal ziekmeldingen	
	Mannen n=1053	Vrouwen n=359	Mannen n=1053	Vrouwen n=359
Persoonskenmerken				
Leeftijd	–	–	–0,09	–0,16
Opleidingsniveau	–	–0,20	–	–
Privé-situatie				
Ingrijpende gebeurtenissen	–	0,14	0,12	0,18
Kinderen thuis hebben	0,11	0,08 ns	0,17	–
Tijdsbesteding in huishouden	0,08	0,09 ns	0,11	0,23
Werkende partner hebben	–	–	–	–
Tijdsbesteding aan ontspanning	–	–	–	–
Tijdsbesteding doe-het-zelf activiteiten	–	–	–0,08	–
Fysieke belasting in de vrije tijd	–	–	–	–
Regelmatig ergens op bezoek gaan	–	–	–	–
Riskante gewoonten				
Roker zijn	–	–	0,14	–0,20
0 alcoholconsumpties per week	–	0,12 ns	–	–
>=21 alcoholconsumpties per week	–	–	–	–
Ongezond eten	–	–	–	–
Quetelet-index	0,11	–	–	–
Weinig sporten	–	–	–	0,09 ns
Werksituatie				
Fulltime werken (>35 uur)	0,08	–	0,08	–
Weinig vakbekwaamheid +regelmogelijkheden	0,10	–	0,11	0,08 ns
Hoge werkdruk	–	–	–	–
Hoge werkzekerheid	–	–	–	–
Weinig steun collega's	–	–	–	–
Weinig steun chef	–	–	–	0,17
Werken in kou, tocht e.d.	–	–	–	–
Inflexibele werktijden	–	–	–	0,19
Onregelmatige werktijden	–	–	0,09	–
Hoge fysieke belasting	0,12	–0,10 ns	–	–
R^2	11,4	13,2	15,1	24,7

ns = niet significant ($p > 0,05$)

In tabel 4 wordt weergegeven welke variabelen een bijdrage aan de verklaring van het ziekteverzuim geven. In de tabel zijn alleen de beta-coëfficiënten groter dan 0,08 opgenomen. Dit is de laagste waarde die nog significant is bij de mannen. Bij de vrouwen zijn (vanwege de kleinere aantallen) β waarden pas vanaf ongeveer 0,12 significant.

Voor de mannen geldt dat de volgende kenmerken van de privé-situatie en het werk gepaard gaan met een hoog aantal verzuimdagen: thuiswonende kinderen (of andere familieleden die verzorging behoeven), een hoge tijdsbesteding in het huishouden, overgewicht, fulltime werken, wei-

nig vakbekwaamheid en regelmogelijkheden op het werk hebben en een hoge fysieke belasting op het werk. Bij de vrouwen gaan een laag opleidingsniveau en ingrijpende gebeurtenissen in de privé-situatie gepaard met een hoger ziekteverzuim. Net als voor de mannen geldt dat er ook een verband van verzuimvolume met kinderen en tijdsbesteding in het huishouden is (maar niet significant bij de gegeven aantallen).

Bij zowel de mannen als de vrouwen neemt het aantal ziekmeldingen toe met de volgende kenmerken: jong zijn, ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt hebben, veel tijd

in het huishouden besteden en weinig vakbekwaamheid en regelmogelijkheden in het werk hebben. Bij de mannen spelen tevens het hebben van kinderen, relatief weinig tijd aan doe-het-zelf activiteiten besteden, roken, fulltime werken, en het hebben van onregelmatige werktijden een rol. Bij de vrouwen wordt naast de eerder genoemde factoren het aantal ziekmeldingen mede verklaard door rookgedrag (waarbij roken in tegenstelling tot bij de mannen gepaard gaat met een lager ziekteverzuim), gebrek aan steun van de chef en weinig flexibiliteit in de werktijden. In tegenstelling tot bij de mannen melden vrouwen met kinderen zich niet vaker ziek dan vrouwen zonder kinderen.

