

PRAKTIJKREEKS



50-461

WORDT NIET UITGELEEND

AFWEZIGHEID VERKLAARD

Literatuurstudie naar
determinanten van
ziekteverzuim en
arbeidsongeschiktheid

D.J. Klein Hesselink
H.J. Kruidenier
T.J. Veerman
P.C. Buijs

NIA

Afwezigheid verklaard

AFWEZIGHEID VERKLAARD

Literatuurstudie naar determinanten
van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

D.J. Klein Hesselink
H.J. Kruidenier
T.J. Veerman
P.C. Buijs

Amsterdam, oktober 1993

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN NIA

Uitgave van het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Klein Hesselink, D.J.

Afwezigheid verklaard : literatuurstudie naar determinanten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid / D.J. Klein Hesselink, H.J. Kruidenier, T.J. Veerman, P.C. Buijs. - Amsterdam : Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA. - Met lit. opg.

ISBN 90-6365-073-6

Trefw.: ziekteverzuim / arbeidsongeschiktheid

Te bestellen bij:

NIA, afdeling Verkoop

Postbus 75665

1070 AR Amsterdam

Tel. (020) 54 98 404/465

Fax. (020) 64 43 102

Copyright ©1993 NIA

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever, het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA.

Inhoud

Voorwoord	7
1. Inleiding	9
2. Determinanten van ziekteverzuim	13
2.1 Inleiding: literatuurselectie	13
2.2 Overzicht van relevante ziekteverzuimstudies	15
2.3 Persoonskenmerken en privé-situatie	16
2.3.1 Geslacht	17
2.3.2 Leeftijd	19
2.3.3 Burgerlijke staat	20
2.3.4 Kinderen	21
2.3.5 Nationaliteit	21
2.3.6 Opleiding	22
2.3.7 Urbanisatiegraad	22
2.3.8 Belasting in de privé-situatie	22
2.3.9 Gezondheid	23
2.3.10 Leefgewoonten en medicijngebruik	26
2.3.11 Persoonlijkheidsfactoren	27
2.4 De werksituatie	28
2.4.1 Woon-werk verkeer	28
2.4.2 Functiekenmerken	29
2.4.3 Aantal dienstjaren	29
2.4.4 Aantal werkuren	29
2.4.5 Tijdelijk/vast werk	30
2.4.6 Person-environment fit	30
2.4.7 Belasting in de werksituatie	31
2.4.8 Extra belasting en overwerk	33
2.4.9 Ploegendienst	33
2.4.10 Autonomie en autonome taakgroepen	35
2.4.11 Bedrijfsgrootte	36
2.4.12 Regio	37
2.4.13 Organisatiekenmerken	37
2.4.14 Bedrijfssector	42
2.5 Wettelijke en uitvoeringsaspecten	46
2.5.1 Bedrijfsverenigingen en de uitvoering van de Ziektewet	47
2.5.2 Verzuimbegeleiding door anderen	50

2.6 De gezondheidszorg	52
2.6.1 Inleiding	52
2.6.2 Onderzoeksgegevens vanaf 1980	54
2.6.3 Communicatie en samenwerking	59
2.7 Algemeen maatschappelijke factoren	63
3. Determinanten van langdurige arbeidsongeschiktheid	67
3.1 Inleiding	67
3.2 Determinanten van WAO-instroom	68
3.2.1 Werkwijze	68
3.2.2 De relatie ziekteverzuim-WAO; voorwaardelijke en onvoorwaardelijke WAO-kansen	68
3.2.3 De voorwaardelijke WAO-kans	69
3.2.4 De oorzaken van arbeidsongeschiktheid: onvoorwaardelijke WAO-kans	72
3.2.4.1 Persoonskenmerken	74
3.2.4.2 De werksituatie	74
3.2.4.3 Wettelijke en uitvoeringsaspecten	84
3.2.4.4 De gezondheidszorg	86
3.2.4.5 Algemeen maatschappelijke factoren	89
3.3 Determinanten van WAO-uitstroom: reïntegratie	91
3.3.1 Persoonskenmerken	92
3.3.2 De werksituatie	92
3.3.3 Wettelijke en uitvoeringsaspecten	93
3.3.4 Algemeen maatschappelijke factoren	95
4. Samenvatting en conclusies	97
4.1 Persoonskenmerken	97
4.2 Persoonlijke factoren	101
4.3 Personeelskenmerken, functiekenmerken	102
4.4 Kenmerken van het bedrijf en de werkzaamheden	105
4.5 Wettelijke en uitvoeringsaspecten	108
4.6 Gezondheidszorg en maatschappij	110
4.7 Tot besluit	112
Literatuur	115

Terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid is voor ieder bedrijf een wettelijke verplichting geworden. Bedrijven en instellingen zullen zich daarom veel meer dan voorheen moeten gaan beraden op de wijze waarop zij het ziekteverzuim beheersbaar kunnen maken. Daarvoor is inzicht noodzakelijk in de factoren die een hoog verzuim veroorzaken. In het verleden werd vaak verzuimbeleid gevoerd door de bestaande procedures rondom het verzuim aan te passen of door nieuwe procedures in te voeren. Bekende voorbeelden van een dergelijke aanpak zijn de ziek- en herstelmelding bij de directe chef, het brengen van een bloemstuk of een fruitmand bij werknemers die wat langduriger afwezig zijn en het inschakelen van een bedrijfsarts of verzekeringsgeneeskundige bij de begeleiding van werknemers die langdurig ziek zijn. Aan ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid liggen echter veel meer oorzaken ten grondslag die minder gemakkelijk te beïnvloeden zijn, vaak ook omdat de kennis hierover ontbreekt.

In dit boek wordt een overzicht gegeven van de momenteel bestaande kennis over de oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Op basis van een recent literatuuronderzoek is zoveel mogelijk onderzoeksliteratuur vanaf 1980 achterhaald en zijn de resultaten daarvan naar de verschillende oorzaken gerubriceerd en beschreven. Het boek dient dan ook in de eerste plaats als naslagwerk gezien te worden. In het laatste hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van de voorgaande hoofdstukken, waarin in kort bestek een overzicht van de uitkomsten van de gehele literatuurstudie weergegeven wordt.

Het boek kan een wegwijzer zijn bij het vinden van aanknopingspunten voor het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Het is geschreven voor belangstellenden in arbeidsorganisaties en instanties arbeidsorganisaties die behulpzaam kunnen zijn bij het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, zoals arbo- en andere deskundige diensten. Er worden echter geen pasklare oplossingen aangegeven, omdat dergelijke oplossingen niet bestaan. Ieder bedrijf of bedrijfstak dient daarvoor een eigen unieke oplossing te vinden. Ook biedt dit boek geen concrete aanpak of stappenplan voor het terugdringen van het ziekteverzuim. Daarvoor moet men te rade gaan bij de literatuur die in de afgelopen jaren op dit gebied verschenen is. Wel worden de verschillende determinanten van verzuim en arbeidsongeschiktheid uitvoerig toegelicht aan de hand van de gegevens die in de onderzoeksliteratuur gevonden zijn.

De tekst van dit boek is gebaseerd op de resultaten van een literatuuronderzoek naar de determinanten van het hoge ziekteverzuim en de hoge WAO-instroom, dat de periode januari 1992 t/m maart 1993 in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur werd uitgevoerd. Het literatuuronderzoek werd uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA, in samenwerking met bureau AS/*tri* te Leiden.

Een boek als dit kan niet compleet zijn. Er zijn nog vele "witte vlekken" op de landkaarten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Bovendien wordt momenteel in snel tempo nieuw onderzoek gepubliceerd. Het boek kan dan ook, net als voorgaande literatuurstudies op dit gebied, slechts een overzicht van de huidige stand van zaken geven. Wij vertrouwen er echter op dat wij met dit nieuwe overzicht velen van dienst kunnen zijn.

Amsterdam, oktober 1993

John Klein Hesselink

Henk Kruidenier

Theo Veerman

Peter Buijs

1. Inleiding

Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid staan momenteel volop in de belangstelling. De oorzaak daarvan is onder andere gelegen in de sterke toename van de omvang van deze problematiek in de afgelopen decennia. Deze stijging blijkt duidelijk uit de overzichtscijfers die de Sociale Verzekeringsraad in 1992 publiceerde (SVr, 1992). In 1953 meldden werknemers zich gemiddeld 0,9 keer per jaar ziek, terwijl men in hetzelfde jaar gemiddeld 3,2% van de tijd door ziekteverzuim niet op het werk aanwezig was. In 1992 meldden werknemers zich gemiddeld 1,6 keer per jaar ziek, terwijl men gemiddeld 7,9% van de tijd verzuimde. Het hoogtepunt van de stijging ligt overigens omstreeks de jaren 1977 en 1978, waarin het verzuimpercentage 8,4 was en de meldingsfrequentie 1,8. Na deze jaren stabiliseerde het verzuim zich op het huidige niveau. Uit dezelfde bron blijkt ook dat de arbeidsongeschiktheidsinstroom vanaf 1969 steeds groter is dan de -uitstroom, waardoor het aantal arbeidsongeschikte werknemers als maar toeneemt. Als dat niet stopt zal over enkele jaren het aantal personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering meer dan een miljoen bedragen.

Al weer meer dan tien jaren wordt de sterke toename van de omvang van deze vormen van afwezigheid van het werk als een belangrijk maatschappelijk probleem gezien. Met name de kosten ervan zijn hoog en lijken de internationale concurrentiepositie van ons land ongunstig te beïnvloeden. Bedrijven, bedrijfstakorganisaties en de overheid streven er daarom naar om de omvang van het ziekteverzuim en de WAO-toetreding zo veel mogelijk te beperken. Dat heeft er mogelijk toe bijgedragen dat de omvang van de problematiek zich in de afgelopen vijftien jaar stabiliseerde, maar een duidelijke daling heeft zich nog niet voorgedaan. In de afgelopen twee jaren ontwikkelde de overheid daarom een aantal rigoureuze wettelijke maatregelen, die een daling van de problematiek moeten bewerkstelligen. Ook bedrijven en bedrijfstakorganisaties richten zich steeds vaker via een intensief beleid op het terugdringen van het ziekteverzuim. Vaak heeft dat succes en weet men de omvang van het verzuim flink terug te dringen.

Voor een effectief verzuim- en arbeidsongeschiktheidsbeleid is echter een gedegen inzicht in de oorzaken en achtergronden van deze problematiek onmisbaar. Toen het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA begin 1992 opdracht gaf tot een onderzoek op dit gebied, was een literatuurstudie naar deze oorzaken en achtergronden dan ook een belangrijk onderdeel. Het doel van dit onderzoek, dat een bijdrage beoogt te leveren aan de beleidsontwikkeling

van WVC aan de verbetering van de rol van de preventieve en curatieve gezondheidszorg bij de problematiek van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, omvatte het verzorgen van een overzicht van determinanten en informatiesystemen op deze gebieden. Met name het overzicht van determinanten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid kan ook voor andere belanghebbenden in Nederland veel nuttige informatie verschaffen. Dat was dan ook de reden dat in overleg met het Ministerie besloten is om het "determinanten-rapport" in boekvorm te publiceren.

Voordat nader wordt ingegaan op de determinanten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, wordt in paragraaf 1.1. in het kort de gehanteerde onderzoeksmethode toegelicht en wordt in paragraaf 1.2 een vooruitblik gegeven op de opbouw van het rapport.

1.1 Methode van onderzoek

In dit literatuuronderzoek is onderscheid gemaakt tussen de bestudering van determinanten van **ziekteverzuim** (binnen het Ziektewet-jaar) en die van **arbeidsongeschiktheid** (WAO/AAW, dan wel Invaliditeitspensioen). Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vertonen echter een zekere overlap, omdat aan elke WAO-toetreding een (langdurig) ziekteverzuim-geval vooraf gaat. Studies over (m.n. langdurig) ziekteverzuim hebben dan ook een zekere zeggingskracht ten aanzien van WAO-toetreding. In bestaande onderzoeksliteratuur bestaat echter een duidelijke scheiding tussen verzuim- en arbeidsongeschiktheidsstudies. Bovendien is van belang dat "arbeidsongeschiktheid" in termen van de Ziektewet en van de WAO/AAW niet exact hetzelfde begrip is. Binnen de Ziektewet gaat het om ongeschiktheid voor de eigen functie, binnen de WAO/AAW is de definitie beperkter: ongeschiktheid voor het eigen of voor ander passend werk, die leidt tot verlies aan verdien capaciteit.

Empirische verzuimstudies zijn binnen Nederland vrij ruim voorhanden, studies naar WAO-determinanten zijn veel schaarser. Voor dit verschil zijn verschillende verklaringen aan te voeren, doch daarop behoeven we hier niet nader in te gaan. In de verzameling van onderzoeksliteratuur zijn in beginsel drie afgrenzingen gemaakt: (1) in de tijd, (2) in de ruimte en (3) inhoudelijk.

(1) In de **tijd** hebben wij ons beperkt tot (empirisch gefundeerde) publikaties die niet ouder zijn dan 1980. Dit wil zeggen dat het achterliggende onderzoek teruggaat tot de tweede helft van de jaren '70. Naast de pragmatische achtergrond van deze inperking

(teruggaan tot de jaren '40 zou veel meer werk meebrengen) zijn er twee andere overwegingen.

Ten eerste zou het bij nog ouder onderzoeksmateriaal twijfelachtig kunnen zijn of uitkomsten die destijds (onder een toch ander sociaal-economisch gesternte) werden gevonden, ook nu nog geldigheid hebben. Een scherpe grens is hier natuurlijk moeilijk te trekken, en ook bij literatuur van na 1980 kan men zich soms afvragen of de uitkomsten nog wel valide zijn. Een voorbeeld: in 1987 werd de zogeheten verdiscontering van de werkloosheidscomponent in de WAO wettelijk afgeschaft; het is de vraag of studies van voor dat moment nog een juist beeld geven van de huidige stand van zaken.

Ten tweede zijn over empirische literatuur van voor 1980 reeds een tweetal overzichten beschikbaar (Smulders, 1984b; Schalk, 1986). Het leek weinig zinvol om deze inventarisaties te dupliceren. Wel wordt in dit rapport geregeld verwezen naar hun bevindingen, zodat op die wijze toch een zekere "import" van onderzoeksmateriaal van vroeger dan 1980 heeft plaatsgehad. Ook via de dissertaties van Buijs (1985), Grosfeld (1988) en Schalk (1989), die veel (ook oudere) literatuur behandelen, worden bepaalde uitkomsten van onderzoek van voor 1980 nog meegewogen.

(2) In de **ruimte** hebben wij ons beperkt tot publikaties van Nederlandse bodem. De belangrijkste reden daartoe is dat de Nederlandse context (wet- en regelgeving, uitvoeringspraktijk) en onderzoekstraditie op veel punten een specifieke is, die afwijkt van het buitenland. De validiteit voor Nederland van buitenlandse studies naar verzuim is daardoor twijfelachtig. Alleen al het begrip "(ziekte)verzuim" in buitenlandse studies heeft veelal een andere invulling dan in Nederland (bijvoorbeeld door beperking tot kortdurend/frequent verzuim of soms zelfs tot verzuim zonder medische achtergrond). Ook hier geldt dat wij, via het citeren van Smulders' literatuuroverzicht (dat grotendeels op buitenlandse literatuur is gebaseerd) en van de dissertaties van Grosfeld en Schalk, wel enige "import" plegen van buitenlandse bevindingen.

(3) Wat de **inhoudelijke** inperking betreft hebben wij alleen publikaties opgenomen die op empirisch materiaal zijn gebaseerd. Min of meer opiniërende bijdragen (die in ruime getale voorhanden zijn), zijn voor deze studie niet relevant, omdat ze ofwel gebruik maken van "ervaringsgegevens" die onvoldoende wetenschappelijk getoetst zijn, ofwel empirische onderzoeksresultaten citeren, hetgeen dubblures zou opleveren.

Binnen deze inperkingen blijven zeker waar het gaat om *ziekteverzuim* nog vele studies beschikbaar. De inventarisatie daarvan is gebaseerd op de (ruime) collectie literatuur waarover de NIA-bibliotheek beschikt, aangevuld aan de hand van een systematische literatuur-recherche in diverse geautomatiseerde bestanden. Dat leverde ongeveer 100

titels op. Waar het gaat om *arbeidsongeschiktheid* is de oogst meer beperkt. Hoewel nog ongeveer 30 titels werden aangetroffen, zijn de hoofdlijnen der uitkomsten te vinden in 7 daarvan, waarin andere onderzoeksresultaten verdisconteerd zijn.

1.2 De opbouw van dit rapport

In hoofdstuk 2 worden, na een inleiding en een overzicht van de verzuimstudies, de gevonden determinanten van ziekteverzuim beschreven. Daarbij wordt een vaak gehanteerde indeling naar vijf "niveaus" van determinanten aangehouden: persoonskenmerken en privé-situatie (paragraaf 2.3), werksituatie (paragraaf 2.4), wettelijke en uitvoeringsaspecten (paragraaf 2.5), gezondheidszorg (paragraaf 2.6) en algemeen maatschappelijke factoren (paragraaf 2.7)

In hoofdstuk 3 worden de determinanten van arbeidsongeschiktheid beschreven. Daarin wordt, na een inleiding, eerst aandacht besteed aan determinanten van WAO-instroom (3.2). Daarin wordt bijzondere aandacht besteed aan enkele studies naar de zogenaamde voorwaardelijke WAO-kans - dat wil zeggen de kans dat iemand, gegeven dat betrokkene reeds (langdurig) in de Ziektewet zit, doorstroomt naar de WAO (paragraaf 3.2.3). Vervolgens worden determinanten van de onvoorwaardelijke WAO-kans besproken, dat wil zeggen de kans dat iemand in de WAO belandt, inclusief de daaraan voorafgaande Ziektewet-periode (3.2.4). Laatstgenoemde studies overlappen in zekere zin met die naar determinanten van ziekteverzuim, omdat zij in feite niet alleen WAO-toetreding maar ook het daaraan voorafgaande Ziektewet-traject betreffen. In 3.3 tenslotte wordt literatuur besproken over WAO-uitstroom (reïntegratie). Ook in hoofdstuk 3 wordt, voorzover dat praktisch mogelijk is, het onderscheid aangehouden tussen bovengenoemde vijf niveaus van determinanten.

In hoofdstuk 4 tenslotte worden de belangrijkste uitkomsten op de vijf soorten kenmerken, voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid tezamen, schematisch samengevat en worden enkele conclusies getrokken met betrekking tot de belangrijkste determinanten.

2. Determinanten van ziekteverzuim

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de determinanten van het ziekteverzuim zoals die gevonden zijn in Nederlands empirisch onderzoek vanaf 1980 en enkele overzichtsstudies die in de tachtiger jaren tot stand zijn gekomen. Begonnen wordt met een kort overzicht van de wijze waarop de verzuimstudies verzameld zijn. Daarna worden de vier meest relevante studies besproken, studies die in dit hoofdstuk regelmatig geciteerd zullen worden.

2.1 Inleiding: literatuurselectie

De hoeveelheid literatuur die na de tweede wereldoorlog over ziekteverzuim verscheen, is overweldigend. Daarom is voor de literatuurstudie naar de determinanten van het ziekteverzuim gekozen voor een beperking van de hoeveelheid literatuur. Er zijn drie criteria gehanteerd:

- Nederlandse literatuur;
- literatuur vanaf 1980;
- empirisch onderzoek.

De beperking tot de *Nederlandse* literatuur is ingevoerd, omdat de buitenlandse literatuur vaak gebruik maakt van afwijkende verzuimmaten (Grosfeld, 1988). Bovendien blijkt dat de maatschappelijke en culturele situatie tussen landen sterk kan verschillen, waardoor soms andere effecten op het ziekteverzuim te verwachten zijn (Prins, 1990). Het is echter mogelijk dat uit andere landen toch interessante gegevens gemeld kunnen worden. Om die reden worden de globale resultaten van twee literatuurstudies (Smulders, 1984b; Schalk, 1986) op verschillende plaatsen in dit rapport gememoreerd en vergeleken met de empirische resultaten van het Nederlandse onderzoek vanaf 1980. De beperking van de literatuurstudie tot de literatuur *vanaf 1980* is mogelijk omdat de literatuur van voor 1980 wordt samengevat door met name Smulders (1984b), Buijs (1985) en Schalk (1986). De beperking tot *empirisch onderzoek* ligt voor de hand, omdat de overige literatuur ofwel gebruik maakt van ervaringsresultaten die niet voldoende wetenschappelijk getoetst zijn, ofwel resultaten van empirisch onderzoek memoreert, hetgeen doublures zou opleveren.

Het gegeven dat alleen empirisch en wetenschappelijk getoetst onderzoek gebruikt wordt, betekent dat er eisen gesteld zijn aan de keuze van het onderzoek. De belangrijkste

ste eis daarbij was dat de onderzoeksmethode voldoende duidelijk omschreven diende te zijn. Op die wijze kunnen eventuele fouten in de dataverzameling beoordeeld worden, zodat daarmee bij de interpretatie van de resultaten rekening gehouden kan worden. Methodisch minder sterk onderzoek kon op deze wijze in de overzichten betrokken worden, omdat de resultaten van dergelijk onderzoek afgezet konden worden tegen methodisch beter opgezet onderzoek. De methode die voor de bespreking van de literatuurstudie gehanteerd is, is daarom een *kwalitatieve* vergelijkende analyse. Deze wijze van literatuuronderzoek leek meer geschikt dan bijvoorbeeld een kwantitatieve inventarisatie van de resultaten van onderzoek, waarbij de resultaten opgeteld of afgetrokken worden. Bij een meer inhoudelijke beoordeling van de onderzoeksresultaten kan rekening gehouden worden met bijvoorbeeld de kwaliteit van de onderzoeksopzet of de beroepsgroep waarbij het onderzoek plaatsvond.