DISCUSSIE

De eerste vraag van dit onderzoek is in hoeverre ziekteverzuim verklaard wordt door respectievelijk factoren in het werk en factoren in de privé-situatie, waaronder riskante gewoonten. Binnen de onderzochte populatie blijkt dat slechts 11% van de verschillen tussen werknemers in het aantal *verzuimde dagen* (het verzuimpercentage) verklaard kan worden door omstandigheden in het werk en de privé-situatie (zie tabel 2). De verschillen in verzuimpercentage tussen werknemers worden voor 5% verklaard door de leeftijd, het geslacht en het opleidingsniveau. De privé- en werksituatie verklaren gezamenlijk slechts ruim 6% extra. Daarbij geldt dat de privé-situatie een groter deel van de verschillen in verzuimvolume tussen werknemers verklaart dan de werksituatie. Het gemiddeld aantal *ziekmeldingen* wordt naar verhouding veel sterker door de privé- en werksituatie bepaald en wat minder sterk door de demografische persoonskenmerken dan het verzuimvolume. Ook hier geldt dat de invloed van de privé-situatie sterker is dan die van de werksituatie.

Wanneer men kijkt naar het verzuim per duurcategorie, blijkt dat de rol van de privé-situatie relatief sterk is bij het hele korte (1-2 dagen) en bij het verzuim van 3 weken of langer. Het middellange verzuim (1-3 weken) is relatief het slechtst verklaarbaar uit werk en privé-situatie.

De tweede onderzoeksvraag betreft verschillen tussen mannen en vrouwen in de mate waarin ziekteverzuim verklaard wordt door werk- en privé-situatie. Tabel 3 laat zien dat er duidelijke verschillen bestaan tussen mannen en vrouwen.

Wanneer de gegevens van mannen en vrouwen afzonderlijk worden geanalyseerd, kan een groter deel van het ziekteverzuim verklaard worden. Bij de mannen verklaren de werk- en privé-situatie elk een even groot deel van het verzuimpercentage, bij de vrouwen wordt het verzuimvolume hoofdzakelijk door de privé-situatie bepaald. Het aantal ziekmeldingen van de vrouwen is geheel onafhankelijk van het opleidingsniveau en de leeftijd. De privé-situatie verklaart zo'n 16% van de onderlinge verschillen in aantal ziekmeldingen en de werksituatie 9%. De invloed van de privé-situatie is met name te vinden in het hele korte verzuim (1-2 dagen), terwijl de werksituatie zich het sterkst doet gelden bij het verzuim van 3 tot 7 dagen. Bij de mannen bepaalt de privé-situatie zo'n 10% van de verschillen in meldingsfrequentie en de werksituatie 6%. De invloed van de privé-situatie is

bij de mannen het sterkst bij het kort en bij het langdurend verzuim. De invloed van het werk is het sterkst bij het middellang verzuim (1-3 weken).

De derde onderzoeksvraag is welke aspecten van het werk en de privé-situatie de individuele verschillen in ziekteverzuim tussen werknemers verklaren. De volgende factoren gaan zowel bij mannen als bij vrouwen gepaard met relatief veel ziekmeldingen: ingrijpende levensgebeurtenissen en veel tijd besteden aan het huishouden.

Mannen met thuiswonende kinderen, met overgewicht, met een fulltime baan, met weinig vakbekwaamheid en regelmogelijkheden en een hoge fysieke belasting in het werk, hebben een relatief hoog verzuimpercentage. Bij de vrouwen hangen alleen ingrijpende levensgebeurtenissen samen met het verzuimpercentage.

Uit de uitkomsten van deze analyse kan een drietal gevolgtrekkingen worden gemaakt. In de eerste plaats maken de grote verschillen in de uitkomsten tussen mannen en vrouwen duidelijk dat het bij onderzoek naar determinanten van ziekteverzuim van belang is beide groepen afzonderlijk te bekijken. Naast enkele overeenkomsten in de oorzaken van het ziekteverzuim bij beide groepen, blijken er vooral veel verschillen te bestaan. Wanneer beide groepen gelijktijdig geanalyseerd worden (al dan niet rekening houdend met de versturende invloed van geslacht) middelen de effecten van sommige verklarende variabelen elkaar uit, waardoor geen of alleen een zwak verband wordt gevonden. Dit is letterlijk het geval bij roken: bij mannen gaat roken gepaard met relatief veel ziekmeldingen, bij vrouwen juist met relatief weinig ziekmeldingen. Wanneer de mannen en vrouwen gezamenlijk geanalyseerd worden, wordt geheel geen verband tussen roken en ziekteverzuim gevonden, ook niet als gecontroleerd wordt voor geslacht. Dit verlaagt de verklaarde variantie. De hoge verklaarde variantie van de meldingsfrequentie bij de vrouwen wordt in de totaalanalyse afgezwakt door de relatief lage verklaarde variantie van de meldingsfrequentie bij de mannen.