Een andere eis die gesteld werd was dat het onderzoek gebruik moest maken van kwantitatief cijfermateriaal. Uiteraard dienden de verzuimcijfers voldoende duidelijk en eenduidig gekwantificeerd te zijn om verschillen tussen groepen te kunnen beoordelen. Echter ook de determinanten dienden voldoende duidelijk en eenduidig gekwantificeerd of omschreven te zijn. Om die reden zijn ook gegevens van ziekteverzuimregistraties in de overzichten opgenomen. Verzuimregistraties verschillen onderling nogal in wat zij precies registreren, maar de meeste registreren meer dan het verzuim alleen. Determinanten als geslacht, leeftijd, functie, functietekenen, enz. kunnen via de registratie vastgelegd worden, zodat de relatie tussen deze determinanten en de verzuimaten uitgewerkt kan worden. Bij sommige onderzoeken zijn gegevens van onderzoek aan gegevens van de verzuimregistratie gekoppeld (bijvoorbeeld Van Deursen e.a., 1988), of zijn gegevens van een andere registratie aan de verzuimregistratie gekoppeld (Broersen e.a., 1991).

Tenslotte was het onderzoeksdesign van de studies van belang voor de interpretatie van de relaties tussen de determinanten en het ziekteverzuim. Het meeste onderzoek dat gevonden is, is cross-sectioneel van opzet. Bij de interpretatie van de resultaten van cross-sectioneel onderzoek is gekeken naar de mate waarin de determinanten in hun onderlinge verhouding tot het ziekteverzuim bestudeerd zijn, terwijl ook het aantal bestudeerde determinanten van belang was. Daarnaast zijn enkele longitudinale onderzoeken en interventiestudies aangetroffen. Deze laatste twee soorten onderzoek hebben een grotere zeggingskracht wat de gevonden verbanden betreft, omdat het effect van determinanten op het verzuim in de tijd gevolgd is, of omdat het effect in de tijd uitgetest is. Bij de interpretatie van het onderzoek zal aan de beide laatste categorieën meer waarde gehecht worden. Interventie-onderzoek levert (uiteraard gegeven een degelijke opzet en uitvoering) de beste resultaten, omdat de mogelijkheden van beheersing van het effect bestudeerd zijn. Daarna volgt longitudinaal onderzoek, gevolgt door cross-

sectioneel onderzoek met een groot aantal onderzochte determinanten. Tenslotte volgt onderzoek (of registraties) waarmee slechts weinig of enkelvoudige relaties onderzocht zijn. Om deze reden werd ook de overzichtsstudie van Smulders (1980) in de beschrijving van de determinanten opgenomen. In deze literatuurstudie naar de "effecten van maatregelen om het ziekteverzuim te beïnvloeden" worden 91 Nederlandse en buitenlandse effect-studies vergeleken.

2.2 Overzicht van relevante ziekteverzuimstudies

Er is in de tachtiger jaren in Nederland veel onderzoek naar ziekteverzuim gedaan. Vier studies springen daarbij in het oog omdat ze omvangrijker zijn dan de overigen. In deze studies worden een groot aantal variabelen in hun onderlinge samenhang onderzocht, hetgeen recht doet aan het ingewikkelde en multivariate karakter van de oorzaken van het ziekteverzuim. Ook wordt in sommige studies het ziekteverzuim over een wat langere periode gevolgd. Begonnen wordt daarom met de beschrijving van deze vier studies die in de loop van dit hoofdstuk regelmatig geciteerd zullen worden.

Nijhuis en Soeters (1982) bestudeerden in 1981 organisatiekenmerken van 51 bedrijven en instellingen (26 industriële en 25 niet-industriële) in de regio Zuid-limburg. De deelnemende organisaties konden in principe uit alle bedrijfstakken afkomstig zijn, dienden tenminste 50 medewerkers in dienst te hebben en moesten zowel hun mannelijke als vrouwelijke medewerkers in het onderzoek betrekken. Onderzoeksgegevens werden verzameld via: (1) interviews met de dagelijkse uitvoerende organisatieleiding, (2) de voor het personeelsbeleid verantwoordelijke personeelsfunctionaris, (3) een (groeps)interview met een delegatie van de personeelsvertegenwoordiging, (4) een kort telefonisch gesprek met de eventueel aanwezige bedrijfsarts en (5) een lijst met administratieve gegevens.

Smulders (1984a) herhaalde in 1981 grotendeels de studie van Philipsen uit het midden van de zestiger jaren naar de oorzaken van het ziekteverzuim in ongeveer 85 bedrijven. Het ging daarbij om bedrijven die circa 100 tot 1200 mannelijke productiepersoneelsleden in dienst hadden. De bedrijven waren uit heel Nederland afkomstig en behoorden met name tot de metaal/elektrotechniek/scheepsbouw, de voedings- en genotmiddelen-industrie en de chemische industrie. Bij alle bedrijven werd een bedrijfs- of productie leider en het hoofd van de afdeling Personeelszaken geïnterviewd. Smulders gebruikte niet alleen de oorspronkelijke 19 variabelen uit de Philipsen-studie, maar voegde er zelf 13 nieuwe variabelen aan toe. De interviews werden grotendeels afgenomen in de eerste helft van 1981, de verzuimcijfers hebben betrekking op het gehele jaar 1980.

Grosfeld (1988) deed in de jaren 1983 en 1984 onderzoek bij ongeveer 10 bedrijven en instellingen (van 45 t/m 1136 werknemers) in de regio Tilburg. In het onderzoek werden in totaal 2070 werknemers van deze organisaties betrokken. Van deze werknemers werden de verzuimdata en de personalia via de bedrijven verkregen. Tevens werd aan alle werknemers een schriftelijke enquête gezonden met vragen over de Person-environment-fit, sociale steun uit de werkomgeving, kenmerken van de werkomgeving, strains en belasting in de privé-situatie. Aan functionarissen van de bedrijven werden vragen gesteld over bedrijfskenmerken. In zijn analyses stelt Grosfeld de relatie tussen deze (groepen van) variabelen met de verzuimduur vast voor de jaren 1983 en 1984.

Schalk (1989) verrichtte zijn onderzoek op basis van dezelfde studie als Grosfeld (1988), maar nu op de groep van 1902 werknemers die gedurende de beide jaren 1983 en 1984 bij het onderzoek betrokken waren. In principe maakte hij gebruik van dezelfde gegevens als Grosfeld, maar in tegenstelling tot Grosfeld richt Schalk zich niet op het voorspellen van de verzuimduur maar op het voorspellen van het veelvuldig kortdurend verzuim. Uiteindelijk vergelijkt Schalk zijn uitkomsten dan ook met die van Grosfeld. Hoewel de onderzoeken van Grosfeld en Schalk het ziekteverzuim gedurende twee jaren volgen, kunnen vergelijkingen in de tijd niet goed gemaakt worden, omdat de overige variabelen slechts één keer gemeten zijn. Zowel Grosfeld als Schalk proberen echter wel via verdergaande causale analyses (LISREL) meer inzicht te krijgen in het ontstaan van het ziekteverzuim.

2.3 Persoonskenmerken en privé-situatie

In deze paragraaf wordt het ziekteverzuim beschreven in relatie tot een aantal persoonsgebonden determinanten. Persoonskenmerken hebben over het algemeen een vrij consequente relatie met het verzuim. Het is echter onmogelijk om "zuivere" effecten weer te geven, omdat persoonskenmerken doorgaans samenhangen met meerdere andere persoons- en werkgebonden factoren. Daarom zal geprobeerd worden om de effecten van de persoonskenmerken op het ziekteverzuim zoveel mogelijk in relatie tot die andere, mede beïnvloedende, kenmerken te beschrijven, zodat het effect zo zuiver mogelijk naar voren kan komen. In een aantal gevallen kan echter de redenering ook omgedraaid worden en geven de persoonsvariabelen een indicatie van maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in de werksituatie aan.

2.3.1 Geslacht

In de meeste studies wordt een duidelijk verschil gevonden tussen het ziekteverzuim van *mannen en vrouwen*. Vrij consequent komt het beeld naar voren dat vrouwen gemiddeld frequenter en dat mannen gemiddeld langer verzuimen (o.a. Federatie van Bedrijfsverenigingen, 1987; Grosfeld, 1988; Klein Hesselink en Reuling, 1990, Schokking-Siegerist, 1982; Schalk, 1986; Schalk, 1989; Smulders 1984b). Dat resulteert in een iets hoger verzuimpercentage voor de vrouwen. Eén van de verklaringen voor het hogere verzuimpercentage is dat bij vrouwen het zwangerschaps- en bevallingsverlof in de verzuimcijfers meegerekend wordt (Van Amstel, e.a., 1986; Brouwer en Vrijhof, 1989; Engers, 1987; Van Groenestijn en Van der Knaap, 1988; Lenshoek e.a., 1986). Engers (1987) berekende dat na correctie voor het zwangerschapsverlof de verschillen in het verzuimpercentage tussen mannen en vrouwen nagenoeg verdwenen waren.

Uit onderzoek van Van Amstel e.a. (1986) en Lenshoek e.a. (1986) in het midden van de tachtiger jaren bleek dat de duur van het officiële zwangerschaps- en bevallingsverlof duidelijk korter was dan het ziekteverzuim dat vrouwen in het algemeen opnamen (zie ook Lenshoek, 1987). Voor het zwangerschaps- en het bevallingsverlof kon in die tijd 12 weken verlof (2 x 6) opgenomen worden. In de praktijk bleek dat gemiddeld een periode van twee keer tien weken werd opgenomen. Veelal namen vrouwen na de officiële periode van het bevallingsverlof op eigen initiatief vakantiedagen of onbetaald verlof op. Nauta e.a. (1986) vonden voor vrouwen in overheidsdienst een gemiddelde aansluitende periode van zwangerschaps- en bevallingsverlof plus aansluitend verzuim van ruim zestien weken. Nauta e.a. (1986) vonden dat met name een leeftijd van 35 jaar en ouder en een werkweek van meer dan 32 uur per week van invloed zijn op de duur van het verzuim rondom zwangerschap en bevalling. Het soort werk en de hoogte van het salaris bleken niet van invloed te zijn. Ontslag nemen na de bevalling bleek samen te hangen met een verhoogd verzuim in de zwangerschapsperiode, maar ook in het jaar daaraan voorafgaand (Nauta, e.a., 1986). In 1991 is de officiële termijn voor het bevallingsverlof verlengd tot 10 weken.

Met het zwangerschaps- en bevallingsverlof zijn alle verschillen in het verzuim tussen mannen en vrouwen nog niet verklaard. Brouwer en Vrijhof (1989) vonden dat na de correctie voor het zwangerschaps- en bevallingsverlof de verschillen in het verzuimpercentage tussen mannen en vrouwen weliswaar kleiner werden, maar niet verdwenen. Zij geven aan dat de verzuimverschillen tussen mannen en vrouwen tenminste ook verklaard worden door verschillen in werkzaamheden, persoonlijke omstandigheden, leeftijd en carriërepatroon. Het lukte hen echter niet om het verzuimverschil adequaat van een aantal van deze vertekeningen te ontdoen, omdat mannen en vrouwen te ongelijk over de verschillende bedrijfssectoren verdeeld zijn. De indruk van Brouwer en Vrijhof (1989) is echter dat, rekening houdend met onevenwichtige verdelingen in de spreiding

van deeltijdwerk, het er op lijkt dat vrouwen wat frequenter, maar gemiddeld niet meer dagen per jaar verzuimen dan "vergelijkbare" mannen. Ook Smulders (1984b) concludeert dat inconsequente verzuimverschillen veroorzaakt kunnen worden doordat de beroepsgroepen van mannen en vrouwen onderling nogal kunnen verschillen. Daardoor kunnen bij mannen en vrouwen andere factoren mede op het verzuim van invloed zijn, die in onderzoek statistisch moeilijk onder controle te houden zijn.

Uit de studie van de Federatie van Bedrijfsverenigingen (1987) naar het ziekteverzuim onder het GAK-personeel bleek eveneens dat de verschillen in het ziekteverzuim tussen mannen en vrouwen niet uitsluitend aan het zwangerschaps- en bevallingsverlof kunnen worden toegeschreven. In deze studie werden de vrouwen die in de betreffende onderzoeksjaren deze vorm van verlof opnamen, niet in de analyses betrokken, terwijl de verschillen bleven bestaan. In hoeverre het hier gaat om bedrijfs-specifiek verzuim van een instelling als het GAK is echter niet verder na te gaan.

Ook Grosfeld (1988), die overigens vaststelde dat vrouwen een langere verzuimduur hadden, geeft aan dat er een groot aantal andere factoren van invloed kunnen zijn op de verzuimduurverschillen tussen mannen en vrouwen. Hij controleerde in zijn onderzoek voor een aantal andere variabelen zoals: leeftijd, opleidingsniveau, functie-niveau, aard van het werk en diverse vormen van privé-belasting. De geslachtsverschillen bleven echter bestaan. Grosfeld concludeert vervolgens dat er nog slechts twee verklaringen overblijven: het zuiver fysiek-fysiologisch verschil tussen mannen en vrouwen en de veronderstelling dat onze cultuur van vrouwen meer klachten accepteert dan van mannen (Grosfeld, 1988, pag. 447). Hij noemt overigens wel enkele buitenlandse studies waar de verschillen in verzuimduur tussen mannen en vrouwen wel volledig verklaard worden door verschillen in de aard van de werkzaamheden. Grosfeld en Schalk (1990) noemen met name de werkoriëntatie van vrouwen als mogelijke oorzaak voor hun frequenter verzuim. Veel vrouwen gaan werken vanwege hun behoefte aan sociaal contact, terwijl de contactmogelijkheden in hun functies vaak beperkt zijn.

Schokking-Siegerist (1982) verrichtte in de zeventiger jaren een survey-onderzoek onder ongeveer 600 vrouwen van 15-65 jaar, die werkzaam waren in 34 bedrijven in de productie-, de grootwinkel- en de administratieve sector. Zij vond dat de gezondheidsklachten steeds de belangrijkste voorspeller van het verzuim bij vrouwen waren, zowel wat betreft de frequentie als het aantal verzuimde dagen. De oorzaken van deze gezondheidsklachten waren vooral gelegen in de werksituatie (fysiek hinderlijke werkomstandigheden, spanning vanuit werk of werkomgeving, de verstandhouding met de chef en/of collega's en een lage arbeidssatisfactie). Verder bleek dat het beroepsperspectief van de vrouwen rechtstreeks van invloed op het verzuim is: vrouwen die werken als

zodanig belangrijk vinden hebben een lager verzuim, vrouwen die werken niet belangrijk vinden of die hun vrouwenrol belangrijker vinden hebben een hoger verzuim.

Interessant is tenslotte het gegeven dat het hogere verzuim van vrouwelijke werknemers mogelijk deels veroorzaakt wordt doordat vrouwen vaker dan mannen uitstromen (Bakker en Kruidenier, 1984; Veerman, 1989a). Op basis van analyses van vrouwen en mannen die gedurende een bepaald aantal jaren in het arbeidsproces blijven, bleek dat het verzuim van de vrouwelijke "blijvers" lager lag dan het verzuim van de mannelijke "blijvers". Bakker en Kruidenier (1984) vonden daarentegen ook aanwijzingen dat het verzuim van vrouwelijke blijvers in de loop van de jaren sneller steeg dan dat van de mannen, bij Veerman (1989a) is dit gegeven minder duidelijk in de data te zien.

2.3.2 Leef tijd

Uit veel onderzoek blijkt dat het ziekteverzuim stijgt met het klimmen der jaren. Daarbij doet zich het verschijnsel voor dat de frequentie van het verzuim afneemt, naarmate de leeftijd hoger wordt, maar dat de gemiddelde duur van het verzuim langer wordt (Beereboom e.a., 1991; Grosfeld, 1988; Klein Hesselink en Reuling, 1990; Schalk, 1986; Schalk, 1989; Smulders, 1984b). Met andere woorden ouderen verzuimen minder vaak, maar langer. Het verband is echter niet altijd even sterk aanwezig (Nijhuis en Soeters, 1983).

Wat de verklaring van het leeftijdseffect betreft wordt vaak de slijtage genoemd en het gegeven dat ouderen een lichamelijk minder goede conditie hebben dan jongeren. Het is echter moeilijk na te gaan wat het echte leeftijdseffect kan zijn, omdat ongezonde werknemers in grote getale het arbeidsproces verlaten en in de WAO-/IP-regelingen terecht komen. Dit effect is sterker naarmate de leeftijd toeneemt. Interessant in dit verband is dat in het onderzoek van Nijhuis en Soeters (1983a) geen leeftijdseffect gevonden werd. Grosfeld (1988, pag. 447) concludeert dan ook: "dat het voor oudere werknemers (> 55 jaar) moeilijker is om in organisaties zonder gezondheidsstoornissen mee te komen." Cross-sectioneel onderzoek naar leeftijdsverschillen in relatie tot ziekteverzuim zal daarom altijd ernstig gehandicapt zijn door deze vorm van selectie.

Van 't Hullenaar en Van Koningsveld (1982) deden onderzoek bij een groep van 454 manlijke werknemers in de leeftijdsgroepen 35-49 en 50-60 jaar. Deze groep werknemers werd geselecteerd in 135 bedrijven met als criterium dat zij bij de eerste meting ofwel moesten werken ofwel 15-27 weken verzuimd hadden (criterium voor 50% kans om na een jaar arbeidsongeschikt verklaard te worden). Jongere werknemers beoordeelden de belasting door het werk gemiddeld zwaarder dan de oudere werknemers. Een hogere werkbelasting gaf bij jongeren ook vaker aanleiding tot langdurig ziekteverzuim,

maar niet bij de ouderen. Er werd geen verschil gevonden tussen oudere en jongere werknemers wat betreft het algemeen welbevinden.

In sommige bedrijfstakken, zoals de bouw speelt de leeftijd van de werknemers een belangrijke rol. Sol (1989) vond in een case-studie onderzoek bij 12 bedrijven in de bouw, waarbij bedrijven met een extreem hoog en een extreem laag verzuim vergeleken werden dat de leeftijd in deze sector een belangrijke invloed heeft op het verzuim. Bedrijven met een relatief oud personeelsbestand hadden doorgaans een hoog verzuim.

2.3.3 Burgerlijke staat

Er is relatief weinig onderzoek bekend naar de verzuimverschillen in relatie tot de burgerlijke staat van werknemers. Bij burgerlijke staat worden meestal vier toestanden onderscheiden: ongehuwd, gehuwd, gescheiden en weduwe/weduwnaar. Relatief het meest zijn de verzuimverschillen van de ongehuwden en gehuwden onderzocht, mogelijk omdat de beide overige groepen doorgaans te weinig werknemers bevatten. Uit registratiegegevens blijkt dat gehuwden minder vaak, maar langer verzuimen dan ongehuwden, hetgeen resulteert in een hoger verzuimpercentage van de gehuwden (Klein Hesselink & Reuling, 1990). Smulders (1984b) vindt eveneens dat gehuwden langer verzuimen en een hoger verzuimpercentage hebben, maar ook dat gehuwde vrouwen frequenter verzuimen en gehuwde mannen minder frequent verzuimen. Grosfeld (1988) vindt geen verband. Schalk kon ook geen verband met de verzuimfrequentie vinden, zowel in zijn literatuurstudie (Schalk, 1986), als in zijn onderzoek (Schalk, 1989).

Een verklaring voor de verschillen tussen gehuwden en ongehuwden bij de verzuimregistratie kan zijn dat zich in de groep ongehuwden relatief veel jongeren bevinden, die eveneens vaker, maar minder lang verzuimen (Brouwer en Vrijhof, 1989). Andere verklaringen kunnen zijn dat zich in de groep ongehuwden relatief meer vrouwen bevinden, dat ongehuwden doorgaans een korter dienstverband hebben, enz. Brouwer en Vrijhof (1989) verwachten dat met de voorgaande factoren de verzuimverschillen tussen gehuwden en ongehuwden in de registratie grotendeels verklaard kunnen worden.

Degenen die gehuwd geweest zijn (gescheidenen en weduwen/weduwnaren) verzuimen vaker en langer dan gehuwden en ongehuwden (Klein Hesselink en Reuling, 1990). Ook Schalk (1989) vindt dat gescheidenen en weduwen/weduwnaren een hogere verzuimfrequentie hebben. Het ligt voor de hand dat de persoonlijke en sociale omstandigheden van deze groep hierbij een rol spelen, zeker als de problematiek nog recent is (Brouwer en Vrijhof, 1989).

2.3.4 Kinderen

Uit het overzicht van Smulders (1984b) blijkt dat het aantal thuiswonende kinderen van invloed is op de verzuimfrequentie, hetgeen bij de vrouwen (maar niet bij mannen) resulteert in een hoger verzuimpercentage. Grosfeld (1988) vindt een zeer zwak en inconsistent verband. Schalk (1986) concludeert uit zijn literatuurstudie dat er geen verband bestaat tussen het aantal kinderen en de verzuimfrequentie en vindt in zijn onderzoek ook geen verband (Schalk, 1989). Er is verder geen onderzoek bekend waarin de relatie tussen het aantal kinderen en het ziekteverzuim onderzocht is.

2.3.5 Nationaliteit

Buitenlandse werknemers hebben over het algemeen een hoger verzuim (frequentie, duur en percentage) dan hun Nederlandse collega's. Dit effect doet zich met name voor bij werknemers uit mediterrane landen. Brouwer en Vrijhof (1989) vonden dat werknemers uit de EG een wat hogere meldingsfrequentie hadden (zie ook Schalk, 1986), maar een iets lagere gemiddelde duur, hetgeen resulteert in een ongeveer vergelijkbaar verzuimpercentage. Werknemers uit niet EG-landen echter hebben vaak een aanmerkelijk hoger verzuim op alle drie verzuimmaten (Brouwer en Vrijhof, 1989; Grosfeld, 1988; Nijhuis en Soeters, 1983; Smulders, 1984a). Soms echter wordt bij Nederlanders een hogere verzuimfrequentie gevonden (Schalk, 1989). Het effect van een lagere opleiding bij mediterrane werknemers is aanwezig, maar verklaart het hogere verzuim niet volledig (Grosfeld, 1988). Grosfeld (1988) geeft aan dat de langere verzuimduur van mediterrane werknemers samenhangt met de extra belasting die aanpassing aan de Noord-Westeuropese normen inzake tijdsgedrag met zich meebrengt, maar ook met gezondheidsgedrag en een andere werkoriëntatie. Bovendien zien mediterrane werknemers werk meer als een middel tot sociaal functioneren, een kenmerk dat een positief verband heeft met langduriger ziekteverzuim.

Jansen (1983) deed een vergelijkend onderzoek naar het ziekteverzuim van Turkse, Marokkaanse en Nederlandse werknemers in de industrie. Het bleek dat de Turkse en Marokkaanse werknemers een hoger verzuim hadden dan de Nederlandse werknemers. Dat gold voor zowel het verzuimpercentage als voor de verzuimduur en de meldingsfrequentie. Posthumus (1986) deed onderzoek naar het ziekteverzuim van 457 Turkse en 583 Nederlandse werknemers bij een groot metaalverwerkend verpakkingsbedrijf. Gevonden werd dat het verzuimpercentage van Turkse werknemers beneden de dertig jaar lager, maar bij hogere leeftijden beduidend hoger lag dan bij de Nederlandse werknemers. De voornaamste reden was de snel toenemende gemiddelde verzuimduur bij de oudere Turkse werknemers, terwijl hun verzuimfrequentie niet afnam, wat bij oudere Nederlanders wel het geval was.

2.3.6 Opleiding

In het algemeen wordt er een sterk negatief verband gevonden tussen opleiding en ziekteverzuim (frequentie, duur en percentage) (Grosfeld, 1988; Grosfeld en Schalk, 1980; Hulst en Vrooland, 1982; Klein Hesselink & Reuling, 1990; Molendijk, 1980; Nijhuis en Soeters, 1983; Savelkoul, 1981; Schalk, 1986; Scholtens en Mulder, 1983; Soeters, 1983). Schalk (1989) vindt echter dat een hoog opleidingsniveau in een aantal gevallen samengaat met meer kortdurend verzuim. Schalk (1989) vindt als aanvulling hierop dat een slechte afstemming van het opleidings- en functieniveau gerelateerd is aan frequent kortdurend verzuim, Grosfeld (1988) vindt wat deze afstemming betreft echter geen verband met de verzuimduur.

Grosfeld (1988) vindt in zijn onderzoek dat onder de personalia en demografische gegevens een laag opleidingsniveau de sterkste voorspeller van langdurig verzuim is. Hij verklaart dit met het gegeven dat een lager opleidingsniveau samengaat met psychologisch minder attractief werk, minder contactgelegenheid met anderen, minder autonomie en meer fysieke werkbezwaren, die op hun beurt het verzuim verhogen (zie verderop in dit hoofdstuk).

2.3.7 Urbanisatiegraad

Smulders (1984b) concludeert uit zijn literatuuroverzicht dat er een positieve relatie is tussen de stedelijkheidsgraad van de bedrijfsvestigingsplaats met de verzuimfrequentie en het verzuimpercentage, niet met de verzuimduur. Hetzelfde geldt voor de woonplaats (stedelijke mentaliteit) (Smulders, 1984b). Schalk (1986) concludeert uit zijn literatuuroverzicht ook dat er een positief verband moet bestaan tussen de mate van verstedelijking van de woonplaats en de verzuimfrequentie. Werknemers die in de stad wonen verzuimen vaker dan werknemers op het platteland. In zijn onderzoek vindt hij echter geen verband (1989). Grosfeld (1988) vond dat het wonen in de stad samengaat met een langere verzuimduur. Wiersma (1980) vond een invloed van de geringere bereikbaarheid en toegankelijkheid van medische voorzieningen op het platteland (Groningen), die volgens hem een rol lijkt te spelen bij het ontstaan van langdurige ziekte.

2.3.8 Belasting in de privé-situatie

Smulders (1984b) concludeert uit zijn literatuuroverzicht dat belastende omstandigheden in de thuissituatie samenhangen met meer frequent verzuim en een hoger verzuimpercentage, maar niet met langduriger verzuim. Grosfeld (1988) vond echter dat persoonlijke belasting de verzuimduur bevordert, terwijl er ook enig effect van relationele belasting gevonden werd. Een deel van het verzuimduurverhogende effect wordt, met name op langere termijn, teruggevonden. Grosfeld (1988) vond dat gebeurtenissen die tot 1½ jaar voor de eerste meting van de verzuimduur voorvielen, anderhalf tot twee jaar later

nog effect vertoonden. Schalk (1989) vond geen effect van de persoonlijke belasting op het veelvuldig kortdurend verzuim.

2.3.9 Gezondheid

In het woord "ziekteverzuim" ligt besloten dat het verzuim door ziekte veroorzaakt wordt. Een moeilijkheid bij onderzoek is echter dat de aard en omvang van ziekte en gezondheid vaak niet nauwkeurig vastgesteld kunnen worden. Vanuit dat oogpunt gezien zou het ideaal zijn dat de kenmerken van de ziekte op het moment van de ziekmelding door een arts worden vastgesteld. Dat is echter voor veel onderzoek, maar ook bij registratie en de uitvoering van de Ictewet een moeilijke zo niet onmogelijke opgave en bovendien zeer onwenselijk vanuit medicaliserings-oogpunt. Uit de Stand Ziekengeldverzekering (SVr, 1992) blijkt dat bij ongeveer 80 procent van de ziektegevallen geen diagnose bekend is, omdat de verzekerde vanwege de korte verzuimduur niet door de verzekeringsarts gezien is. Deze niet gediagnostiseerde gevallen maken dertig procent van het totaal aantal ziektedagen uit.

Bij mannen zijn de diagnosecategorieën die de meeste ziektedagen tot gevolg hebben: ziekten van de bewegingsorganen (26,9%), psychische afwijkingen (15,5%) en verwondingen en vergiftigingen (8,4%). Bij vrouwen zijn de diagnosecategorieën die de meeste ziektedagen tot gevolg hebben eveneens: psychische afwijkingen (18,6%), ziekten van de bewegingsorganen (18%) en verwondingen en vergiftigingen (3%). Ziekteverzuim ten gevolge van normale zwangerschap en bevalling beslaat 9,8% van het aantal ziektedagen bij vrouwen (SVR, 1992).

Omdat het vaststellen van de exacte diagnose vaak een te grote investering vergt, wordt in onderzoek de gezondheid van de werknemers vaak door zelfrapportage "gemeten". Werknemers beantwoorden zelf de vraag in welke mate zij zich doorgaans gezond voelen of vullen een vragenlijst in met vragen over het wel of niet geregeld voorkomen van gezondheidsklachten. Door deze subjectieve en algemene wijze van invullen ontstaat echter veel onzuiverheid en overlap met andere kenmerken. Als gevolg daarvan kan de statistische relatie tussen "ziekte" en "verzuim" slechts beperkt worden vastgesteld. Broersen e.a. (1991) vonden op basis van een koppeling op individueel niveau van twee gegevensbestanden (het Periodiek Bedrijfsgezondheidskundig Onderzoek PBGO en het Ziekteverzuim Informatiesysteem ZVIS) dat gezondheidsklachten die door middel van de vragenlijsten van het PBGO geregistreerd werden het ziekteverzuim in de daaropvolgende periode significant voorspelden. De auteurs noemden echter de voorspellende waarde gering. In totaal werd 9% van het ziekteverzuimpercentage en 12% van de meldingsfrequentie in de daaropvolgende periode uit de gezondheidskenmerken voorspeld. Geurts e.a. (1991) vonden dat ervaren gezondheidsklachten 13,5% van de variatie van de verzuimfrequentie verklaarde.

Toch blijft de algemene (on)gezondheid één van de belangrijkste voorspellers van het ziekteverzuim. Soeters (1983a) vond dat een langere ziekteduur samenhangt een hogere VOEG-score, de aanwezigheid van een combinatiediagnose en een meer chronisch karakter van de aandoening. De Winter (1991) geeft op pag. 72 van zijn proefschrift een correlatiematrix waarin somscores van gezondheid en arbeidssituatie gerelateerd worden aan het verzuimpercentage en de verzuimfrequentie. Het blijkt dat factoren als inspanning, gezondheid en ziektegedrag over het algemeen sterker samenhangen met de beide verzuimmaten dan factoren als materiële werkomstandigheden, taak en werkorganisatie, leiding en collega's, en waardering in de werkkring. Hetzelfde werd ook door Broersen e.a. (1991) gevonden. Dat is overigens goed verklaarbaar uit het feit dat arbeidsomstandigheden niet direct van invloed zijn op het verzuim, maar hun invloed doen gelden via de gezondheid van de werknemers. Correlaties tussen arbeidsomstandigheden en verzuim zullen daarom doorgaans lager zijn dan de correlaties tussen gezondheidsmaten en verzuim.

Ook Grosfeld (1988) vond dat psychosomatische en psychische klachten en ongerustheid/huisartsbezoek tot de sterkste voorspellers van verzuimduur behoren. Wat specifieke gezondheidsproblemen en handicaps betreft vond Grosfeld (1988) in zijn onderzoek slechts twee effecten van de gezondheidstoestand op de verzuimduur. Werknemers met een totaal gehoorverlies bleken minder te verzuimen, wat volgens Grosfeld het gevolg kan zijn dat deze werknemer minder last hebben van lawaai op het werk of dat zij compensatoire pogingen doen om in de werkgemeenschap opgenomen te blijven. Ook bleek er duidelijk minder langdurig verzuim bij werknemers met stoornissen aan het circulatieapparaat. Volgens Grosfeld kan dat het gevolg zijn van type A gedrag: mensen met circulatiestoornissen vertonen een hogere werkbetrokkenheid, die weer een duidelijke remmer is van verzuimduur.

Schalk (1986) vond in zijn literatuurstudie geen aanwijzingen dat medisch-fysiologische factoren zoals lengte, gewicht, bloeddruk, hartslag, lichamelijke afwijkingen, geneesmiddelengebruik, enz. van invloed zijn op het kortdurend verzuim. Wel vond hij dat een groter aantal lichamelijke en psychische klachten en slaapproblemen samengaan met een hogere verzuimfrequentie. Schalk (1989) vond echter in zijn onderzoek dat psychosomatische klachten wel op het kortdurend verzuim van invloed zijn, maar psychische klachten niet. Ook vond hij geen effect van de gecombineerde variabele ongerustheid/huisartsbezoek. Wel vond hij een negatief effect van systolische bloeddruk; hoe hoger de bloeddruk, des te lager het frequent kort verzuim. Bij een onderzoek onder gemeenteambtenaren door de afdeling Bedrijfsgezondheidszorg in de gemeente Hilversum werd wel gevonden dat psychische klachten (en ook psychosomatische), gemeten via het formulier van het Periodiek Bedrijfs Gezondheidskundig Onderzoek, samenhangen met frequent verzuim (BGZ Hilversum, 1987).

Van Deursen e.a. (1988) hielden een lokale schriftelijke gezondheidsenquête bij een aselechte groep van 1151 Rotterdamse gemeenteambtenaren (uitgezonderd politie- en onderwijspersoneel), waaronder 312 vrouwen. In de vragenlijst werd gevraagd naar subjectieve gezondheid, mening over de arbeidssituatie, alcoholconsumptie en rook- en voedingsgewoonten. De vragenlijsten werden gekoppeld aan de verzuimgegevens van het Gemeentelijk Interactief Arbeidsverzuim en Informatiesysteem van de ARBO-dienst van de Gemeente Rotterdam, na toestemming van de betrokken respondenten. Hoewel de onderzochte populatie van ambtenaren een andere opbouw heeft dan de totale Rotterdamse en Nederlandse bevolking wat betreft geslacht, leeftijd en opleidingsniveau, lijkt het erop dat de gezondheid en leefgewoonten van ambtenaren niet erg verschillend zijn. Ook werd in dit onderzoek gevonden dat de gezondheidsklachtenlijst een belangrijke voorspeller van het ziekteverzuim is.

Van 't Hullenaar en Van Koningsveld (1982) vonden in een longitudinaal onderzoek dat werknemers die gedurende het onderzoek langdurig gingen verzuimen niet ongunstiger scoorden op lichamelijk en psychisch welbevinden en strains. Wel bleek dat ten tijde van de eerste waarneming de factor lichamelijke gezondheidsbeleving van de werknemers die gedurende het onderzoek zouden gaan verzuimen minder goed was dan die van de werknemers die bleven doorwerken. Aan het einde van het onderzoek bleek echter dat de verzuimers duidelijk minder scoorden op lichamelijk en psychisch welbevinden. Zij voelden zich minder goed, maakten zich meer zorgen over hun gezondheid en waren minder tevreden over hun huidige levensomstandigheden dan de doorwerkers. Het kan zijn dat in de loop van de tijd de gezondheid van werknemers verder achteruit gaat door andere oorzaken. Het is echter ook mogelijk dat door de toestand van het langdurig ziek zijn op zich meer lichamelijk en geestelijk onwelbevinden ontstaat. Wiersma (1980) vond namelijk dat *naast* de ernst van de aandoening, gemeten aan de hand van de prognose van een arts, iemands gezondheidsbeleving (de perceptie van de ziekte, de verwachtingen omtrent het herstel en het inzicht in het behandelingsplan) een centrale rol speelde bij het langdurig verzuim.

Gezondheidsklachten blijken tenslotte samen te hangen met de aard van de werkzaamheden in het beroep van de werknemers. Beereboom e.a. (1991) deden een enquête-onderzoek bij 630 werknemers in schilders- en afwerkingsbedrijven naar de achtergronden van het ziekteverzuim. Wat de gezondheidsklachten betreft scoren aandoeningen aan rug of bewegingsorganen en psychische klachten hoog bij de langverzuimers. Kompier (1988) vond bij stadsbuschauffeurs in Groningen dat met name slaap- en in minder mate vermoeidheidsklachten op hun beurt het ziekteverzuim te voorspellen. Uit verdergaande analyses bleek dat met name roostertijdsdruk, slaapkwaliteit en gerapporteerde gezondheidsklachten met elkaar samenhangen.

2.3.10 Leefgewoonten en medicijngebruik

Leefgewoonten zoals roken, drinken van alcoholische dranken, voedingsgewoonten en lichaamsbeweging kunnen van invloed zijn op het verzuim. Smulders (1984b) geeft in zijn literatuuroverzicht een positief verband met het verzuim aan voor roken en alcoholgebruik (met de frequentie en het percentage, niet met de verzuimduur). Ook vond hij effect van een actief-recreatieve vrijetijdsbesteding op het frequent kortdurend verzuim en van sportblessures op het verzuimpercentage. Schalk (1986) concludeert uit de literatuur ten aanzien van rookgedrag, dat het kortdurend verzuim vaker voorkomt bij rokers en ex-rokers, dat een grotere tabaksconsumptie samengaat met een hogere verzuimfrequentie en dat ook een langere periode van tabaksconsumptie samengaat met een hogere verzuimfrequentie. Ook een grotere mate van alcoholconsumptie, cafeïnegebruik en vaak uitgaan/laat thuiskomen gaat samen met meer frequent kort verzuim. Een grotere mate van fitheid blijkt de verzuimfrequentie te drukken, maar een meer intensieve mate van sportbeoefening lijkt weer samen te gaan met meer frequent kort verzuim.

Van Deursen e.a. (1988) vonden in hun onderzoek onder Rotterdamse gemeenteambtenaren dat rokers niet vaker dan niet-rokers verzuimen. Ook werd geen relatie tussen voeding en ziekteverzuim gevonden. Wel is het verzuimpercentage van ambtenaren met een ernstig overgewicht (Quetelet-index van 30 of hoger) twee keer zo hoog als dat van "mageren". Ten aanzien van alcoholconsumptie werd een U-vormig verband gevonden: het verzuim van lichte drinkers ligt ongeveer 40% lager dan het verzuim van geheelonthouders en zeer excessieve drinkers. Er werden echter aanwijzingen gevonden dat het hoge verzuim van geheelonthouders verklaard wordt doordat deze mensen voor een deel niet drinken vanwege gezondheidsklachten (die op hun beurt samenhangen met een hoger verzuim).

Van roken kon Grosfeld (1988) slechts vaststellen dat er een gunstig effect is van het stoppen met roken op de verzuimduur als er sprake is van een medisch advies. Schalk (1989) kon een dergelijk effect niet vinden ten aanzien van het veelvuldig kortdurend verzuim. Van alcoholgebruik kon alleen vastgesteld worden dat matige tot en met zware drinkers een geringere verzuimduur vertonen. Grosfeld geeft als verklaring dat alcoholgebruik mogelijk de stresserende werking verzacht van andere factoren die wel tot verzuim leiden. Het stoppen met drinken heeft in tegenstelling tot roken ook geen directe daling van de verzuimduur tot gevolg. Het heeft zelfs een verhogend effect op het kortdurend verzuim (Schalk, 1989). Het aantal uren dat aan lichaamsbeweging wordt besteed heeft een direct remmend effect op de verzuimduur (Grosfeld, 1988), maar niet op het frequent kort verzuim (Schalk, 1989). Mogelijk heeft het verzuimduurverlagend effect met conditieverbetering te maken (Grosfeld, 1988). Omgekeerd verwacht Grosfeld dat de lagere verzuimduur bij factoren als 's avonds regelmatig laat uitgaan of betaald klussen en vergaderen niet direct is, maar indirect een gevolg zijn

van een goede gezondheidstoestand. Blessures werken bevorderend op de verzuimduur (Grosfeld, 1988).

Grosfeld (1988) vond dat geneesmiddelengebruik en slaapkwaliteit de belangrijkste "life style" determinanten van langdurig verzuim zijn. Hij geeft echter ook aan dat deze factoren in zijn onderzoek eerder symptoom van een verslechterde gezondheidstoestand zijn, dan dat er sprake is van een directe invloed op de verzuimduur. Stoppen met roken op medisch advies heeft een gunstig effect op de verzuimduur. Het stoppen met overmatig alcoholgebruik op medisch advies heeft in tegenstelling tot roken geen directe daling van de verzuimduur tot gevolg. Ook vond Grosfeld (1988) een effect van een gecombineerde variabele ongerustheid/huisartsbezoek op het langdurig verzuim. Schalk (1989) vond geen effect van deze variabele op het kortdurend verzuim. Wel vond hij een matig verhogend effect van geneesmiddelengebruik op het kortdurend verzuim. Soeters (1983a) vond dat een lange ziekteduur samengaat met het niet uit eigen beweging naar de huisarts gaan en het werk met meer aanpassingen hervatten. Wiersma (1980) vond een invloed van de geringere bereikbaarheid en toegankelijkheid van medische voorzieningen op het platteland (Groningen), die volgens hem een rol lijkt te spelen bij het ontstaan van langdurig verzuim.

Voor bespreking van andere volksgezondheidsaspecten over de gezondheidszorg in relatie tot ziekteverzuim verwijzen we naar paragraaf 2.6.

2.3.11 Persoonlijkheidsfactoren

Met persoonlijkheidskenmerken wordt bedoeld: factoren als neuroticisme, beheersingsoriëntatie, angst, autoritair denken, type A gedrag enz. Omdat dergelijke (sterk uiteenlopende) factoren slechts weinig in de bestudeerde onderzoeken aan de orde zijn gekomen, zullen ze in deze paragraaf als één geheel behandeld worden. Smulders (1984b) vond in zijn overzicht van dertig jaar literatuur over ziekteverzuimonderzoek dat neuroticisme de verzuimfrequentie en het verzuimpercentage verhoogt, dat extraversie de verzuimfrequentie verhoogt en dat er geen of geen consequente relatie met het verzuim gevonden is ten aanzien van angstgevoelens (zie ook Schalk, 1986).

Schalk (1986) concludeert uit zijn literatuuroverzicht dat ten aanzien van type A gedrag een grotere gehaastheid en tijdnood samengaan met een hogere verzuimfrequentie, maar dat een grotere werkbetrokkenheid samengaat met een lagere verzuimfrequentie. Hij vindt geen verband tussen extraversie, angst, autoritair denken, prestatie-motivatie/groei-behoefte en zelfperceptie enerzijds en anderzijds en de verzuimfrequentie. Wel stelt hij dat er bij een aantal andere persoonlijkheidsfactoren een modererende invloed op het verzuim kan zijn (bij hoge waarden wel, bij lage waarden niet of omgekeerd).