Een tweede gevolgtrekking is, dat de uitkomsten van dit onderzoek niet in overeenstemming zijn met de vaak genoemde hypothese dat het hogere ziekteverzuim van vrouwen veroorzaakt wordt door de dubbele belasting (bedoeld wordt: werk en huishouden) of driedubbele belasting (bedoeld wordt: werk, huishouden en kinderen). Bij een vergelijking tussen mannen en vrouwen van tijdsbesteding aan het werk en verschillende taken thuis, lijkt de totale taaklast van de vrouwen in deze onderzoekspopulatie niet veel hoger dan van de mannen. Dit wordt bevestigd door de vraag naar het aantal voor ontspanning beschikbare uren: dit is voor mannen en vrouwen gelijk. Andere aanwijzingen voor de (drie)dubbele belastingstheorie zouden gevonden kunnen worden in de verklarende variabelen. Als de hypothese zou kloppen, hadden we moeten vinden dat het verzuim mede verklaard wordt door variabelen als kinderen hebben, veel tijd in het huishouden besteden en een werkende partner hebben. De tijdsbesteding in het huishouden

verklaart inderdaad een deel van het aantal ziekmeldingen bij vrouwen, maar het al dan niet hebben van kinderen maakt geen enkel verschil uit voor de hoogte van het ziekteverzuim. Bij de mannen werken zowel het hebben van kinderen, als een hoge tijdsbesteding in het huishouden verzuim verhogend. Voor zover er binnen de onderzochte populatie sprake is van dubbele of driedubbele belasting is dit geen specifiek vrouwenprobleem, en kan het daarmee ook geen verklaring vormen voor het hogere ziekteverzuim van vrouwen. Veel meer vrouwen dan mannen stoppen met werken bij de geboorte van het eerste kind, of enige tijd later. Mogelijk vormt deze gedragstendens ervoor dat juist vrouwen die de combinatie van werk en kind goed aankunnen en de kinderopvang goed kunnen regelen, blijven werken en daarbij niet vaker dan voorheen om gezondheids- of andere redenen hoeven verzuimen.

Een derde gevolgtrekking is dat de privé-situatie over het algemeen van grotere invloed op het verzuim van individuele werknemers blijkt te zijn, dan de werksituatie zelf. Deze bevinding kan in principe vertekend zijn door onvolledigheid van de onderzochte factoren. We hebben echter geen reden om aan te nemen dat de privé-situatie in dit onderzoek vollediger of op meer valide wijze in beeld is gebracht dan de werksituatie. Juist naar het verband tussen werksituatie en ziekteverzuim is in het verleden veel onderzoek gedaan en zijn veel vragenlijstinstrumenten ontwikkeld. De in dit onderzoek gehanteerde werkschalen, meten alle aspecten van het werk die volgens de huidige stand van wetenschap de gezondheid of het welbevinden kunnen beïnvloeden, en daarmee ziekteverzuim zouden kunnen veroorzaken. Ook voor privé-situatie geldt overigens dat alle factoren, waarvan ons bekend is dat ze van invloed kunnen zijn op de gezondheid en het verzuimgedrag, gemeten zijn en in de analyse betrokken zijn.

Ten slotte bevestigt deze analyse bevindingen uit eerder onderzoek dat ziekteverzuim van individuele werknemers slechts voor een klein deel te verklaren is uit de werksituatie. Ook wanneer de privé-situatie in de verklaring van het ziekteverzuim wordt betrokken, is de verklaarde variantie maximaal 25% (bij de meldingsfrequentie van de vrouwen). De vraag rest dan hoe wel verklaard kan worden waarom de ene werknemer meer verzuimt dan de andere. Wellicht is ziek worden en verzuimen, op individueel niveau gezien, voor een belangrijker deel afhankelijk van andere zaken of van toeval, dan van op één tijdstip te meten factoren als de privé-situatie of de kwaliteit van het werk. Zoals in de inleiding al vermeld betekent dit echter niet dat de werkgever geen invloed op het ziekteverzuim van de werknemer kan uitoefenen en dat verzuimbeleid geen effect kan hebben. De wijze waarop de werkgever omgaat met persoonsgebonden problematiek en de ruimte die geboden wordt om kleine en grote problemen in de privé-situatie op te lossen of te verwerken, kan bepalend zijn voor de frequentie en de duur van ziekmeldingen. Ongeacht de achtergronden van het verzuim kan een goed verzuim- en reïntegratiebeleid, de terugkeer naar het werk bespoedigen.