Wiersma (1980) deed in het midden van de zeventiger jaren een onderzoek onder ruim 200 mannelijke werknemers van 20 tot 50 jaar uit verschillende bedrijfstakken (metaal, elektrotechniek, vervoer, bank- en verzekeringswezen), die tenminste tien weken ziek waren vanwege een ongeval of een ziekte van de bewegingsorganen. Deze groep werd twee keer geïnterviewd, de eerste keer gedurende de vierde Ziektewetmaand en de tweede keer één jaar na de datum van ziekmelding. Het ging in dit onderzoek met name om psychosociale stress (persoons- en omgevingsgebonden factoren) als oorzaak van langdurig ziek zijn en blijvende arbeidsongeschiktheid. Naast de ernst van de aandoening (prognose van de arts) speelde iemands gezondheidsbeleving (de perceptie van de ziekte, de verwachtingen omtrent het herstel en het inzicht in het behandelingsplan) een centrale rol bij het langdurig verzuim. Een sterke binding aan de ziekerol kwam vaak voor bij werknemers met een lage opleiding en werknemers die gevoelens van machteloosheid aangaven. Stress bleek samen te hangen met een kortere ziekteduur. Volgens Wiersma lijkt het erop dat stress voorkómt dat mensen in een uitzichtloze stationaire toestand geraken, met als enige punt van aandacht hun ziekte of handicap.

Grosfeld (1988) vond ten aanzien van type A gedragsdimensies dat gejaagdheid en werkbetrokkenheid een zwakke, maar directe samenhang hebben met verzuimduur. Gejaagdheid hangt samen met langere verzuimduur, werkbetrokkenheid met een kortere verzuimduur. Werkbetrokkenheid hangt tevens samen met minder frequent kort verzuim (Schalk, 1989). Mogelijk is er een modererend effect van gejaagdheid: in lagere functies kan men door meer gejaagdheid meer geneigd zijn om stressoren als zodanig te gaan zien, waardoor meer stress ontstaat. In hogere functies horen gejaagdheid en stress meer bij de functie.

2.4 De werksituatie

In deze paragraaf worden de determinanten van de werksituatie besproken. Daarbij worden twee gebieden onderscheiden: de werkende persoon en de werkomgeving. De paragraaf wordt besloten met een overzicht van determinanten per bedrijfssector, waarbij de reeds besproken determinanten per bedrijfstak gegroepeerd worden.

2.4.1 Woon-werk verkeer

Schalk (1986) concludeert uit zijn literatuuroverzicht dat een grotere afstand tussen de woonplaats en het werk samengaat met een hogere verzuimfrequentie. Hetzelfde concludeert hij ten aanzien van een langere reistijd, het ondervinden van meer transportproblemen en de kans op een ongeval door gebruik van een bepaald transportmiddel. Smulders (1984b) concludeert dat een langere reistijd van invloed is op de verzuimfrequentie

en het verzuimpercentage, maar niet op de verzuimduur. Grosfeld (1988) vindt echter wél een verband tussen verzuimduur en de afstand die men dagelijks moet afleggen tussen werk en huis. Het verband was negatief: hoe groter de afstand des te korter de verzuimduur.

2.4.2 Functiekenmerken

Doorgaans worden er grote verschillen gevonden tussen hoge en lage functies. Klein Hesselink en Reuling (1990) vonden een bijna twee keer zo hoog verzuimpercentage bij handarbeiders als bij beambten. Ook de verzuimfrequentie (Schalk, 1989) en de verzuimduur (Grosfeld, 1988) zijn sterk aan het functieniveau gerelateerd: hoe hoger de functie, des te minder verzuim.

Vrijhof (1987b) vergeleek de verzuimverschillen tussen beambten en handarbeiders. Hij stelde zich daarbij de vraag of de verschillen tussen beambten en handarbeiders uitsluitend op basis van de uiteenlopende werkzaamheden tot stand komen. Dat bleek niet het geval te zijn. Met name het lagere opleidingsniveau, het lagere leidinggevende niveau en de andere dienstsoorten van handarbeiders blijken eveneens op de verzuimcijfers van invloed te zijn. Wel blijkt dat de verschillen tussen beambten en handarbeiders groter zijn dan in feite uit de cijfers naar voren komt, omdat de groep handarbeiders bestaat uit relatief veel jongeren, werknemers met weinig dienstjaren en mannen. Als beide groepen vergelijkbaar gemaakt (gestandaardiseerd) worden op basis van bovenstaande kenmerken dan blijkt dat handarbeiders ongeveer even frequent verzuimen als beambten, maar dat hun verzuimgevallen meestal wat langer duren.

2.4.3 Aantal dienstjaren

Schalk (1986) rapporteert dat een langere diensttijd samenhangt met een lagere verzuimfrequentie, maar dat verband verdwijnt als met de leeftijd rekening wordt gehouden. Smulders (1984b) trekt eenzelfde conclusie en rapporteert alleen over onderzoek waarbij voor leeftijd gecontroleerd is. Hij meldt dan dat er zowel positieve als negatieve verbanden gevonden zijn. Het blijkt echter dat de relatie ook kromlijinig kan zijn: in de eerste maanden is er sprake van een laag verzuim, vervolgens stijgt het, totdat een punt wordt bereikt waarna het verzuim weer afneemt (zie ook Klein Hesselink en Reuling, 1990). Scholtens en Mulder (1983) vonden dat bij Rotterdamse gemeenteambtenaren een kleiner aantal dienstjaren samengaat met een lager verzuimpercentage.

2.4.4 Aantal werkuren

De factor deeltijdarbeid blijkt van invloed te zijn op het ziekteverzuim (Klein Hesselink en Reuling, 1990). De verzuimpercentages van werknemers die één of twee dagen per week of acht uur per week werken liggen duidelijk onder het niveau van full-time

werkers. De percentages van werknemers die drie of vier dagen per week of negen tot tweeëndertig uur per week werken liggen echter weer boven die van de full-time werknemers. Grosfeld (1988) en Schalk (1989) vonden langduriger en meer frequent verzuim bij full-timers, maar geven geen kromlijning verband aan.

Vrijhof (1984) onderzocht in het kader van een secundaire analyse aspecten van deeltijdarbeid. In de eerste plaats is er het fenomeen dat men door de tijdelijke aanwezigheid op het werk minder kans heeft om zich ziek en hersteld te kunnen melden. Dat heeft een effect op de verzuimmaten dat groter wordt naarmate men minder uren per week werkt. Vrijhof berekende echter dat als basis voor de verzuimberekeningen wordt uitgegaan van kalenderdagen in plaats van weekdagen deze administratieve afwijkingen niet ernstig zijn, temeer omdat zeer korte werkweken slechts sporadisch voorkomen. Vergelijking van kenmerken van deeltijdwerkers met die full-time werknemers laat vervolgens zien dat beide groepen op zeer veel kenmerken onderling verschillen, hetgeen vergelijking tussen beide groepen zeer moeilijk maakt. Vrijhof (1984) geeft aan dat de groep deeltijdwerkers met name gevonden wordt in de dienstensector, in dienstverlenende functies en onder gehuwde vrouwen van boven de dertig jaar met kinderen. De groep deeltijdwerkers heeft bovendien vaak verplichtingen elders (huishouden, studie), waardoor een full-time baan niet tot de mogelijkheden behoort. Daardoor moet bij deeltijdwerkers veel meer dan bij voltijdwerkers rekening gehouden worden met de activiteiten die in de resterende tijd door deze werkers verricht worden (dubbele belasting i.v.m. huishouden of studie). Vrijhof (1984) concludeert ook dat een goede vergelijking van het ziekteverzuim van deeltijd- en voltijdwerkers eigenlijk niet mogelijk is, omdat de verschillen in het verzuim tussen deze beide groepen zijn vaak kleiner dan tussen verschillende groepen deeltijdwerkers onderling.

2.4.5 Tijdelijk/vast werk

Schalk (1989) vond meer veelvuldig kortdurend verzuim bij werknemers met een tijdelijk dienstverband. Grosfeld (1988) vond echter geen effect ten aanzien van het langdurig verzuim. Uit de ziekteverzuimregistratie van het onderwijspersoneel blijkt dat tijdelijk personeel, ook los van hun gemiddeld lagere leeftijd, een lager verzuimpercentage heeft dan vast personeel (van Zoelen e.a., 1992).

2.4.6 Person-environment fit

De werkomgeving kent vele factoren die op het verzuim van invloed kunnen zijn. Dergelijke factoren kunnen zowel in de persoon als in de arbeidsorganisatie gelokaliseerd zijn. Belangrijk is echter dat de werknemer in de organisatie op zijn of haar plaats is: de zg. person-environment fit. Grosfeld (1988) vond dan ook dat een goede fit tussen toerusting, eisen en meegebrachte werkwaarden samenhangt met een kortere

verzuimduur. Schalk (1989) vond echter geen effect op het frequent kortdurend verzuim. Ook de organisatie kan een gericht afstemmingsbeleid voeren ten aanzien van het afstemmen van de persoon op de omgeving. Dat heeft een remmende invloed op het ontstaan van psychosomatische klachten: een belangrijke veroorzaker van verzuimduur. Een slechte fit tussen persoon en omgeving komt met name voor in lage functies en opleidingsniveaus, bij vrouwen en in mindere mate bij gehuwden met kinderen en ouderen.

Meer verwachten van het werk dan gerealiseerd kan worden (individuele profilering, sociale contacten) werkt bevorderend op de verzuimduur. Naarmate de realisatie ervan beter lukt (vooral bij individuele profilering) wordt de verzuimduur korter (Schalk, 1989). Grosfeld vond ook dat werknemers die lager opgeleid zijn en in lagere functies werken en vrouwelijke werknemers het werk vooral belangrijk vinden als mogelijkheid tot sociale omgang en contact. Mogelijk biedt het werk voor deze groepen onvoldoende mogelijkheden tot de behoefte tot realisatie (Grosfeld, 1988, pag. 455). In dit kader kan ook nog genoemd worden dat sociale steun van de directe chef en een ondersteunend organisatieklimaat samenhangen met een kortere verzuimduur. Ook ontevredenheid met het werk heeft invloed op het kortdurend (Schalk, 1989) en langdurig (Grosfeld, 1988) verzuim. Daarnaast kwam uit het onderzoek van Grosfeld (1988) naar voren dat diverse aspecten van satisfactie in de werksituatie met een kortere verzuimduur samenhangen. Het sterkste verband werd gevonden bij satisfactie over het toekomstperspectief. Ook Schalk (1989) vond dat tevredenheid met het toekomstperspectief samenhangt met minder frequent kortdurend verzuim.

2.4.7 Belasting in de werksituatie

Belastende arbeidsomstandigheden blijken vaak op het verzuim van invloed te zijn. Smulders (1984b) vond dat hinderlijke fysieke arbeidsomstandigheden samenhangen met de verzuimfrequentie, de verzuimduur en het verzuimpercentage. Ook Schalk (1986) vond in zijn literatuuronderzoek dat een grotere mate van fysieke werkbezwaren en het verrichten van zwaar werk samengaan met een hogere verzuimfrequentie. Uit de Stand Ziekengeldverzekering van de Sociale verzekeringsraad (SVR, 1992) blijkt dat per bedrijfsvereniging het verzuim aanmerkelijk kan verschillen, hetgeen erop kan wijzen dat per beroepsgroep andere factoren, waaronder arbeidsomstandigheden een rol kunnen spelen bij het ziekteverzuim.

Ook in recent onderzoek wordt vaak een positieve relatie tussen belastende arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim gevonden. Van Deursen (1988) vond in haar analyse van het ziekteverzuim van Rotterdamse Gemeenteambtenaren dat bij ambtenaren met veel klachten over de werksituatie (gemeten met de korte versie van de Vragenlijst Arbeid en Gezondheid) de frequentie van het verzuim gemiddeld twee keer en het verzuim-

percentage ruim anderhalf keer zo hoog is als bij ambtenaren met weinig klachten. Wiersma (1980) vond dat met name fysieke arbeidsomstandigheden een rol speelden bij het langdurig verzuim. Daarnaast zijn gevoelens van overbelasting gerelateerd aan langdurig ziek zijn.

Schalk (1989) vond met name een effect van temperatuurbelasting op het veelvuldig kortdurend verzuim. Bij een onderzoek onder gemeenteamttenaren door de afdeling Bedrijfsgezondheidszorg in de gemeente Hilversum (BGZ Hilversum, 1987) werd gevonden dat hinder door fysieke factoren in de arbeidssituatie en ontevredenheid over de taakinhoud (gemeten via het formulier van het Periodiek Bedrijfs Gezondheidskundig Onderzoek) samenhangen met de frequent verzuim. Soeters (1983a) vond dat ontevredenheid over de werksituatie samenhangt met een langere ziekteduur. Van 't Hullenaar en Van Koningsveld (1982) vonden in een longitudinaal onderzoek dat werknemers die gedurende het onderzoek langdurig gingen verzuimen hun arbeidsbelasting zwaarder beoordeelden en ervoeren dan de werknemers die bleven doorwerken. Onverwacht was echter dat werknemers met een beter arbeidsperspectief gedurende het onderzoek eerder langdurig verzuimden. Beide effecten gelden met name voor relatief jonge werknemers (35-49 jaar). Psychologische werkbezwaren blijken een verzuimverhogende invloed te hebben op zowel de verzuimdurend (Grosfeld, 1988) als op het veelvuldig kortdurend verzuim (Schalk, 1989).

Wat betreft het relatieve belang van werkbelasting blijkt dat factoren als inspanning, gezondheid en ziektegedrag over het algemeen sterker samenhangen met de verzuim-maten dan de factoren materiële werkomstandigheden, taak en werkorganisatie, leiding en collega's, en waardering werkkring (de Winter, 1991). Ook Broersen e.a. (1991) vonden dat kenmerken van de arbeidssituatie die door middel van de vragenlijsten van het PBGO geregistreerd werden (organisatie, lichamelijke belasting en mentale belasting) het ziekteverzuim in de daaropvolgende periode voorspelden. De auteurs noemden de voorspellende waarde echter gering. In totaal werd 1 % van het ziekteverzuimpercentage en 8 % van de meldingsfrequentie in de daaropvolgende periode voorspeld, hetgeen minder is dan de voorspellende waarde van de in het PBGO gerapporteerde gezondheidskenmerken.

Uiteraard speelt bij de relatie arbeidsomstandigheden-ziekteverzuim de bedrijfstak een belangrijke rol. Koes en Van de Mheen (1987) vonden bijvoorbeeld bij gezinsverzorgsters een relatie tussen verzuim en werkdruk, met bukken en gehurkt of geknield werken en bij het werken met de handen boven de macht. Daarnaast blijken in de gezinszorg fysieke belasting, lange reistijden, rolconflict (het moeten verrichten van strijdige taken, het krijgen van strijdige instructies, het werk anders moeten doen dan men zelf zou willen) en het solitair moeten werken een oorzaak te zijn van het verzuim (Veer-

man, 1989b). In het onderzoek van Beereboom e.a. (1991) in schilders- en afwerkings-bedrijven werd gevonden dat afbranden van oude verflagen, schilderen, kleurmengen, opmeten en begroten, het werken met schadelijke stoffen, een slechte ventilatie, werken in tocht of koude, of op grote hoogte vaker voorkomen bij werknemers die langdurig verzuimen. Daarnaast beoordelen langverzuimers hun werk vaker als zwaarder en belastender dan kortverzuimers en ook de onderlinge verhoudingen op de werkplek worden door de langverzuimers negatief beoordeeld (Beereboom e.a., 1991). Kompier (1988) vond bij stadsbuschauffeurs in Groningen dat verkeersveiligheid en materiële werkomstandigheden van belang bleken te zijn voor het uitvoeren van de functie van stadsbuschauffeur. Van der Werff-de Koning e.a. (1991) vonden dat het verzuim van werknemers in het wegvervoer met name beïnvloed wordt door hinder van fysieke werkomstandigheden, het minder tevreden zijn over de aanwezige voorzieningen en onvoldoende naleving van de veiligheidsvoorschriften. Bovendien bleken werknemers in bedrijven met een hoog verzuim negatiever te oordelen over hun werk, de leiding en de organisatie van het werk. Ook is er een relatie tussen de stijl van leidinggeven en het verzuim: een patriarchaal-positieve stijl van leidinggeven komt vaker voor in bedrijven met een laag ziekteverzuim.

2.4.8 Extra belasting en overwerk

Allerlei vormen van extra inspanning van werknemers boven de normale dagelijkse werkactiviteit kunnen een verzuimduurremmende werking te hebben. Zo vond Grosfeld (1988) dat overwerk op de afdeling en een extra opleiding of studie naast de dagtaak de duur van het verzuim negatief beïnvloedden. Grosfeld (1988) zoekt de verklaring hiervoor in de extra inspanning die verwacht wordt. Mogelijk is hier echter ook sprake van selectie van gezond en weinig verzuimend personeel. Nijhuis en Soeters (1983) vonden geen effect wat betreft veel overwerk gemeten op organisatieniveau: bedrijven waar veel overgewerkt wordt vertonen geen consequent hoger of lager verzuim. Schalk (1989) vond een remmend effect van afdelingsoverwerk op het veelvuldig kortdurend verzuim, maar een verhogend effect van tijdnoed. Overwerk blijkt volgens de literatuuronderzoeken van Smulders (1984b) en Schalk (1986) een remmend effect op de verzuimfrequentie te hebben, terwijl Smulders (1984b) zowel positieve als negatieve effecten van overwerk op de verzuimduur vond.

2.4.9 Ploegendienst

Intuïtief voelen zowel werkgevers als werknemers aan dat het werken in ploegendienst een extra belasting met zich meebrengt, die zich kan uiten in meer ziekteverzuim. Engers, Epker en van Groenestijn (1986) vonden in een verkennend onderzoek in de regio Tilburg, dat vertegenwoordigers van zowel werkgevers als werknemers de ploegendienst inschatten als belangrijke oorzaak voor het ontstaan van ziekteverzuim. On-

derzoek wijst echter uit dat er geen consequente relatie tussen het werken in ploegendiensten en ziekteverzuim wordt gevonden (Grosfeld, 1988; Schalk, 1986; Smulders, 1984b). Daarvoor zijn meerdere oorzaken aan te wijzen.

In de eerste plaats zijn lang niet alle ploegendiensten even belastend. Zo kan er bijvoorbeeld alleen afwisselend op de ochtend en de avond gewerkt worden (2-ploegendienst), in de ochtend, avond en nacht (3-ploegendienst) en in de ochtend, avond en nacht op werkdagen en in het weekend (4-, 5-, of meer ploegendienst). Daarnaast zijn er in verschillende bedrijfstakken verschillende soorten continudiensten mogelijk. In de verpleging en bij de politie bijvoorbeeld wordt continu doorgewerkt, maar de personeelsbezetting is in deze sectoren op de dag het grootst, in de avond en het weekend minder en in de nacht minimaal. Ook verschillen ploegendiensten onderling nogal op kenmerken als: het aantal dagen dat achter elkaar gewerkt wordt, het aantal vrije dagen tussen de werkperiodes, de wijze waarop het schema roteert, enz. Dergelijke verschillen kunnen er de oorzaak van zijn dat er geen consequente verschillen tussen ploegendiensten onderling worden gevonden (Schalk, 1986). Smulders (1984) vond echter wel een verzuimverhogend effect van de ochtenddienst op het percentage en de frequentie.

Veerman en Verboon (1990) vergeleken het ziekteverzuim van werknemers in verschillende soorten dienstroosters in de profitsector en de kwartaire sector. Er bleek sprake te zijn van een verschillende mate van ziekteverzuim binnen de verschillende roostertypen. De 2- en 3-ploegendiensten in de kwartaire sector vertonen (ten opzichte van de profitsector) een relatief hoog verzuim op alle verzuimmaten (percentage, frequentie en duur), terwijl de 5-ploegendienst in de profitsector een relatief laag verzuim op alle verzuimmaten laat zien. Veerman en Verboon concluderen uit het gegeven dat de 3-ploegendienst in twee verschillende sectoren uiteenlopende verschillen op het verzuim te zien geven, dat er blijkbaar meer aan de hand is dan een effect van het roostertype alleen. Mogelijk is de aard van de werkzaamheden mede bepalend voor de effecten van afwijkende werktijden op het ziekteverzuim. Ook Wiersma (1980) vond dat ploegendienst niet op zich een langduriger verzuim verklaarde, maar wel in combinatie met andere aspecten van het werk. Fysieke werkbezwaren, werk aan de lopende band, werken in ploegendienst en onvrijheid in het werk hingen samen met een lage scholingsgraad, die weer van invloed is op het verzuim. Kompier (1988) vond bij stadsbuschauffeurs in Groningen dat met name roostertijdsdruk, slaapkwaliteit en gerapporteerde gezondheidsklachten als cluster optreden en een goede uitvoering van de functie van stadsbuschauffeur in de weg staan.

Naast factoren in de werksituatie kan de samenstelling van de werknemersgroep een belangrijke rol spelen. Jansen (1983) onderzocht de verzuimcijfers van Turkse, Marokkaanse en Nederlandse ploegendienst- en dagdienstwerkers in enkele industriële secto-

ren. Hij vond doorgaans hogere verzuimcijfers bij de Turkse en Marokkaanse werknemers en bij dagdienstwerkers. Turkse en Nederlandse ploegendienstwerkers hadden een lager verzuimpercentage dan Turkse en Nederlandse dagdienstwerkers, Marokkaanse ploegendienstwerkers verschilden wat het verzuimpercentage betreft niet van de Marokkaanse dagdienstwerkers. Over het algemeen bleek dat de Turkse en Marokkaanse dagdienstwerkers vaker verzuimden, maar voor kortere perioden. De Nederlandse dagdienstwerkers verzuimden even vaak als de Nederlandse ploegendienstwerkers, maar de laatste groep had een kortere gemiddelde verzuimduur, wat hun gunstiger verzuimpercentage verklaart.