LITERATUUR

- 1 Cuelenaere B, Jetten B, Kooten G van. Verschillen in ziekteverzuim tussen mannen en vrouwen? Tijdschr arbeidsvraagst 1996;12:79-92.
- 2 Deursen CGL van, Smulders PGW, Bongers PM. Vormt een slechte gezondheid een ziekteverzuimirisico. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1997;75:157-64.
- 3 Boonk MPA, Burger JC, Diepenhorst JJ et al. Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1997: een overzicht van de ontwikkeling tot begin 1997. Zoetermeer: College van Toezicht Sociale Verzekeringen, 1997 (R97/6).
- 4 Giezen AM van der, Cuelenaere B. Hoge instroom in de WAO treft vooral vrouwen in de gezondheidszorg: de waarheden en onwaarheden van de dubbele belasting. Medisch Contact 1998;53:1582-4.
- 5 Collijn DH, Appels AD, Nijhuis F. Are multiple roles a risk factor for myocardial infarction in women? J Psychosom Res 1996;40:271-9.
- 6 Smulders PGW. Balans van 30 jaar ziekteverzuimonderzoek: de resultaten van 318 studies samengevat. Leiden: NIPG, 1984
- 7 Houtman I, Kornitzer M, Smet P de, Koyuncu R, Backer G de, Pelfrene E et al. Job stress, absenteeism and coronary heart disease European cooperative study (the JACE-study): design of a multicenter prospective study. Amsterdam: NIA TNO 1997 (geaccepteerd voor publicatie in het European Journal of Public Health).
- 8 Skyrme PYT. The relationship of job stressors to work performance, intent to quit, and absenteeism of first line supervisors. Diss Abstracts Int 1992; 53:2093-B.
- 9 Brooke PP, Price JL. The determinants of employee absenteeism: an empirical test of a causal model. J Occ Psychol. 1989; 62: 1-19.
- 10 Cooper CL, Bramwell RS. A comparative analysis of occupational stress in managerial and shopfloorworkers in the brewing industry: Mental health, job satisfaction and sickness. Work & Stress 1992;6:127-38
- 11 Hendrix WH, Steel RP, Leap TL, Summers TP. Development of a stress-related health promotion model: antecedents and organizational effectiveness outcomes. J Soc Beh Person 1991, 6 (7): 141-62.
- 12 Kohler SS, Mathieu JE. Individual characteristics, work perceptions, and affective reactions on differentiated absence criteria. J Organizational Behav 1993; 515-30.
- 13 Karasek RA. Job demands, job decisions latitude, and mental strain: implications for job-redesign. Adm Sci Q 1979; 24: 285-308.
- 14 Kristensen T. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour. Soc Sci Med 1991; 32: 15-27.
- 15 North FM, Syme SL, Feeney A, Shipley M, Marmot M. Psychosocial work environment and sickness absence: The Whitehall II Study. Am J Public Health, 1996;86:332-40.
- 16 Parkes KR. Smoking as a moderator of the relationship between affective state and absence from work. J Appl Psychol 1983;68:698-708.
- 17 Parkes KR. Locus of control as moderator: an explanation for additive versus interactive findings in the demand-discretion model of work stress? Brit J Psychol 1991; 82: 291-312.
- 18 Sheffield D, Dobbie D, Carroll D. Stress, social support, and psychosocial and physical wellbeing in secondary school teachers. Work & Stress. 1994; 8: 235-243.

- 19 Spector PE. Perceived control by employees: a meta-analysis of studies concerning autonomy and participation at work. *Human Relations*, 1986; 39: 1005-16.
- 20 Turner WED, Facom DIH. Sickness absence in the freezing industry. *New Zealand Medical Journal*, October 1988, 663-6.
- 21 Undén AL. Social support at work and its relationship to absenteeism. *Work & Stress*, 1996; 10: 46-61.
- 22 Breauigh JA. The measurement of work autonomy. *Human Relations*, 1985; 38: 551-570.
- 23 McKee GH, Markham SE, Scott KD. Job stress and employee withdrawal from work. In: *Stress and Well-being at work*. JC Quick, LR Murphy, JJ Hurrell (Eds). Washington DC: APA. 1992: 153-63.
- 24 Härenstam A; Palm UB, Theorell T. Stress, health and the working environment of Swedish prison staff. *Work & Stress*, 1988; 2: 281-90.
- 25 Dwyer DJ, Ganster DC. The effects of job demands and control on employee attendance and satisfaction. *J Organiz Behav*. 1991; 12: 595-608.
- 26 Hackett RD. Work attitudes and employee absenteeism: a synthesis of the literature. *J Occup Psychol* 1989;62:235-48.
- 27 Leijon M, Mikaelsson B. Repeated short-term sick-leave as a possible symptom of psycho-social problems. *Scand J Soc Med* 1984;12:165-9.
- 28 Leigh JP. Correlates of absence from work due to illness. *Human Relations* 1986; 39:81-100.
- 29 Nieuwland JJ van. Verzuim door ziekte en ongevallen 1990-1991: trends, risicogroepen, personeelsverloop, ongevallen. Amsterdam: NIA, 1992.
- 30 Hallberg H, Mattsson B. Separation and distress: sickness absence and health screening in newly divorced middle-aged Swedish men. *Scand J Prim Health Care* 1992;10:91-7.
- 31 Borsky RD, Schwartz E, Dennis D. The mortality, morbidity, and economic costs of alcohol abuse in New Hampshire. *Prev Med* 1988;17:736-45.
- 32 Holder HD, Blose JO. A comparison of occupational and nonoccupational disability payments and work absences for alcoholics and nonalcoholics. *J of Occup Med* 1991;33:453-7.
- 33 Pell S, d'Alonzo CA. Sickness Absenteeism of Alcoholics. *J Occup Med* 1970;12:198-210.
- 34 Deursen CGL van, Raat H, Garretsen HFL. Alcoholgebruik, roken en verzuimdiagnoses bij Rotterdamse gemeentambtenaren. *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en Andere Psychotrope Stoffen* 1989;15:25-33.
- 35 Jenkins R, Harvey S, Butler T, Thomas RL. A six year longitudinal study of the occupational consequences of drinking over 'safe limits' of alcohol. *Brit J Indus Med* 1992;49:369-74.
- 36 Bertera RL. The effects of behavioral risks on absenteeism and health-care costs in the workplace. *J Occup Med* 1991;33:1119-24.
- 37 Marmot MG, North F, Feeney A, Head J. Alcohol consumption and sickness absence: from the Whitehall II study. *Addiction* 1993;88:369-82.
- 38 Ryan J, Zwerling C, Orav EJ. Occupational Risks Associated with Cigarette Smoking: A Prospective Study. *Am J Pub Health* 1992;82:29-32.
- 39 Van Tuinen M, Land G. Smoking and excess sick leave in a Department of Health, *J Occup Med* 1986;28:33-5.
- 40 Parkes KR. Occupational stress among student nurses: a natural experiment. *J Appl Psychol*. 1982; 67: 784-796.
- 41 Loes M de. Medical treatment and costs of sports-related injuries in a total population. *Intern J Sports Med* 1990;11:66-72.
- 42 Andersson G, Malmgren S. Risk factors and reported sick leave among employees of Saab-Scania, Linköping, Sweden, between the ages of 50 and 59. *Scand J Soc Med* 1986;14:25-30.
- 43 Hildebrandt VH, Bongers PM, Dul J, Dijk FJH van, Kemper HCG. De samenhang tussen sportparticipatie van werknemers en gezondheidsklachten en ziektegedrag, in het bijzonder bij problematiek aan het bewegingsapparaat. *T Toegep Arboret* 1996;9(1):2-9.
- 44 Dawson MM, Bongers PM, Hildebrandt VH. Sportparticipatie in de vrije tijd en welbevinden, ziekteverzuim en medische consumptie van werknemers. *TSG* 1998;76:130-6.
- 45 Boyce RW, Jones GR, Hiatt AR. Physical fitness capacity and absenteeism of police officers. *J Occup Med* 1991;33:1137-43.
- 46 Deursen CGL van. Werk, leefstijl en verzuimdiagnoses in Rotterdam: vervolgonderzoek bij Rotterdamse gemeentambtenaren. Rotterdam: Arbodienst, 1990. Rapport nummer 2.
- 47 Deursen CGL van, Garretsen HFL, Algra AF. Gezondheid, leefstijl en ziekteverzuim bij Rotterdamse gemeentambtenaren, GGD Rotterdam, afdeling Epidemiologie, rapport nummer 40, 1988.
- 48 Gijsbers van Wijk CMT, Vliet KP van. 'Het zieke geslacht' Over sekseverschillen in morbiditeit, medische consumptie en de rapportage van lichamelijk symptomen. *Gedrag en Gezondheid* 1989;17:59-68.
- 49 Schmincke W, Kroh J. Der Einfluß geschlechtsspezifischer Erkrankungen auf die Arbeitsunfähigkeit. *Dt. Gesundh.-Wezen* 1984;39:1435-8.
- 50 Chruchten MJ van. Ziekteverzuim; uitkomsten van de enquête beroepsbevolking, 1992-1995. Sociaal-economische maandstatistiek (CBS) 1997;nr4: 25-33.
- 51 Bloemhoff A, Gründemann RWM. Sociaal-economische status en gezondheidseffecten. In: Smulders PGW, Weegh JMH op de (red). *Arbeid en Gezondheid: risicofactoren*. Utrecht: Lemma, 1995
- 52 North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: The Whitehall II study. *Brit Med J* 1993;306:361-6.
- 53 Schalk MJD. Determinanten van veelvuldig, kortdurend verzuim: een wetenschappelijke proeve op het gebied van de sociale wetenschappen. Den Haag: Delwel, 1989.
- 54 Vrijhof BJ, Prins R. Ziekteverzuim in Nederland: de belangrijkste cijfers. In: Smulders PGW, Veerman TJ. *Handboek Ziekteverzuim: gids voor de bedrijfspraktijk*. Den Haag Delwel 1990.
- 55 Hendrix WH, Taylor GS. A multivariate analysis of the relationship between cigarette smoking and absence from work. *Am J of Health Prom* 1989;2:5-11.
- 56 Bongers PM. Assessment of physical load and musculoskeletal disorders in the dutch longitudinal study. In: *Problems and progress in assessing physical load and musculoskeletal disorders*. Workshop vom 6. Oktober in der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin. Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsmedizin, 1996:13-20. Schriftenreihe: Tagungsbericht 10.
- 57 Hosman CMH. Psychosociale problematiek en hulpzoeken: een sociaal epidemiologische studie ten behoeve van de preventieve geestelijke gezondheidszorg. (proefschrift) Lisse: Zwets & Zeitlinger, 1983.
- 58 Karasek RA, Pieper CFG, Schwartz JE. *Job Content Questionnaire and User's guide*. Revision 1.1. Los Angeles: USCLA, 1985.