Een derde verklaring dat ploegendienstwerkers een lager verzuim kunnen hebben is dat bij het werken in ploegendiensten selectie van werknemers kan plaatsvinden. Ongezonde werknemers zullen minder snel in afwijkende dienstroosters gaan werken en werknemers in afwijkende dienstrooster, voor wie het dienstrooster een belasting wordt, zullen geneigd zijn om weer in dagdienst te gaan werken (voorzover zij die keuzemogelijkheid hebben). Om die reden is longitudinaal onderzoek van belang om de effecten van afwijkende werkroosters op het ziekteverzuim na te gaan. Alleen de onderzoeken van Grosfeld (1988) en Schalk (1989) voldoen enigszins aan deze voorwaarde. Schalk (1989) vond geen consequent effect van ploegendienst op het kortdurend verzuim (soms was er sprake van minder kortdurend verzuim (zie ook Nijhuis en Soeters, 1982). Grosfeld (1988) vond een sterke en consistente duurbevorderende werking van ploegendienst op het verzuim.

2.4.10 Autonomie en autonome taakgroepen

De mate waarin werknemers invloed op het arbeidsproces hebben en de mate waarin het werk voldoende afwisseling heeft, is in belangrijke mate aan het ziekteverzuim gerelateerd. Smulders (1984b) geeft in zijn literatuuroverzicht aan dat taakvariatie en afwisseling in het werk, taakidentiteit, interactie en prestatie feedback, vrijheid, autonomie en zelfstandigheid, verantwoordelijkheid, sociaal leiderschap, en invloed en participatie in beslissingen over het algemeen gerelateerd zijn aan een lager verzuimpercentage en een minder frequent verzuim. Wat de duur betreft kan vaak geen effect worden aangegeven vanwege het ontbreken van gegevens.

Smulders (1980) bestudeerde 22 Nederlandse en buitenlandse onderzoeken van vóór 1980 waarin de effectiviteit van maatregelen om het ziekteverzuim te beïnvloeden bestudeerd werd. Wat betreft de organisatie van het werk bleek dat er over het algemeen een gunstig effect op het verzuim gevonden werd van verrijking en/of verbreding van de taken van de werknemers en het instellen van autonome werkgroepen. Ook werd er een gunstig effect op het verzuim gevonden bij een toename in de participatiemogelijkheden van werknemers bij beslissingen en leiderschapstraining. In de vijf onderzoeken

ken over taakstelling en "management by objectives" was een gunstig effect op het ziekteverzuim te zien. Niet aangetoond kon worden dat verbeteringen in de communicatie in de organisatie tot een daling van de verzuimfrequentie leidde. Een ongunstig effect werd gevonden ten aanzien van veelvuldig schuiven met personeel. Als projecten niet slaagden, waren de meest waarschijnlijke oorzaken daarvan de verwachtingen van een toename van de beloning in verband met de taakverrijking meestal niet waargemaakt konden worden en óók dat er werknemers zijn die niet op taakverrijking zitten te wachten.

Terra (1988) vond dat bij een verandering in de structuur van de arbeidsdeling, waarbij het arbeidsproces herontworpen wordt (meer geïntegreerde taaksamenstelling, meer regelmogelijkheden en meer contact en samenwerking met collega's) dat het ziekteverzuim op de afdeling van het bedrijf waar het project plaatsvond fors en blijvend daalde. Recent bleek dat de kosten van het ziekteverzuim gedurende vier jaar structureel gehalveerd waren en nog steeds een dalende trend vertoonden (persoonlijke mededeling).

Smulders (1980) concludeert uit enkele buitenlandse studies van voor 1980 dat de invoering van variabele werktijden over het algemeen een verzuimbeperkende invloed heeft (zie ook Smulders, 1984b).

2.4.11 Bedrijfsgrootte

Het effect van bedrijfsgrootte, in termen van het aantal werknemers, op het ziekteverzuim is niet consequent. Smulders (1984b) vond dat de grootte van het bedrijf samenhang met een hoger verzuimpercentage en een hogere verzuimfrequentie, maar ten aanzien van de verzuimduur waren de effecten soms positief en soms negatief. Schalk (1986) vond in de literatuur geen consequente resultaten ten aanzien van de verzuimfrequentie. Wat betreft de empirische resultaten van Nederlands onderzoek na 1980 vond Schalk (1989) een hogere verzuimfrequentie in kleinere organisaties. Grosfeld (1988) vond geen effect van verzuimduur in relatie tot de bedrijfsgrootte. Smulders e.a. (1982) vonden een hogere gemiddelde verzuimduur en ook een hoger verzuimpercentage in bedrijven met een relatief klein aantal werknemers. Overigens vonden Smulders e.a. (1982) ook dat de extra daling van het verzuim aan het begin van de jaren tachtig onder andere weerspiegeld wordt in een daling van de gemiddelde verzuimduur bij kleinere bedrijven. Mogelijk is de omvang van de organisatie niet op zich een determinant van het ziekteverzuim, maar afhankelijk van andere determinanten binnen of buiten organisaties.

2.4.12 Regio

Het verzuim per Nederlandse regio is na 1980 niet nauwkeurig bestudeerd. Cijfers zijn alleen bekend voor de regio's Noord-, Oost-, Zuid- en West-Nederland. Smulders e.a. (1982) vonden dat bij bedrijven in Overijssel en Gelderland er een sterke daling was opgetreden in het hoge verzuimpercentage aan het begin van de jaren tachtig. Deze daling wordt ook weerspiegeld in de gemiddelde verzuimduur en in de verzuimfrequentie. Ook in de zuidelijke provincies (Zeeland, Noord-Brabant en Limburg) was er een vergelijkbare daling van de verzuimfrequentie te zien. De auteurs konden geen verklaring voor dit opvallende verschijnsel geven. Brouwer en Vrijhof (1989) vonden slechts kleine verschillen, waarbij West-Nederland in de jaren 1986 en 1987 het hoogste verzuimpercentage te zien gaf. Zuid-Nederland had in 1986 eveneens een hoog verzuimpercentage, maar dat daalde in 1987. Het hogere verzuimpercentage wordt met name verklaard door een wat frequenter verzuim. In zowel West- als in Zuid-Nederland is de gemiddelde duur van het verzuim wat lager dan in de beide overige regio's.

2.4.13 Organisatiekenmerken

In deze paragraaf wordt ingegaan op het ziekteverzuimonderzoek op organisatieniveau. In dit soort onderzoek zijn de vragen over ziekteverzuim en ziekteverzuim-beïnvloedende factoren niet gesteld aan werknemers, maar aan vertegenwoordigers van bedrijven en instellingen, zoals: (lijn)managers, personeelsfunctionarissen en/of vertegenwoordigers van de werknemers. Soms zijn bedrijfskenmerken vastgesteld via dossieronderzoek. Via organisatieonderzoek kunnen andere variabelen gemeten worden, zoals de winst van het bedrijf of kenmerken van de bedrijfsvoering, maar ook de kenmerken die op werknemersniveau gemeten kunnen worden komen in een ander daglicht te staan. De variabele "leeftijd" wordt bijvoorbeeld op organisatieniveau: "het percentage oudere werknemers". Het maakt dan wel degelijk uit of je als individuele oudere werknemer in een bedrijf met een hoog of een laag percentage oudere werknemers werkt. Over de specifieke problemen met het interpreteren van onderzoeksresultaten op geaggregeerd niveau wordt verwezen naar hoofdstuk drie uit het proefschrift van Smulders (1984a).

Met name de studies die in paragraaf 2.2 beschreven zijn hebben het ziekteverzuimkenmerken op organisatieniveau onderzocht (Nijhuis en Soeters, 1983; Smulders, 1984a; Grosfeld, 1988 en Schalk, 1989). Daarvan hebben twee uitsluitend gegevens op organisatieniveau verzameld (Nijhuis en Soeters, 1983; Smulders, 1984a) en hebben de andere twee ook gegevens op individueel niveau bestudeerd (Grosfeld, 1988 en Schalk, 1989). Dat betekent dat de laatste twee studies bepaalde kenmerken niet op organisatie-, maar op individueel niveau hebben vastgesteld (bijvoorbeeld geslacht, leeftijd, enz.). Deze kenmerken worden in de overige paragrafen besproken. Ook het onderzoek van Beere-

boom e.a. (1991), onder 316 bedrijven in de schilders- en afwerkingsbranche, wordt hier besproken.

Bij de bespreking van de determinanten van het ziekteverzuim van deze vijf studies wordt grotendeels gebruik gemaakt van dezelfde indeling in determinanten als bij de determinanten van de individuele werknemers: persoonsgebonden, werkgebonden en Ziektewetuitvoeringskenmerken. Bij de werkgebonden kenmerken zal onderscheid worden gemaakt naar kenmerken van de organisatie, het werkproces en de ondersteunende diensten.

Persoonsgebonden kenmerken op organisatieniveau

Omdat gegevens over persoonsgebonden factoren bij de meeste organisaties niet bekend zijn (leefgewoonten, gezondheid), kan alleen iets gezegd worden over enkele demografische kenmerken. Het percentage vrouwelijke werknemers binnen een bedrijf heeft uiteenlopende relaties met het verzuim (Nijhuis en Soeters, 1983). Mogelijk is dat de reden dat Smulders (1984a) geen relatie tussen het percentage vrouwen en het ziekteverzuim vindt. De vier andere kenmerken lijken wat hun relaties op organisatieniveau betreft sterk op de relaties die op individueel niveau gevonden zijn. Organisaties met een oudere werknemerspopulatie en personeel dat gemiddeld lager opgeleid is hebben een hogere verzuimfrequentie (Nijhuis en Soeters, 1983) en een hoger verzuimpercentage (Smulders, 1984a). Werknemers uit stedelijke gebieden hebben eveneens meer frequent en langdurig verzuim (Nijhuis en Soeters, 1983). Het percentage buitenlandse werknemers is een sterke voorspeller van een hoog verzuimpercentage in een bedrijf (Smulders, 1984a).

Werkgebonden kenmerken op organisatieniveau: de organisatie

Wat betreft de organisatiekenmerken is een aantal verbanden met het ziekteverzuim gevonden, waarin echter geen consequente lijn te zien is. Wel gaat een positieve invloed uit van autonomie in het commercieel beleid (Grosfeld, 1988) en autonomie in de bedrijfsvoering (Smulders, 1984a), die samenhangen met minder verzuim. De verklaring die Grosfeld geeft is dat het management van zelfstandige vestigingen gemakkelijker voordelige oplossingen toepast vanuit een kostentechnisch oogpunt, zoals het niet direct vervangen van ziek personeel, zwaarder belasten van niet ziek personeel en het resterende personeel laten overwerken. Daarnaast is op afdelingsniveau gevonden dat afhankelijkheid van andere afdelingen en een goede kwaliteit van de afdelingsinput samenhangen met een hogere verzuimduur (Grosfeld, 1988). Schalk (1989) vond dat de last ten gevolge van inputdefecten samenhangt met veelvuldig kortdurend verzuim.

Beereboom e.a. (1991) deden een enquête-onderzoek onder 316 bedrijven in de schilders- en afwerkingsbranche. Bedrijven werden ingedeeld in drie groepen met een

verzuimpercentage van < 9,5%, 9,5% tot 14,5% en > 14,5%). Bedrijven met een hoog verzuimpercentage bleken over het algemeen iets jonger te zijn (vaker opgericht na 1980), vaker deel uit te maken van een concern of bedrijfsgroep en gemiddeld minder lange dienstverbanden te kennen dan bedrijven met een laag verzuimpercentage. Bovendien was het aandeel van schilders/glaszetters in de hoog verzuimende bedrijven geringer.

De organisatieomvang in termen van het aantal personeelsleden blijkt niet consequent samen te hangen met de verzuimfrequentie. Nijhuis en Soeters (1983) en Schalk (1989) vonden minder frequent verzuim bij grotere organisaties, terwijl Smulders (1984a) er meer frequent verzuim vond. Een slechte naam van het bedrijf en ook een autoritaire leiding van het bedrijf gaan samen met een hoger verzuimpercentage (Smulders, 1984a). In organisaties met weinig hiërarchische structuur (en dus met relatief grote werkgroepen) liggen de verzuimfrequentie en de verzuimduur eveneens hoger (Nijhuis en Soeters, 1983). Relationale activiteiten als een goede verticale communicatie met de top, verhogen de verzuimduur, vanwege het gegeven dat het management zich richt op optredende kwaliteitsproblemen en de communicatie met het technisch, in ploegendienst werkend personeel verwaarloosd (Grosfeld, 1988). Ook geregelde informele contacten tussen afdelingen verhogen de verzuimduur, terwijl een goede samenwerking tussen de afdelingen de verzuimduur verlaagt, evenals contactgelegenheid in de functie (Grosfeld, 1988). Beereboom e.a. (1991) vonden wat betreft het bedrijfsklimaat dat bedrijven met een hoog verzuim vaker voorstander zijn van een zakelijke benadering van het personeel. In deze groep bevonden zich procentueel minder bedrijven waar geregelde werkbesprekingen plaatsvonden.

Een negatieve perceptie van het beoordelingssysteem verhoogt het frequent kortdurend verzuim (Schalk, 1989), maar heeft geen effect op het langdurig verzuim (Grosfeld, 1988). Een grotere mate van werkzekerheid binnen het bedrijf tenslotte hangt volgens Nijhuis en Soeters (1983) samen met meer frequent en meer langdurig verzuim. Soeters verklaard dit aan de hand van het werkloosheidseffect: naarmate de werkloosheid stijgt, is er minder verzuim (zie ook Kruidenier, 1984b). Smulders (1984a) vindt echter een hoger verzuimpercentage als er sprake is van een slechte financieel-economische positie van het bedrijf, terwijl Wiersma (1980) vond dat de bedreiging van de werkgelegenheid binnen een bedrijf gerelateerd is aan een lagere verzuimduur.

Werkgebonden kenmerken op organisatieniveau: het werk zelf

Meer fysiek bezwarende werkomstandigheden in de organisatie hangen samen met een verhoogde verzuimfrequentie, een langere verzuimduur en een hoger verzuimpercentage (Nijhuis en Soeters, 1983; Smulders, 1984a). Ook Grosfeld (1988) vond dat fysieke werkbezwaren en inconveniënten de verzuimduur bevorderen. Psychisch bezwarende

werkomstandigheden (werksfeer, eentonigheid, rolonduidelijkheid) gaan eveneens samen met meer frequent verzuim en een langere ziekte duur (Nijhuis en Soeters, 1983). Veel verandering van werkzaamheden heeft bij mannelijk productiepersoneel een minder frequent en langdurig verzuim tot gevolg, bij vrouwelijk productiepersoneel een wat hogere frequentie, maar eveneens minder langdurig verzuim (Nijhuis en Soeters, (1983).

Werkdruk in de organisatie kan worden verhoogd door een onrustige werkomgeving. Naarmate de verstoring van het arbeidsproces groter en de personeelsbezetting krappere is (onder andere door een hoog ziekteverzuim in de organisatie), is de verzuimfrequentie geringer, maar de verzuimduur langer (Nijhuis en Soeters, 1983). Smulders (1984a) vond een lager verzuimpercentage bij bedrijven met meer onrust in het productieproces. Veel overwerk op de afdeling hangt samen met minder frequent en minder langdurig verzuim (Grosfeld, 1988; Schalk, 1989).

Ook ten aanzien van het verzuim van ploegdienstwerkers worden weer inconsequente resultaten gevonden. Zo vond Smulders (1984a) een langere verzuimduur bij ploegdienstwerkers, maar geen relatie met de verzuimfrequentie. Nijhuis en Soeters (1983) vonden echter dat de verzuimfrequentie daalde naarmate sprake is van meer belastende dienstroosters, maar zij vonden geen relatie met verzuimduur. Beide auteurs noemen selectie-effecten als oorzaak voor inconsequente resultaten. Interessant is het selectiemechanisme dat door Nijhuis (1984) genoemd wordt: indien een werknemer in ploegdienst een aandoening krijgt die het werken in ploegdienst bemoeilijkt en ander werk moeilijk te vinden is, volgt afvloeiing uit het arbeidsproces door middel van een arbeidsongeschiktheidsregeling (WAO/IP).

Wat betreft werkproceskenmerken blijkt dat een langere verzuimduur zich concentreert in productieafdelingen waar gewerkt wordt met halffabrikaten en grondstoffen en in productiesystemen met een hoge mechaniserings- en automatiseringsgraad en routinematige organisatie van het werkproces. Wat de functies betreft vertonen met name technische en in mindere mate dienstverlenende functies een hogere verzuimduur. Schalk (1989) vond een dergelijk effect ten aanzien van het veelvuldig kort verzuim bij technische, beheers- en bestuursfuncties, maar niet ten aanzien van dienstverlenende functies. Organisaties met overwegend mechanische technologie hebben overwegend een hogere verzuimduur.

Beereboom e.a. (1991) vonden in de schilders- en afwerkingsbranche wat betreft de organisatie van de arbeid dat in hoog verzuimende bedrijven iets vaker alleen gewerkt werd en vaker werd overgewerkt. Opmerkelijk was dat hoog verzuimende bedrijven hun arbeidsomstandigheden gunstiger inschatten, vaker van mening waren dat werknemers

zich in het algemeen goed aan de voorschriften houden, hun verzuimpercentage laag inschatten en de aandoeningen van het personeel die ziekteverzuim tot gevolg hebben slecht kunnen inschatten.

Het functieniveau blijkt een centrale rol te spelen ten aanzien van het frequent en langdurig verzuim in relatie tot slechtere arbeidsomstandigheden en arbeidsvoorwaarden (Grosfeld, 1988; Schalk, 1989). Hoe hoger de functie des te meer medezeggenschap over werk, tijdsindeling en werkwijze, wat gepaard gaat met een consequent lager verzuim. In de hogere functies is tevens sprake van een aantal factoren die relatie hebben met een lagere verzuimduur: een betere honorering, meer autonomie in de taak-uitvoering, meer sociaal prestige, een betere werkomgeving, betere werkcondities, beter psychosociaal welbevinden en minder fysieke gezondheidsrisico's.

Werkgebonden kenmerken op organisatieniveau: de ondersteuning

Nijhuis en Soeters (1983) vonden dat professionalisering van de afdeling personeelszaken samenhangt minder frequent en minder langdurig verzuim. Smulders (1984a) vond echter dat in organisaties met een relatief grote personeelsafdeling sprake is van meer frequent verzuim. Ook Grosfeld (1988) vond dat een goed procedureel uitgewerkt personeelsbeleid de verzuimduur verhoogt, terwijl Schalk (1989) vond dat het frequent kortdurend verzuim daardoor minder is. Er zijn dus tegenstrijdige effecten gevonden. Grosfeld (1988) geeft als verklaring voor de verzuimduurverhoging dat een procedureel goed uitgewerkt personeelsbeleid een te grote formalisering tot gevolg kan hebben. Mogelijk hangt het verzuimverhogende effect dan ook samen met de kwaliteit van het geleverde personeelsbeleid. Smulders (1984a) vond dat organisaties die meer tijd besteden aan personeelsbegeleiding en personeelszorg een lager verzuimpercentage hebben. Ook bij een meer gericht beleid zijn echter inconsequente resultaten gevonden. Een beleid gericht op meer mogelijkheden voor werk in aangepaste functies, bleek samen te hangen met een lagere verzuimfrequentie, maar met meer langdurig verzuim (Nijhuis en Soeters, 1983). Mogelijk speelt hier het omgekeerde effect dat juist in organisaties die al veel langdurig verzuim hebben meer aandacht besteed wordt aan gerichte aanpassingsactiviteiten.

Ook op andere gebieden blijkt dat een door de organisatie intensief gevoerd beleid, bijvoorbeeld gericht op de verbetering van arbeidsomstandigheden, kan samenhangen met frequenter en langduriger verzuim (Nijhuis en Soeters, 1983). Grosfeld (1988) vond eveneens dat de ontwikkelingsgraad van het veiligheidsbeleid samenhangt met een langere verzuimduur. De verklaring die de auteurs hiervoor geven is dat een actief beleid gericht op de verbetering van de arbeidsomstandigheden pas plaatsvindt als er sprake is van problematiek op dat gebied. De daling van het frequent kortdurend verzuim die door onder andere door Schalk (1989) gerapporteerd wordt kan verklaren dat

het bij de aanpak van arbeidsomstandigheden vaak gaat om projecten van korte duur, die de verzuimsituatie slechts gedeeltelijk beïnvloeden (Soeters, 1984).

Aandacht van het management voor de verzuimproblematiek remt de verzuimduur. De remmende werking kan echter voor een deel berusten op intensiever en gericht gebruik maken van regelingen als WAO, IP en gedwongen collectief ontslag, waardoor het verzuim bij het overblijvende personeel daalt. Werkoverleg blijkt niet van invloed te zijn op de verzuimfrequentie, maar gaat wel samen met een kortere verzuimduur (Nijhuis en Soeters, 1983). Ook werd een negatief effect van bedrijfsgezondheidszorg op de verzuimduur gevonden. Grosfeld (1988) verklaart dit door een te grote aandacht van bedrijfsartsen voor individuele gezondheidsbevordering. Het aantal contacten over zieke werknemers in een bedrijf gaat eveneens samen met een hoger verzuimpercentage (Smulders, 1984a).

Ziektewetuitvoering op organisatieniveau

Een sterke band met het GAK of de bedrijfsvereniging is bij Smulders (1984a) de belangrijkste voorspeller van een hoog ziekteverzuimpercentage. Ook vond Smulders (1984a) dat bij bedrijven met een snelle verzuimcontrole de duur van het verzuim langer is. Een minder intensieve Ziektewetcontrole heeft in het onderzoek van Nijhuis en Soeters (1983) echter weer meer frequent verzuim tot gevolg bij mannelijk uitvoerend personeel en een langduriger verzuim bij vrouwelijk uitvoerend personeel. Beereboom e.a. (1991) vonden in de schilders- en afwerkingsbranche dat van de hoog verzuimende bedrijven slechts een klein percentage binnen twee dagen op het verzuim van de werknemers reageert.

2.4.14 Bedrijfssector

In dit gedeelte worden determinanten per bedrijfssector behandeld. Het gaat daarbij om resultaten die in het voorgaande ook reeds besproken zijn, maar die nu per sector aan de orde komen. Criterium voor bespreking is dat de te behandelen determinanten sectorspecifiek zijn.

Bouwnijverheid

Beereboom e.a. (1991) deden een enquête-onderzoek bij 630 werknemers in schilders- en afwerkingsbedrijven naar de achtergronden van het ziekteverzuim. Langdurig verzuim bleek voor een belangrijk deel samen te hangen met de leeftijd van de werknemers. Daarnaast is de bedrijfsbinding van werknemers met kortdurend verzuim meestal lager. Arbeidsomstandigheden spelen een belangrijke rol bij de duur van het verzuim. Afbranden van oude verflagen, schilderen, kleurmengingen, opmeten en begroten, het werken met schadelijke stoffen, een slechte ventilatie, werken in tocht of koude, of op grote hoogte komen vaker voor bij werknemers die langdurig verzuimen. Daarnaast

beoordelen langverzuimers hun werk vaker als zwaarder en belastender dan kortverzuimers en ook de onderlinge verhoudingen op de werkplek worden door de langverzuimers negatief beoordeeld. Wat de gezondheidsklachten betreft scoren aandoeningen aan rug of bewegingsorganen of psychische klachten hoog bij de langverzuimers.

Beereboom e.a. (1991) deden eveneens een enquête-onderzoek onder 316 bedrijven in de schilders- en afwerkingsbranche. Wat betreft de organisatie van de arbeid werd in hoog verzuimende bedrijven iets vaker alleen gewerkt en vaker overgewerkt. Wat betreft het bedrijfsklimaat bleken hoog verzuimende bedrijven vaker voorstander van een zakelijke benadering van het personeel en bevonden zich in deze groep procentueel minder bedrijven waar geregelde werkbesprekingen plaatsvonden. Het aandeel van schilders/glaszetters in de hoog verzuimende bedrijven bleek geringer te zijn. Opmerkelijk was dat hoog verzuimende bedrijven hun arbeidsomstandigheden gunstiger inschatten, vaker van mening waren dat werknemers zich in het algemeen goed aan de voorschriften houden, hun verzuimpercentage laag inschatten, en de aandoeningen van het personeel die ziekteverzuim tot gevolg hebben slecht kunnen inschatten. Ook bleek van de hoog verzuimende bedrijven slechts een klein percentage binnen twee dagen op het verzuim van de werknemers te reageren.

Sol (1989) deed een case-studie onderzoek bij 12 bedrijven in de bouw. Gekozen werd voor bedrijven met een extreem hoog en een extreem laag verzuim. Het beeld dat naar voren kwam was vrij diffuus. Overduidelijk was dat verlaging van het ziekteverzuim geen doelstelling was in deze bedrijven. Ook de belasting voor de organisatie ten gevolge van het ziekteverzuim en de kosten daarvan zetten de bedrijven nauwelijks tot actie ter vermindering van het verzuim aan. Men was zich in bedrijven met een naar verhouding hoog verzuim niet of nauwelijks bewust van dit hoge verzuim. Ook het arbobeleid bleek nog in de kinderschoenen te staan en had nauwelijks relatie met vermindering van het ziekteverzuim. Wel bleek de leeftijd van de werknemers een belangrijke rol te spelen: bedrijven met een relatief oud personeelsbestand hadden doorgaans een hoog verzuim. Daarnaast bleek het personeelsbeleid en de aard en organisatie van het werk van invloed op de verzuimverschillen.

Vervoer

Kompier (1988) deed onderzoek bij stadsbuschauffeurs in Groningen. Hij vond een twee tot drie keer hoger verzuimpercentage van stadsbuschauffeurs ten opzichte van het landelijk gemiddelde verzuimpercentage. Ook vergelijking van stadsbuschauffeurs met vergelijkbare functiegroepen en werknemers in onregelmatige diensten wees uit dat de stadsbuschauffeurs aanmerkelijk meer verzuimden. Zowel de duur als de frequentie van het verzuim bleken bij stadsbuschauffeurs hoger te liggen. Behalve dat ziekteverzuim een belangrijke voorspeller was van arbeidsongeschiktheid enkele jaren later, bleken

met name slaap- en in minder mate vermoeidheidsklachten het ziekteverzuim te voorspellen. Uit verdergaande analyses bleken met name roostertijdsdruk, slaapkwaliteit en gerapporteerde gezondheidsklachten enerzijds en verkeersveiligheid en materiële werk-omstandigheden anderzijds van belang te zijn.

Van der Werff-de Koning e.a. (1991) vergeleken werknemers in het wegvervoer (goederenvervoer, taxi en ambulancevervoer en toerwagenbedrijven) in bedrijven met een relatief hoog en laag verzuim. Zij vonden dat het verzuim van werknemers met name beïnvloed wordt door slechtere arbeidsomstandigheden, zoals hinder van fysieke werk-omstandigheden, minder tevreden zijn over de aanwezige voorzieningen en onvoldoende naleving van de veiligheidsvoorschriften. Bovendien bleken werknemers in bedrijven met een hoog verzuim negatiever te oordelen over hun werk de leiding en de organisatie van het werk. Ook is er een relatie tussen de stijl van leidinggeven en het verzuim: een patriarchaal-positieve stijl van leidinggeven komt vaker voor in bedrijven met een laag ziekteverzuim.

Grootwinkelbedrijf

Schokking-Siegerist (1982) vond dat het ziekteverzuim van vrouwen in deze sector met name samenhangt met de verstandhouding met de chef. Ook gehuwde vrouwen met oudere kinderen (die dus een zware huishoudelijk taak hebben), die veel staand werk doen verzuimen hier vaker.

Administratieve sector

Schokking-Siegerist (1982) vond dat vrouwen in deze sector fysiek hinderlijke werk-omstandigheden, mogelijkheden om af en toe het werk te onderbreken, verstandhouding met de chef en spanning vanuit de werkomgeving (het gevoel dat collega's je niet mogen en je niet weet wat ze van je verwachten) van invloed zijn op de gezondheidsklachten. Via gezondheidsklachten zijn deze factoren indirect van invloed op het verzuim. Gehuwde vrouwen met jonge kinderen hebben in de administratieve sector een hoog verzuim, met name vanwege gezondheidsklachten tengevolge van het combineren van baan en gezin en de soepelheid van bedrijven om dergelijke problemen te helpen oplossen.

Horeca

Onderwater (1986) deed een inventariserend onderzoek, waarin de beschrijving van het verzuim bij de horeca centraal stond. Opvallend was het hoge verzuim bij de vrouwen in deze sector, veroorzaakt door de lange verzuimduur, maar ook door de hoge meldingsfrequentie. Overigens moet opgemerkt worden dat de vrouwen in de horeca een hoge gemiddelde leeftijd hebben. Opvallend voor de gehele horeca (mannen en vrouwen) was het aantal lange verzuimgevallen, terwijl het aantal ziekmeldingen relatief laag

is. Waarschijnlijk komt dit voor een belangrijk deel doordat veel bedrijven in de horeca klein zijn, waardoor men zich niet snel ziek meldt en eenmaal ziekgemeld minder snel zal herstellen. Het relatief geringe aantal kortdurende meldingen wordt mogelijk veroorzaakt door de aanwezigheid van een ander type arbeidstijdpatroon in de horeca. De analyse van bedrijfskenmerken leverde geen aanwijzingen op voor een afwijkend verzuimbeeld van de horeca ten opzichte van de overige GAK-bedrijfsverenigingen. Opleiding, lengte van het dienstverband en afwijkende werktijden zouden echter wel de meldingsfrequentie kunnen beïnvloeden.

Penitentiaire inrichtingen

Joekes-Smith (1979-1981) vond bij een kwalitatief onderzoek naar langdurig ziekteverzuim in drie huizen van bewaring dat veel van het langdurig verzuim veroorzaakt wordt door psychische klachten bij relatief jonge medewerkers. Uit het dossier-onderzoek blijkt dat er in het algemeen meer consulten, brieven en documentaties te vinden zijn met name bij de groep met psychische klachten. Men (bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, gezondheidszorg) vindt dit duidelijk een "moeilijke groep". Oorzaken voor het hoge verzuim worden gezocht in een slechte communicatie, personeelsverloop, een gevoel van onveiligheid bij het werken met de gedetineerden, na ziekte direct voor vol moeten meedraaien (hoge hervattingsdrempel), onvoldoende begeleiding door leidinggevenden, onvoldoende begrip door de directie en onduidelijke taken. Kommer (1991) vond in een onderzoek in drie huizen van bewaring echter geen aanwijzingen dat een hoge mate van psychosociale spanningen waaraan penitentiaire inrichtingswerkers blootstaan samenhangt met een hoog ziekteverzuim. Ook de inhoud van het werk bleek niet samen te hangen met een hoog verzuim.

Onderwijs

Van Zoelen en Nieuwland (1991) vonden grote verschillen in het verzuim tussen verschillende instellingen binnen het onderwijs. Het verzuim varieert er van bijna 0% tot meer dan 33%. Zij konden deze verschillen niet verklaren uit kenmerken als de plaats van vestiging, de schoolsoort of de samenstelling van het personeel. Omdat binnen een bepaalde groep van scholen sprake lijkt te zijn van een structureel hoog verzuim trekken zij de conclusie dat de schoolcultuur de bepalende factor voor de verzuimverschillen lijken te zijn.

Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening

Binnen de instellingen van de gezondheidszorg is er met name in de gezinsverzorging sprake van een hoog ziekteverzuim (Veerman, 1989b). Dat komt niet door het aantal ziekmeldingen, maar doordat ziektegevallen gemiddeld lang duren. Veel ziektegevallen in deze sector lopen door tot in de WAO. Vooral jongeren blijken hier vaak een hoog WAO-risico te lopen.

Koes en Van de Mheen (1987) vonden bij een onderzoek onder gezinsverzorgsters dat met name arbeidsomstandigheden (meer werkdruk, meer problemen met bukken en gehurkt of geknield werken en problemen bij het werken met de handen boven de macht) en gerapporteerde gezondheidsklachten en een negatief eigen oordeel over de gezondheid van invloed zijn op het ziekteverzuim.

Arbeidsomstandigheden in de gezinsverzorging spelen ook een rol in het onderzoek van Veerman (1989b). Aandoeningen aan het bewegingsstelsel blijken hier de meest voorkomende diagnosecategorie te zijn, in tegenstelling tot de rest van de gezondheidszorg, waar de psychische ziekten (overspannenheid, surmenage) het meest voorkomen. In de gezinszorg blijken onder andere fysieke belasting, lange reistijden, rolconflict (het moeten verrichten van strijdige taken, het krijgen van strijdige instructies, het werk anders moeten doen dan men zelf zou willen) en het solitair moeten werken een oorzaak te zijn van het hoge verzuim. Op instellingsniveau zijn de grootte van de wachtlijst, weinig specialisatie in de werkzaamheden, invoering van differentiatie in de werkzaamheden, solitair werk en een slechte interne planning oorzaken van een hoger verzuim. De aard en de homogeniteit van het werk in de gezinsverzorging zijn ook een belangrijke oorzaak van het hoger verzuim in deze sector (een hoge hervattingsdrempel). Men moet alle voorkomende werkzaamheden zelfstandig aankunnen. Moeilijke taken kunnen niet met collega's gedeeld worden en werkhervatting in lichtere functies is vrijwel uitgesloten door de homogeniteit van de werksoort. Daardoor duurt het langer voordat men weer aan het werk gaat. Alleen gedeeltelijke werkhervatting is in deze sector goed mogelijk en komt er ook vaak voor. Volgens het onderzoek van Veerman (1989b) wordt het werken in de gezinsverzorging gekenmerkt door vooral persoonlijke en niet zozeer beroepsmatige onderlinge verhoudingen. Het verzuim in deze sector is dan ook lager in instellingen met een goede informele sfeer. In instellingen voor de gezinsverzorging speelt het middenkader een cruciale rol. Dat komt ook naar voren in de mate waarin deze leidinggevendenden zich solidair opstellen met de verzorgende.

2.5 Wettelijke en uitvoeringsaspecten

In dit gedeelte wordt ingegaan op de rol van de Ziektewet. Daarbij zullen tevens aspecten van verzuimbegeleiding, zoals sociaal-medische teams binnen bedrijven aan de orde komen. Begonnen wordt echter met de rol van de invloed van de bedrijfsverenigingen en de uitvoering van de Ziektewet.

Bij deze paragraaf over wettelijke en uitvoeringsaspecten moet ervan uitgegaan worden dat er door de invoering van de nieuwe wetgeving rondom ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid een geheel andere en nieuwe situatie is ontstaan. Daardoor kunnen de

uitkomsten van de verschillende studies achterhaald zijn, omdat de situatie waarin de studies plaatsvonden grotendeels anders was dan de situatie die momenteel aan het ontstaan is. In het laatste hoofdstuk zal hierop teruggekeken worden.

2.5.1 Bedrijfsverenigingen en de uitvoering van de Ziektewet

In Nederland wordt de Ziektewet voor een belangrijk deel uitgevoerd door de bedrijfsverenigingen. Er zijn echter ook bedrijven of groepen van bedrijven die zelf het risico tegen loonderving wegens ziekte van de werknemers op zich nemen, de zg. afdelingskassen en de eigen-risicodragers. Deze verzekeringsvormen vallen echter ook onder de eindverantwoordelijkheid van de bedrijfsverenigingen. De controlefunctie van de Ziektewetuitvoering wordt meestal verricht door functionarissen van de bedrijfsverenigingen zoals: verzekeringsartsen en functionarissen buitendienst, maar kan ook de bedrijven zelf uitgevoerd worden. Een bedrijf dat de controle en de administratie van de ziekengeldverzekering volledig door de bedrijfsvereniging laat uitvoeren wordt omslaglid genoemd. Een groep bedrijven die gezamenlijk het eigen risico van de ziekengeldverzekering draagt wordt afdelingskas genoemd. De derde verzekeringsvorm is de eigen-risicodrager, waarbij de werkgever geen ziekengeldpremie inhoudt, maar bij ziekte de werknemers doorbetaalt. De controle van de Ziektewet kan bij afdelingskassen en eigen-risicodragers op drie wijzen plaatsvinden: (1) uitsluitend door de bedrijfsvereniging, (2) deels door de bedrijfsvereniging, deels door het bedrijf en (3) uitsluitend door het bedrijf.

Smulders e.a. (1982) vonden dat zowel de verzekeringsvorm als de wijze van controleren van invloed is op het ziekteverzuim. Omslagleden hebben over het algemeen een hoger verzuimpercentage en een hogere gemiddelde verzuimduur dan de afdelingskassen en de eigen-risicodragers. Een hoger verzuimpercentage en een hogere verzuimduur wordt ook gevonden bij bedrijven die hun verzuimcontrole uitsluitend door de bedrijfsvereniging laten plaatsvinden. Overigens zijn deze effecten deels van elkaar afhankelijk, omdat omslagleden hun verzuimcontrole altijd volledig door de bedrijfsvereniging laten uitvoeren.

Draaisma (1983) onderzocht het effect van de verzekerings- en controlevorm op het ziekteverzuim door drie verzekerings- en drie controlevormen met elkaar te vergelijken. Hij onderzocht in totaal 119 bedrijven die systematisch onderverdeeld waren in verzekeringsvorm en controlevorm. Alleen bij de omslagleden is er weer geen variatie in controlevorm, omdat omslagleden hun verzuimcontrole volledig aan de bedrijfsvereniging overlaten. Ook uit dit onderzoek blijkt dat de omslagleden gemiddeld de hoogste verzuimpercentages hebben. Afdelingskas- en eigen-risicobedrijven verschillen onderling niet. Wat betreft de controlevorm is er een verlagend effect van de controlevorm waarbij de eerste tien weken door het bedrijf gedaan wordt, waarna het GAK de controle

overneemt. Mogelijk is specialisatie van de verzuimbegeleiding in het laatste geval de oorzaak van het lagere verzuimpercentage. Een groot aantal andere variabelen heeft hierna nog nauwelijks invloed op de hoogte van het verzuimpercentage bij de bedrijven.

Smulders (1984a) vond echter aanwijzingen dat een hoog verzuimpercentage in bedrijven de keuze voor het omslaglidmaatschap en uitbesteding van administratie en controle kan stimuleren of versnellen. Een laag verzuimpercentage leek de keuze voor een afdelingskas of eigen risicodracht voor de Ziektewet met verzuimcontrole door het bedrijf te stimuleren.

De grootste winst in verzuimreductie blijkt te halen te zijn bij degenen die het hoogste ziekteverzuim hebben: de omslagleden. Uit de analyse die Smulders en anderen (1982) verrichtten om de daling van het verzuim in het begin van de tachtiger jaren te verklaren, bleek dat zich met name bij de omslagleden een grote daling in het verzuimpercentage en de gemiddelde verzuimduur voordeed. Smulders e.a. (1982) spreken in dit verband dan ook van een inhaaleffect bij bedrijven met een hoog "uitgangs"-verzuimpercentage.

Hierboven kwam al naar voren dat de formele uitvoering van de Ziektewet van invloed kan zijn op het ziekteverzuim binnen bedrijven. Het blijkt echter ook dat de wijze van controle van invloed is. Smulders (1980) deed een literatuuronderzoek waarin hij verzuimcontrolemethoden vergeleek, waarnaar van 1954 t/m 1979 in verschillende landen onderzoek gedaan is. Het door hem gevonden onderzoek bleek echter nogal verouderd en vaak methodisch minder adequaat te zijn. Smulders vat de belangrijkste conclusies die niettemin getrokken konden worden in zes punten samen:

- (1) vertraging van het tijdstip van controle lijkt tot een vertraging van de herstelmelding te leiden en daarmee tot verzuimduur-verlenging;
- (2) de controle-arts kan vooral invloed uitoefenen op de lengte van de verzuimgevallen en in veel mindere mate op de frequentie van de gevallen;
- (3) een frequente eerste-dagscontrole kan de frequentie van 1-dagsgevallen beperken, doch veroorzaakt over het algemeen een stijging van de frequentie van iets langere gevallen (bijvoorbeeld 3-7 dagen); deze controle-methodiek heeft meestal weinig invloed op het totale verzuimpercentage;
- (4) indien de controle in het eigen bedrijf gehouden wordt (in plaats van uitbesteed aan externe instanties) is het verzuimpercentage over het algemeen lager;
- (5) een te scherpe (vroege en frequente) controle kan negatieve effecten hebben, in de zin van een verlenging van de verzuimduur;
- (6) het ontbreken van controle lijkt over het algemeen samen te gaan met een hoger verzuim.

Controle lijkt dus noodzakelijk, maar is wel afhankelijk van een optimaal gekozen tijdstip, terwijl de betrokkenheid van het eigen bedrijf eveneens van belang is. Smulders (1984b) geeft aan dat er van een meer intensieve en meer snelle controle een negatief effect op het verzuim uitgaat (meer frequent, langer en een hoger verzuimpercentage).

Smulders (1984b) geeft ook aan dat de hoogte van de Ziektewetuitkering positief samenhangt met de hoogte van het verzuimpercentage, de meldingsfrequentie en de verzuimduur. Ook blijkt dat invoering van wachtdagen minder frequent, maar wel langduriger verzuim tot gevolg heeft, wat netto zowel tot een stijging als een daling van het verzuimpercentage kan leiden. Wat betreft het effect van uitkeringen en wachtdagen concludeert Smulders (1980) echter het volgende: er lijkt niet echt een positief effect van de hoogte van de Ziektewetuitkering op het verzuim te zijn en wachtdagen hebben weliswaar een effect op de verzuimfrequentie, maar niet op het verzuimpercentage. Aanwezigheidspremies hebben een verlagend effect op het verzuimpercentage (Smulders, 1984b).

Veerman (1989b) vond in de sector gezinsverzorging dat de "liberale" controle-systematiek van de BedrijfsVereniging voor de Gezondheid (BVG) nauwelijks een hoger verzuim tot gevolg heeft. Wel leeft in het veld, bij instellingen en ook bij vele uitvoerenden, de wens tot een snellere eerste controle. Ruim 80% van de instellingen achtte het moment van de eerste controle te laat. De voorkeur gaat uit naar controle binnen of direct na de eerste ziekte week in plaats van binnen enkele weken. Voor de werknemers blijkt een snelle controle ook acceptabel te zijn, omdat daarmee het ziekteverzuim "gelegitimeerd" is. Vóór de controle zou ieder verzuimgeval in beginsel frauduleus kunnen zijn. Veerman (1989b) noemt een geval van een instelling waar pogingen tot een verzuimbeleid waren gedaan door een meer stringente controle in te voeren. Tegen de verwachting in werden er vrijwel geen gevallen van onterecht verzuim aangetroffen. Als gevolg van de strengere controle werd het ziekteverzuim echter wel een bespreekbaar onderwerp binnen de instelling, wat het tot dan toe nog niet was.

Poelstra (1986) vond geen effect van een schriftelijke eerste controle van de Ziektewetuitvoering ten opzichte van een bezoek van de rapporteur Ziektewet (lekencontroleur). In drie districtskantoren werd een proefgroep die een "eigen verklaring" moest invullen ten behoeve van de ziektegeld-uitkering vergeleken met een vergelijkbare controlegroep van verzekerden die ook voor een dergelijke eigen verklaring in aanmerking zouden komen. De meldingsfrequentie en de ziekteduur bleek tussen deze beide groepen niet te verschillen.