59 Hildebrand VH, Douwes M. Lichamelijke belasting en arbeid: vragenlijst bewegingsapparaat: de validiteit van gerapporteerde romphouding en rugklachten bij vergelijking van beroepsgroepen. Voorburg: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, DGA, 1991. S 122-3.

ABSTRACT

Work, private situation, behavioural risks and sick leave: differences between men and women

The aim of this study was to investigate the relationship between work, private situation, behavioural risks and sick leave, with special focus on differences between men and women. The study was performed on a group of 1412 people employed in 29 different companies. In the total study population, work, private situation and behavioural risks accounted for 11 percent of the variance in total sick leave days and 14 percent in number of spells. In women,

private situation and (to a lesser extent) work explained a relatively large part (25 percent) of the differences in the number of sick leave spells. In both men and women the number of sick leave spells increased with: young age, recent life events, low skill and decision latitude in work and time performing household duties. Some other factors from work, private life and behavioural risks were either relevant explaining female sick leave, or male sick leave. Unlike in men, having children did not influence the number of sick leave spells in women.

Key words: sick leave, gender, work, private situation, behavioural risks

CORRESPONDENTIEADRES

Mevr. ir. C.G.L. van Deursen, Merelstraat 37, 2333 XK Leiden, telefoon 071- 5124903, e-mail: c.g.l.vandeursen@astri.nl

Voor publicatie aanvaard op 11 december 1998