In de loop van de tachtiger jaren zijn bedrijfsverenigingen zich in toenemende mate gaan richten op bedrijfsgebonden verzuimbegeleiding. Bedrijven krijgen bij deze vorm

van begeleiding een eigen verzekeringsarts en een eigen rapporteur Ziektewet toegewezen. Bij de oude begeleidingsvorm was de postcode van de werknemer leidraad bij controle en begeleiding van verzuimende werknemers. Naast de gebruikelijke taken, die uit de Ziektewet voortvloeien, heeft de verzekeringsarts bij de nieuwe bedrijfsgebonden begeleidingsvorm regelmatig overleg met het bedrijf over afstemming van individuele gevalshandeling, terwijl in dat overleg tevens risico's voor de veiligheid, de gezondheid en het welzijn van de werknemers aan de orde gesteld kunnen worden. Vrijhof (1992) deed onderzoek naar deze nieuwe begeleidingsvorm bij de verschillende bedrijfsverenigingen die door het GAK hun administratie laten uitvoeren en vond een daling van het verzuimpercentage vanaf het moment van de introductie van de bedrijfsgebonden verzuimbegeleiding.

Izaks & Schellens (1991) deden onderzoek bij 76 bedrijven in de metaalnijverheid, waarbij een proef werd gehouden met het terugdringen van het ziekteverzuim. Er waren drie bijeenkomsten met de bedrijven en adviseurs bezochten twee keer ieder bedrijf, waarbij werd ingegaan op factoren die van invloed zijn op het terugdringen van het ziekteverzuim (registratie, opstellen van een actieplan, voeren van verzuimgesprekken, arbeidsomstandigheden en leidinggeven/motiveren). Interessant aan dit programma was tevens dat er een vorm van premiedifferentiatie werd toegepast. Bedrijven die het verzuim zouden terugbrengen volgens een van te voren bepaald schema, zouden 1% minder ziektewetpremie hoeven te betalen. Het verzuim daalde binnen het jaar van 9,2% naar 7,2%, hetgeen de bedrijfsvereniging een besparing van f 1.400.000,-- opleverde (de kosten van het project waren f 450.000,--). Over de lange termijn-effecten van dit project is echter nog niet gerapporteerd.

2.5.2 Verzuimbegeleiding door anderen

Begeleiding van het ziekteverzuim kan op verschillende manieren plaatsvinden. Bedrijven kunnen op eigen initiatief een project starten, maar ook een bedrijfsgezondheidsdienst of een adviseur, al dan niet van de bedrijfsvereniging inschakelen. Momenteel is er een scala aan boeken op de markt (o.a. Smulders en Veerman, 1990) en kunnen videobanden gehuurd worden die bedrijven ondersteunen bij een gerichte aanpak van het ziekteverzuim. Het is echter maar de vraag in hoeverre een intensievere begeleiding ook tot een (blijvende) daling van het verzuim zal leiden. Smulders (1984b) vond geen effect van sociale en medische begeleiding van en contacten over en met zieke werknemers op het ziekteverzuim. Wel blijkt de houding van het bedrijf van invloed te zijn. Geurts e.a. (1991) vonden namelijk dat de mate waarin werknemers zich door de organisatie benadeeld voelen en een tolerant ervaren verzuimnorm de verzuimtendentie van de werknemers verklaart. Bovendien blijkt dat het zich benadeeld voelen van invloed is op de verzuimfrequentie.

Bakker e.a. (1983) doen verslag van een evaluatie-project "verzuimadvisering" dat door het Gemeenschappelijk Administratiekantoor GAK aan het begin van de tachtiger jaren werd uitgevoerd. Daarbij waren 32 bedrijven betrokken waarmee het GAK een zg. laag intensieve adviesrelatie aanging. Dat wil zeggen dat de adviseurs het proces van probleminventarisering en probleemoplossing ondersteunden en begeleidden, maar dat de verzuimcommissies uit de bedrijven het werk deden. Deze aanpak bleek goed te werken, hoewel de proces-evaluatie uitwees dat bepaalde zaken anders en ook wel beter konden. Het effect van het project was dat bij de deelnemende bedrijven het verzuim daalde met gemiddeld $1\frac{1}{2}\%$ extra boven de landelijke daling. Het GAK berekende dat deze daling bij de deelnemende bedrijven overeenkomt met ongeveer 40.000 uitkeringsdagen ofwel ongeveer f 4.000.000,-- aan uitkeringen. De kosten van de adviesgroep bedroegen in dezelfde periode f 1.200.000,--, inclusief de relatief aanzienlijke aanloop- en ontwikkelingskosten.

Veerman (1989b) vond in de gezinsverzorging geen effect op het verzuim als verzorgenden zich bij de directe leidinggevende moesten ziekmelden. Dat bleek wel het geval te zijn als verzorgende zichzelf moesten ziekmelden bij de cliënt. Daardoor werd het aantal ziekmeldingen minder. Opmerkelijk was echter dat het totale verzuimpercentage niet minder werd. Dit houdt in dat de instellingen weliswaar minder verzuimgevallen hebben, maar dat de resterende gevallen gemiddeld van langere duur zijn. Daardoor is het effect op het totale verzuimvolume ongeveer nihil.

De Bruin e.a. (1982) verrichtten aan het begin van de tachtiger jaren twee experimenten naar het effect van bedrijfsgerichte verzuimbeoordeling en versnelde inschakeling van de verzekeringsgeneeskundige. Bij het eerste experiment wisselden verzekeringsgeneeskundige, personeelsfunctionaris en bedrijfsarts met name informatie uit over individuele verzuimsituaties en over bedrijfsgebonden, verzuimbevorderende factoren. Bij het tweede experiment werd zo snel mogelijk de arbeidsongeschiktheid vastgesteld. Bij de analyse van het ziekteverzuim bleek dat bij beide experimenten er geen invloed was op het totale verzuim, maar wel dat het kortdurend verzuim enigszins daalde.

Nieuwland (1990) (zie ook van Poppel, e.a., 1990) voerde een effect-meting uit bij een experiment waarbij bedrijfsgezondheidszorg over de jaren 1986 t/m 1989 werd ingevoerd bij onderwijspersoneel in drie regio's in Nederland. Aan het einde van het experiment was het verzuimpercentage van het onderwijspersoneel in de drie regio's (na een aanvankelijke daling in het eerste jaar) sterker gestegen dan in de landelijke vergelijkingsgroep van onderwijspersoneel. Deze stijging werd met name verklaard door een stijging van het langdurig verzuim bij de basisscholen. Bij het zoeken naar een verklaring hiervoor bleek dat men op de basisscholen relatief vaak gebruik maakte van de mogelijkheid tot "arbeidstherapeutisch werken". Daardoor kon voorkomen worden dat

men langdurig thuis kwam te zitten en het contact zou verliezen met het werk. De trend van de verschuiving naar meer langdurig verzuim bleek zich echter in alle onderwijssectoren in de proefregio's te hebben voorgedaan.

2.6 De gezondheidszorg

2.6.1 Inleiding

Tot de determinanten van ziekteverzuim wordt sinds de jaren '60 ook de inrichting en het functioneren van de gezondheidszorg in het algemeen gerekend en die van de curatieve gezondheidszorg in het bijzonder. De onderzoeksliteratuur op dit terrein lijkt echter bescheidener van aard dan die op andere relevante gebieden, zowel in kwantitatief als in kwalitatief opzicht. Het zwaartepunt lag daarbij op de (tweede helft) jaren '70 en eerste helft jaren '80, en het aantal omvangrijke, langer lopende onderzoeken is beperkt van aard.

De invloed vanuit de gezondheidszorg werd aanvankelijk vrijwel alleen als positief ervaren: het streven in de gezondheidszorg in het algemeen en in de curatieve sector in het bijzonder was en is er immers op gericht om patiënten zo snel mogelijk in staat te stellen hun gebruikelijke dagelijkse bezigheden weer op te nemen.

Pas tegen het einde van de jaren vijftig werd voor het eerst melding gemaakt van het begrip *iatrogeen verzuim*, en wel door M. de Groot (1958), die daarmee doelde op de toename van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn en de tijd die daarmee gemoeid is vanwege diagnostiek en wachttijden.

In de jaren zestig ontstond iets meer aandacht, ook van medische zijde, voor negatieve invloeden vanuit de gezondheidszorg. Zo constateerde de sociaal-geneeskundige Querido in 1963 allerlei onnodige vertraging bij ziekenhuisbehandeling - verantwoordelijk voor 17% van het totaal aantal opnamedagen - en uit onderzoek van het GAK uit 1966 bleek, dat er een verzuimduurverlengende werking van de medische controle uitging. De Groot stelde in 1967 zelfs dat in de curatieve gezondheidszorg de voornaamste verklaring gezocht moest worden voor de stijgende frequentie van de langdurende ziektegevallen. Als oorzaken zag hij: een toename van specialistische bemoeienissen, grotere zorgvuldigheid van de arts, tesamen met een groter beroep van de patiënt op de onderzoeksmogelijkheden, vaak resulterend in omslachtige en onvoldoende gecoördineerde medische activiteiten.

Dergelijke signalen leidden met name in de jaren zeventig en in mindere mate ook in de jaren '80 tot het instellen van werkgroepen en commissies, het opstellen van rapporten en het doen verrichten van onderzoek. Hoewel de grens voor in deze studie te vermelden onderzoek ligt bij 1980, volgt eerst toch een zeer beknopte weergave van

enkele daarvoor gerapporteerde onderzoeksgegevens. Dat betreft dan vooral het gebrek aan informatie-uitwisseling, communicatie en coördinatie tijdens het behandelingsproces, met name bij het toewerken naar hervatting van de arbeid.

Zo volgde Eeftinck Schattenkerk (1977) 314 patiënten van een ziekenhuis van wie er 213 langer dan vier dagen verzuimden. Enkele bevindingen: in 33% van de gevallen trad onnodig verzuim op, omdat de verzekeringsgeneeskundige over onvolledige of onvoldoende medische gegevens uit de curatieve sector beschikte. Wanneer behandelen- de artsen contact wilden opnemen met een verzekeringsgeneeskundige, bleek het een heel karwei om uit te zoeken tot wie ze zich moesten wenden en waar de betreffende arts te bereiken was. Specialisten bleken zich weinig te verdiepen in de vraag of poliklinische patiënten wel of niet werkten. Desgevraagd dachten ze dat het laatste voor de meeste gold, terwijl in werkelijkheid slechts 24% verzuimde. Overigens viel slechts een minderheid van het totale aantal patiënten onder de werkingssfeer van de Ziektewet of WAO (17% van de klinische en 59% van de poliklinische patiënten).

Belangwekkend was zeker ook het onderzoek "Gezondheidszorg en lange ziekteduren" (Tordoir, Van der Klauw en Van Manen-Boekestein, 1978), waarbij 862 patiënten uit de Randstad gevolgd werden, die minstens vier weken aaneengesloten in de Ziekte- wet liepen. Van hen meldde 85% zich bij de huisarts: 66% werd door deze behandeld - tweederde samen met de specialist - en 19% werd direct verwezen; 74% van de pati- enten was onder specialistische behandeling; 68% onderging een verrichting; één op de vier patiënten werd in het ziekenhuis opgenomen en 23% was onder behandeling van een paramedicus (vooral de fysiotherapeut).

Bijna 80% van de verzekerden viel binnen vijf van de zestien diagnosecategorieën: ziekten van het bewegingsapparaat, spijsverteringsorganen en circulatie-apparaat, onge- vallen en psychische aandoeningen. In 70% van de gevallen was er sprake van een zo geheten objectieve diagnose.

De meeste aandacht kreeg dit onderzoek vanwege de over de totale behandelingsduur geconstateerde wachttijd van 19,5%. Voor meer dan de helft bleek die veroorzaakt door het tijdverlies tussen de verwijzingen en het specialistische consult na de laatste diagnos- tische verrichting; 10% kwam door uitstel van de kant van de patiënt en 10% was te typeren als stuurloos: het ontbreken van actieve, coördinerende medische bemoeienis. Hoe hoger de beroepsopleiding was, hoe korter de wachttijd bleek te zijn. Overigens is alleen de periode onderzocht tot en met het laatste contact met de gezondheidszorg, en dus niet de tijd erna tot aan de feitelijke werkhervatting. Ook wijzen Tordoir c.s. op de lange wachttijden (10 tot 13 dagen) voor een eerste consult bij orthopedie, reumatologie, neurochirurgie en interne geneeskunde, waarheen 40% van de 457 patiënten verwezen was. Afspraken binnen de tien dagen zou een verzuimbekorting hebben opgeleverd van maar liefst 2300 werkdagen, oftewel één werkweek per verwezen patiënt.

Tenslotte bleek 13% van de verzekerden het werk niet te hervatten tijdens het Ziekte-wetjaar. Kenmerkend voor hen waren langere gemiddelde wachttijden (vooral voor opnamen) en langere stuurloze perioden. De onderzoekers concluderen dat de gezondheidszorg op deze categorie traag lijkt te reageren.

2.6.2 Onderzoeksgegevens vanaf 1980

Wiersma (1980) vond een invloed van de geringe bereikbaarheid en toegankelijkheid van medische voorzieningen op het Groninger platteland, die volgens hem een rol lijken te spelen bij het ontstaan van langdurig verzuim. Voorts constateerde hij in zijn onderzoek bij ruim 200 mannen, die meer dan tien weken in de Ziektewet liepen te optimistische werkhervattingsadviezen. Na drie à vier maanden bleek nogal eens dat de patiënt noch de verzekeringsgeneeskundige er duidelijk zicht op had hoelang de arbeidsongeschiktheid nog zou duren. Toch werd meestal wel een uitspraak gedaan, die in de praktijk echter vaak niet bleek te kloppen: de feitelijke ziekteduur was (veel) langer. Mede naar aanleiding hiervan concludeert Wiersma dat de organisatie van de gezondheidszorg gebrekkig is, met als gevolg onnodig lange wachttijden, trage verwijzingen, falende voorlichting aan patiënten, een zeer beperkte of ontbrekende psychosociale en/of sociaal-medische begeleiding door de behandelend arts of vanuit het bedrijf en een in de praktijk marginale rol van de verzekeringsarts.

Soeters (1980) deed onderzoek naar het ziekteverzuim in Zuid-Limburg. Hij vond dat het hoge verzuim in deze regio met name veroorzaakt werd door een langere gemiddelde verzuimduur van de Zuid-Limburgers in vergelijking met de verzuimduur van de gemiddelde Nederlandse werknemer. Hij vond tevens enkele markante verschillen wat betreft een aantal mogelijke verklaringen van deze hogere verzuimduur. Bewoners van Zuid-Limburg scoren minder goed op een aantal gezondheidsindicatoren. Er werden hogere sterftecijfers gevonden, meer doktersbezoek, een groter geneesmiddelengebruik, meer ziekenhuisopnamen, een langere verpleegduur en er werden meer klachten over de eigen gezondheid gerapporteerd. Daarnaast blijkt er in Zuid-Limburg een hogere WAO-instroom te zijn, en is er vermoedelijk een effect van wachtdagen voor ziekenhuis en specialist (zie ook Soeters, 1983). Tenslotte valt in Zuid-Limburg meer riskant leefgedrag te bespeuren (roken, alcoholconsumptie, vette voeding).

De huisartsen Knottnerus en Sommers (1982) registreerden gedurende zes weken alle contacten met en over mensen van 15 t/m 65 jaar, die vielen in één van de twee volgende categorieën:

1. Ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, werkeloosheid, of een bijstandsuitkering;
2. Actuele problematiek (naar hun oordeel en dat van de patiënt), samenhangend met de werksituatie, zonder dat er sprake was van ziekteverzuim.

In de eerste categorie registreerden zij 147 arts-patiënt contacten (81 personen). De tweede categorie telde veertig contacten (36 personen): achttien telefoontjes, zes visites en voor de rest consulten: gemiddeld per dag ruim zes patiënten uit deze groep. In hun praktijk komt dit overeen met 15 à 20% van de directe contacten.

Vaak was er een complex van motieven voor het ziekteverzuim of de arbeidsongeschiktheid. Gezondheidsklachten, maar ook andere - vaak als aanvullend gepresenteerde - problemen speelden een rol. De hoofdklacht betrof in meer dan de helft van de gevallen het bewegingsapparaat dan wel "psychische spanningen". In 75 gevallen kwam het al dan niet werken expliciet aan de orde. De huisarts deed daarbij in acht gevallen geen uitspraak, 40 keer achtte hij de patiënt niet arbeidsgeschikt, en 27 keer raadde hij de patiënt aan het werk te hervatten.

De 40 patiëntencontacten waarbij geen sprake was van ziekteverzuim maar wel van arbeidsproblemen, hadden een min of meer preventief karakter: het bespreken van een bedreigende werksituatie, het anticiperen op de consequenties van een bepaalde klacht of behandeling voor het werk. De huisarts deed 35 telefoontjes met derden naar aanleiding van het niet-werken en schreef 13 brieven aan verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en een specialist. Er werden 16 (van de 117) mensen uit de "probleemgroep" werken en niet-werken verwezen naar een specialist; andere verwijzingen waren naar het maatschappelijk werk (6), de "chef" (5), de bedrijfsarts (3), rechtshulp (2) en de vakbond (2). Daarnaast vroegen beroepszaken relatief veel aandacht. Twee keer ondernam de huisarts actie om hinderlijke en sterk verzuim-verlengende wachttijden voor specialistische behandeling te bekorten.

Tenslotte bleek dat in bijna 30% van de gevallen waarbij het ziekteverzuim langer duurde dan twee weken de huisarts tevoren niet op de hoogte was van de bestaande arbeidsongeschiktheid, ook al had hij meestal wel contact gehad met de betreffende patiënt. Ongeveer de helft van deze groep patiënten dreigde tussen de wal van de invalidering en het schip van de niet-aangepaste werksituatie te raken.

Soeters promoveerde in 1983 op een studie waarbij wachttijden centraal stonden (Soeters, 1983). De studie is gebaseerd op een steekproef van 213 werknemers afkomstig uit een steekproef van 51 Zuid-Limburgse bedrijven en instellingen met meer dan 50 werknemers in dienst. De onderzoeksgroep bestond uit werknemers die gedurende de periode januari-augustus 1981 tenminste voor vier weken ziekgemeld waren. Deze werknemers werden meerdere keren geïnterviewd gedurende de periode van de ziekmelding. Nijhuis vergeleek de wachttijden die binnen zijn onderzoek gevonden werden systematisch met de uitkomsten van de studie van Tordoir e.a. (1978), die hiervoor beschreven werd. In Zuid-Limburg werd een gemiddelde wachttijd gevonden van 19,4% van het totale aantal werkdagen dat men ziekgemeld was, in Noord- en Zuid-Holland bedroeg dit percentage 19,5%. Omdat er in de Zuid-Limburgse steekproef minder oudere werknemers (55-plussers) vertegenwoordigd waren, werd het gecorrigeerde

wachttijdenpercentage op 22,1% berekend. Veel van de verloren tijd gaat zitten in de periode van verwijzing van huisarts naar specialist (3,1% en 3,6% van het totale verzuim in Zuid-Limburg en Noord-/Zuid-Holland), de periode tussen een verrichting en het eerstvolgende consult met de opdrachtgevende arts (resp. 3,6% en 3,6%) en de wachttijd voor opname in het ziekenhuis (resp. 3,0% en 2,2%). In Noord- en Zuid-Holland ging bovendien een deel van het wachten zitten in de wachttijd voor het eerste consult (2,0%), de periode van verwijzing van een arts naar een paramedicus (2,5%) en de periode tussen de opdracht en de uitvoering van de verrichting (3,4%). In Zuid-Limburg gaat bovendien veel tijd verloren aan de z.g. stuurloze periode tussen de laatste behandeling en de herstelmelding (6,1%). Verklarende analyses lieten zien dat doorverwijzing naar specialistische zorg samenhangt met het aantal specialismen in het meest nabije ziekenhuis en onduidelijkheid in de behandeling aan het begin van de ziekteperiode. Doorverwijzing duurt bovendien langer als patiënten zich al eerder ziekmelden voor dezelfde aandoening in het verleden. Tenslotte hangt het aantal stuurloze dagen, die vaker voorkomen bij ziekenfonds-verzekerden, samen met het zich voor het eerst ziekmelden voor die aandoening, het hebben van een aandoening die niet terug te voeren is op een beperking van het bewegingsapparaat, zenuwstelsel of zintuigen, op het gevolg van een ongeval, of het hebben van een geringere arbeidssatisfactie.

Schröer (1993) tenslotte deed onderzoek onder een groep van 114 overspannen werknemers en de wijze waarop huisartsen, andere hulpverleners en verzekeringsgeneeskundigen daarmee omgingen. Hij concludeert dat ziekteverzuim wegens overspanning wordt gekenmerkt door een gemiddeld lange verzuimduur en een zeer hoog verloop bij verzuimbeëindiging, niet alleen in de vorm van WAO-intrede maar ook in de vorm van ontslag(name). Daarnaast blijkt volledig herstel binnen een jaar slechts bij een kleine minderheid op te treden.

De hulpverlening is heterogeen, waarbij coördinatie tussen huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige ontbreekt. De huisarts houdt de gevalsbehandeling meestal in eigen - passief - beheer en bemoeit zich in slechts in een minderheid van de gevallen met de verzuimstatus, en dan nog beperkt tot de ziekmelding. In de meeste gevallen is er geen bedrijfsarts aanwezig. Voor zover wel aanwezig, is deze in de helft der gevallen in een laat stadium actief. De verzekeringsgeneeskundige beperkt in de meeste gevallen de begeleidingsactiviteiten tot spreekuurcontacten. Kortom: de overspannen werknemer zelf blijkt dus als case manager te moeten functioneren. Zowel bij de behandeling door de curatieve sector als bij de begeleiding door de verzekeringsgeneeskundige treden aanzienlijke stuurloze perioden op. Bij de overdracht van potentiële WAO-intreders aan de GMD is er bovendien sprake van een gemiddeld lange wachttijd.

Ter afsluiting nog enkele positievere onderzoeksresultaten, en wel twee van de zeldzame publikaties over determinanten van ziekteverzuim, op basis van interventie van artsen,

één vanuit de niet-klinische en één vanuit de klinische gezondheidszorg: die van de huisarts Crul (1981) en die van de internist Van Ballegooie, samen met de endocrinoloog Van der Wal (1983).

De laatste twee onderzochten de invloed op het ziekteverzuim van zelfcontrole met bloedsuikerstrips bij diabetes mellitus. In de periode september 1980 - februari 1981 werd het principe van zelfcontrole uitgelegd aan 87 achtereenvolgende patiënten van de polikliniek voor diabetes mellitus, die (a) drie jaar of langer onder behandeling waren wegens insuline-afhankelijke diabetes mellitus die werd gereguleerd met één insuline-injectie per dag, (b) jonger waren dan 60 jaar en (c) bij de conventionele controle bij herhaling een niet-nuchter bloedsuikergehalte boven 10 mmol/l en/of een glucosurie van meer dan 100 mmol/l in één of meer porties urine hadden; 37 patiënten werden uitgesloten, omdat ze geen deel namen aan het arbeidsproces. Negen patiënten wilden niet overgaan op zelfcontrole, of trokken zich terug (groep I); 13 patiënten wilden wel zelfcontrole, omdat hiermee de duur van het polikliniekbezoek sterk werd bekort, maar weigerden meer dan één insuline-injectie per dag (groep II). De resterende 28 patiënten (groep III) waren hiertoe wel bereid.

Het ziekteverzuim, gedefinieerd als afwezigheid op de arbeidsplek, werd als volgt bepaald:

1. het aantal werkdagen dat de patiënten in het ziekenhuis opgenomen moesten worden voor regulering van de diabetes;
2. anonieme, schriftelijke enquête naar het ziekteverzuim thuis.

In beide gevallen werd gekeken naar het jaar vóór en ná overschakeling op zelfcontrole (zie tabel 2.1)

Na de introductie van de bloedsuikerstrips hoefde niemand uit de groepen II en III, in totaal 41 patiënten meer te worden opgenomen wegens een onregelde suikerziekte. In het jaar vóór overschakeling op zelfcontrole moesten vijf patiënten worden opgenomen, wat een verlies van 63 werkdagen opleverde.

Een aantal huisartsen uit de regio Leiden deed een onderzoek naar hun invloed op het ziekteverzuim van minder dan vier weken (Crul, 1981).

Op a-selecte wijze werden 149 patiënten verdeeld in twee groepen. Bij groep A werd het werk totaal niet ter sprake gebracht, maar bij groep B werd na een gesprek over het werk, een werkverzuimadvies gegeven.

Tabel 2.1 Ziekteverzuim in het jaar vóór en na overschakeling op zelfcontrole. De gemiddelde verzuimduur thuis is berekend voor het aantal respondenten per groep. Ter vergelijking zijn ook de gegevens uit groep I vermeld

Ziekteverzuim		groep I *) (n=9)		groep II *) (n=13)		groep III *) (n=28)	
		vóór	na	vóór	na	vóór	na
ziekenhuisopname wegens ontregeling diabetes	aantal	1	2	1	0	5	0
	gemiddelde duur (in werkdagen)	6	11	8	0	11	0
enquête ziekteverzuim thuis	aantal respondenten (%)	5 (55%)		10 (77%)		25 (90%)	
	duur ziekteverzuim (in werkdagen)	4,6	8,9	8,2	6,4	7,4	1,5

*) Groep I : geen zelfcontrole of deelname aan experiment

Groep II : zelfcontrole met maximaal 1 insuline-injectie per dag

Groep III : volledige zelfcontrole

In beide groepen werd de huisarts gevraagd om het aantal dagen te schatten, dat deze patiënt door zijn ziekte medisch gezien zou moeten verzuimen. De patiëntengroep 'zonder werkadvies' bleef onkundig van dit geschatte aantal dagen, maar de patiëntengroep 'met werkadvies' kreeg dit geschatte aantal dagen van de huisarts te horen, als termijn waarop men wel weer aan het werk zou kunnen gaan. Het aantal dagen dat de patiënt uiteindelijk werkelijk verzuimd had, werd verkregen uit de gegevens van GAK en bedrijfsverenigingen. Of groep A en B zich onderscheidden van elkaar, werd bekeken aan de hand van het in dagen uitgedrukte verschil tussen geregistreerd en geschat werkverzuim in deze groepen.

Groep B bleef gemiddeld één dag langer thuis dan de geadviseerde termijn, maar groep A stelde het werk gemiddeld vier dagen langer uit dan de huisarts zou hebben geadviseerd, maar bewust niet had gedaan. Het verschil van drie dagen bleek statistisch significant, zodat geconcludeerd mocht worden dat advisering van de huisarts een 'werkwinst' van drie dagen oplevert bij het kortdurend ziekteverzuim.

Ook bij diegenen die volgens de huisarts niet hadden behoeven te verzuimen bleek een statistisch significant verschil te bestaan tussen groep A en B, nu van twee dagen.

Crul concludeert dat, zonder politieel te hoeven optreden, de huisarts met kennis van de arbeidsbelasting van zijn patiënt zowel adviezen kan geven over werkstaking, conti-

nuering en hervatting. Het signaleren van knelpunten in woon- en werksituatie moeten huisarts en bedrijfsarts samen doen, anders gaat er kostbare informatie verloren. Het vertrouwen van de patiënt wordt bevorderd, als hij weet dat de bedrijfsarts en huisarts 'op dezelfde golflengte' werken.

2.6.3 Communicatie en samenwerking

Aan één aspect, de gezondheidszorg betreffende, willen we apart aandacht besteden, al was het maar ter illustratie van een stelling bij de dissertatie van Schröer (1993) over verzuim bij overspanning: "Aan degenen die behoefte hebben aan een déjà lu-ervaring, kan met succes aanbevolen worden om achtereenvolgens publikaties uit de jaren zestig, zeventig, tachtig en negentig te lezen over de samenwerking tussen huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige." Het betreft hier onderzoeksmateriaal ten aanzien van een aspect van sociaal-medische begeleiding waarbij de curatieve sector volop in het spel is, niet alleen de huisarts, maar vaak ook de specialist.

Zo constateerden Merens-Riedstra en Van Ende (1973) in hun onderzoek bij 23 hartinfarctpatiënten dat de communicatie tussen de verschillende artsen - huisartsen, artsen, specialisten, bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen verbonden aan bedrijfsverenigingen en aan de GMD - zeer veel te wensen overliet, dat hun taakopvattingen niet op elkaar waren afgestemd en dat intercollegiale toetsing nauwelijks plaatsvond. Voor zover er al contacten met de curatieve sector waren, werden die meestal gelegd door de verzekeringsgeneeskundige.

Groothoff (1981) volgde 416 patiënten die langer dan drie maanden een uitkering kregen krachtens de Ziektewet, en constateerde nogal wat onduidelijkheden en meningsverschillen tussen de betrokken artsen over ieders taak. Volgens de huisartsen was in 24% van de gevallen onbekend of onduidelijk wie de behandeling coördineerde, en in 45% van de gevallen wie de werkhervatting coördineerde. Voor de specialisten bedroegen deze getallen zelfs 38% en 60%. Ook was er sprake van een veel te optimistische beoordeling van het moment van werkhervatting, vergeleken met de werkelijke hervatting, zowel bij huisartsen en specialisten als bij de verzekeringsgeneeskundigen. Tenslotte vond hij dat de huisarts in 25% van de gevallen na drie maanden niet wist dat er sprake was van ziekteverzuim, terwijl hij wel op de hoogte was van de kwaal van de patiënt. Na zes en negen maanden verzuim bestond nog dezelfde situatie.

Eerder al (1980) had Groothoff op basis van zijn onderzoek een weinig florissant beeld van de (organisatie van de) gezondheidszorg geschetst, vooral wat betreft de gerichtheid op arbeidsreïntegratie. Hij noemt ondermeer: weinig contact tussen huisarts en verzekeringsgeneeskundige, ondanks grote wederzijdse behoefte daaraan, inadequate activiteiten met betrekking tot werkhervatting, een constant gering aantal spontane meldingen en

het kleine aantal specifiek op arbeid gerichte voorzieningen vanuit de WAO. Ook verwijzend naar onderzoek van anderen concludeert hij dat bij blijvend arbeidsongeschikten vele behoeften bestaan, waarop de gezondheidszorg nog geen antwoord heeft.

Illustratief voor het gebrek aan met name gestructureerde samenwerking was ook de inventarisatie door Hamers en Kamphuis (1985). Zij spoorden, onder andere via een oproep in Medisch Contact, samenwerkingsverbanden op van artsen in het kader van sociaal-medische begeleiding, die als belangrijkste doelstelling hadden: snellere reïntegratie van arbeidsongeschikte werknemers in het arbeidsproces. Uit hun met de nodige voorzichtigheid getrokken conclusies valt op te maken dat er drie vormen van samenwerking te onderscheiden zijn tussen huisarts, verzekeringsgeneeskundige, bedrijfsarts en specialist: één ongestructureerd en twee gestructureerde typen, namelijk die tussen de verzekeringsgeneeskundige van de GMD en de revalidatie-arts, en die tussen de verzekeringsgeneeskundige en de bedrijfsarts. De GMD zorgt voor de financiën om adequate voorzieningen te scheppen en heeft het inhoudelijke advies nodig van de revalidatie-arts. De verzekeringsgeneeskundige en de bedrijfsarts krijgen vaak met elkaar te maken bij bijvoorbeeld werkaanpassingen en werkhervatting in gedeeltelijke of gewijzigde functie. Voor de duidelijkheid en de continuïteit hebben beide partijen er baat bij dat het overleg gestructureerd wordt.

De huisartsen en de specialisten, voor zover geen revalidatie-artsen, participeren gewoonlijk niet in de gestructureerde samenwerkingsvormen. Gebrek aan tijd en interesse zijn daarvoor de belangrijkste redenen, maar ook het feit dat de bijeenkomsten gewoonlijk op voor huisartsen en specialisten ongunstige tijdstippen georganiseerd worden. Daardoor haken ook de curatieve artsen af die wel interesse in deze problematiek hebben.

Aan de derde samenwerkingsvorm, de *ongestructureerde*, nemen zowel vg, bedrijfsarts, huisarts als specialist deel; een vorm van samenwerking die positief beoordeeld wordt: huisartsen en specialisten kunnen hierin participeren, vanwege het geringe tijdsbeslag en het voordeel dat er directer en sneller beslissingen genomen kunnen worden. De nadelen zijn echter vrijblijvendheid en het ontbreken van de mogelijkheden om het nakomen van afspraken te controleren.

Over de effecten van samenwerking geeft het onderzoek alleen informatie over de perceptie van de betrokkenen. Overwegend zijn de betrokkenen van mening dat de doelstellingen worden gerealiseerd en spreken hun tevredenheid uit over effecten van samenwerking vooral vergeleken met de geïnvesteerde tijd in de samenwerking. Huisartsen die op een of andere manier in de samenwerking betrokken zijn, zijn op dit punt duidelijk terughoudender.

Geïdentificeerde knelpunten zijn doorgaans praktisch van aard, en betreffen vooral het ontstaan van de samenwerkingsverbanden. Andere knelpunten heeft men geleerd te

hanteren en soms op te lossen, door bijvoorbeeld de naam en het adres van de verzekeringsgeneeskundige en de bedrijfsarts te vermelden op de ziekenfondskaart van de verzekerde.

Belemmerend voor de samenwerking tussen behandelende artsen en sociaal-geneeskundigen was het zogenaamde Groene Boekje van de KNMG, het ontbreken van een passende financiële vergoeding voor huisartsen, en het elkaar onvoldoende persoonlijk kennen.

Dan volgen nu nog twee onderzoeken, specifiek gericht op de samenwerking van de vg, resp. de bedrijfsarts met de behandelend arts.

De Federatie van Bedrijfsverenigingen liet in 1985 een verkennend onderzoek uitvoeren onder 151 verzekeringsgeneeskundigen van ASF, BVG, DETAM, GAK en SFB (Epker, 1986). Zes maanden lang noteerden zij hun contacten met de behandelende sector - in totaal 15.655 stuks - en vulden voorts een enquête in over hun ervaringen met en opvattingen over de samenwerking met de behandelende sector.

Van alle contacten bleek 74% ten behoeve van de informatievoorziening van de verzekeringsgeneeskundige, en 19% ten behoeve van overleg ter afstemming van beleid. Informatie over de verzekerde is het meest voorkomende doel en 92% van de contacten komt dan ook op initiatief van de verzekeringsgeneeskundige tot stand.

Het aantal contacten met huisartsen is ongeveer even groot als het aantal contacten met alle medische specialismen samen. Huisartsen nemen vaker het initiatief tot contact met een verzekeringsgeneeskundige dan specialisten (12% versus 5%), al zijn de verzekeringsgeneeskundige initiatieven ook bij huisartsen in de meerderheid (88%). De informatievoorziening van de verzekeringsgeneeskundige komt als doel nog wel op de eerste plaats (58%), maar daarnaast is overleg een belangrijk element in de samenwerking met de huisarts (32%). In sterke tegenstelling tot de situatie bij de specialisten verloopt het contact met huisartsen meestal telefonisch (77%) vanwege de mogelijkheid direct op elkaars argumenten in te gaan en slechts bij uitzondering schriftelijk (14%).

Uit de enquête blijkt dat de bekendheid met het verzekeringsgeneeskundig werk bij huisartsen groter is dan bij specialisten. Ook is over het algemeen de persoonlijke kant van de contacten met huisartsen beter dan bij specialisten. Toch menen de verzekeringsgeneeskundigen dat zij een lagere status hebben dan huisartsen en zeker dan specialisten.

Driekwart van de verzekeringsgeneeskundigen vindt dat overleg met de behandelende sector slechts bij een klein deel van de gevalsbehandelingen gewenst is. Slechts 12% zegt betrokken te zijn bij een vorm van gestructureerd overleg, een nog intensievere vorm van samenwerking. Ook de animo daarvoor is bij hen nogal beperkt.

De verzoeken om informatie van verzekeringsgeneeskundigen betreffen meestal de aard van de aandoening (47%) en aanvullende medische gegevens (42%). Dit past goed in

het KNMG-model van het opvragen van objectieveerbare medische gegevens, aldus Epker. De vraag naar de belastbaarheid wordt frequent gesteld (22%), en kan, evenals die naar het psycho-sociaal functioneren (7%), nog wel als een verzoek om aanvullende (sociaal-)medische gegevens worden opgevat. Het is volgens hem echter twijfelachtig of de gevraagde gegevens altijd objectiveerbaar zijn. Verzekeringsgeneeskundigen vragen vaak informatie over de medische behandeling (30%) en ook de arbeids(on)geschiktheid van verzekerden wordt dikwijls aan de orde gesteld (27%). Kennelijk ervaren zij regelmatig raakpunten tussen hun werkterrein en dat van de behandelende sector. Bij 46% van de informatieverstrekkingen wordt de informatie benut in het kader van het 'arbeidsongeschikt beschouwen van de verzekerde', bij 16% juist voor het 'arbeidsgeschikt beschouwen'. De 'verdere begeleiding van verzekerde' scoort hoog met 36% van de contacten die informatie uit de behandelende sector leveren. Binnen het totaal van de informatieverstrekkingen stijgt het deel met oordeel 'arbeidsgeschikt' van 8% naar 16%.

De bedrijfsartsen Beens en Cornelius (1992) lieten 47 collega's een vragenlijst invullen, en daarnaast gedurende vier werkweken al hun persoonlijke contacten registreren met huisartsen. Er werd een gemiddelde contactfrequentie van 2,5 maal per week vastgesteld, met een gemiddelde duur van 10 minuten per contact. Er werd bijna even vaak telefonisch als schriftelijk contact onderhouden. In 78% van de gevallen nam de bedrijfsarts het initiatief, meestal naar aanleiding van zijn spreekuur, een aanstellingskeuring of een periodiek onderzoek. Wanneer de huisarts het initiatief nam, was dat meestal om informatie te geven. Gestructureerd overleg tussen bedrijfsartsen en huisartsen kwam vrijwel niet voor. In Nederland zijn circa 1000 bedrijfsartsen en 7000 huisartsen praktizerend; hieruit volgt in theorie dat een huisarts gemiddeld slechts 0,07 keer per week (circa 1 keer in de 3 maanden) zelf het initiatief neemt tot een contact met een bedrijfsarts, waarbij het dan ook nog in bijna de helft van de gevallen om een vervolg of reactie op een eerder contact gaat. Deze contactfrequentie komt goed overeen met een onderzoek van het NIVEL onder huisartsen (1990), waaruit bleek dat een huisarts 0,1 keer per week contact opneemt met een bedrijfsarts of verzekeringsgeneeskundige. Andere studies komen uit op een hogere contactfrequentie: 0,2 keer per week (van Attekum, 1983), of 0,3 keer per week (Van Attekum en Van Ballegooy, 1978). Dat betrof echter een enquête-onderzoek onder huisartsen, waarbij de contactfrequentie door de deelnemers werd geschat, zodat de onderzoekers veronderstellen dat zowel huisartsen als bedrijfsartsen de neiging hebben om hun contactfrequentie te overschatten. Hoewel de huisartsen maar zelden contact opnemen met bedrijfsartsen zeggen ze hun patiënten regelmatig te adviseren over staken/hervatten van de arbeid, nl. 2,6 keer per week (NIVEL, 1990: niet gepubliceerd).

2.7 Algemeen maatschappelijke factoren

In deze laatste paragraaf van dit hoofdstuk wordt ingegaan op de maatschappelijke en sociaal-culturele situatie in Nederland en de invloed die daarvan uitgaat op het ziekteverzuim. Er zijn nogal wat factoren van invloed op het verzuim. Grosfeld (1988) noemt onder andere verschillen in: maatschappij-opvatting, economisch stelsel, de aard en omvang van de sociale verzekering en de aard en omvang van de wetgeving. Zelfs voor relatief éénduidige kenmerken als leeftijd en dienstdtijd leidt dat tot systematisch verschillende resultaten tussen onderzoeken afkomstig uit gebieden met een ander sociaal-economisch stelsel (Grosfeld, 1988, pag. 149).

Een interessant kenmerk van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid is dat de omvang van beide verschijnselen parallel kan lopen met de macro-economische ontwikkeling van een land. Ook in Nederland blijkt dat de omvang van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in een aantal gevallen samen loopt met conjunctuur-ontwikkelingen (Smulders e.a., 1983; Kruidenier, 1983; Kruidenier, 1984b; Smulders en Bloemhoff, 1991). Het verschijnsel dat de omvang van het ziekteverzuim samengaat met het economisch klimaat, beperkt zich niet alleen tot het macro-economische niveau, maar is ook te observeren bij bedrijven (Taillieu e.a., 1982). Een verklaring voor dit verschijnsel is onder andere dat in tijden van economische recessie selectie van werknemers optreedt doordat ongezondere werknemers sneller uitstromen en vervangen worden door laagverzuimend nieuw personeel (Kruidenier en Bakker, 1985).

Een moeilijkheid bij het toetsen van deze hypothese is echter dat analyses vaak slechts op macro-niveau kunnen worden uitgevoerd en dan ook nog op bestaand materiaal. De te vinden effecten zijn dan een optelsom van verzuimstimulerende en verzuimbepalende invloeden. Smulders e.a. (1982) vonden op macro-niveau geen consequente aanwijzingen voor een relatie tussen toegenomen werkloosheid en een daling van het ziekteverzuim. Zij (zie ook Smulders e.a. 1983) noemen als verzuimverhogende effecten: uitstoot van personeel via Ziektewet en WAO, verminderde personeelsbegeleidingsactiviteiten, onderbezetting door een te grote uitstoot van personeel en toename van centralisatie en formalisatie (bureaucratisering). Verzuimverlagende effecten van een toenemende werkloosheid zijn volgens deze auteurs: uitstoot van minder valide, minder produktieve en oudere werknemers, toepassing van een strengere Ziektewetcontrole, vermindering van overwerk en overuren en de toepassing van arbeidstijdverkortingen en angst voor de eigen werkgelegenheid. In de secundaire analyse die Smulders e.a. (1982) verrichten om het dalend ziekteverzuim in Nederland in de jaren 1977- 1981 te verklaren vonden zij de meest sterke daling van het ziekteverzuim bij bedrijven in regio's met een hoog werkloosheidspercentage.

Grosfeld (1988) en Grosfeld en Schalk (1990) wijzen in dit verband op de complexe wisselwerking tussen managementbeleid, werknemersgedrag en verzuim. In tijden van recessie wordt het managementgedrag vooral bepaald door: overleving, continuïteit, verzakelijking, afvloeiing van minder produktieven en selectievere aanname van nieuw personeel. In hausse-perioden is het management meer gericht op het voldoen aan de vraag naar produkten en diensten en voldoende personeelsbezetting. De conclusie van Grosfeld (1988) en Grosfeld en Schalk (1990) is daarom dat: dezelfde factoren in recessie- en hausseperioden het verzuim op verschillende manieren kunnen beïnvloeden, afhankelijk van de manier waarop het management erop inspeelt en waarop de werknemers dit managementbeleid ervaren (Grosfeld en Schalk, 1990, pag. 79).

Er zijn maar weinig studies die de verschillen tussen andere landen en Nederland systematisch vergelijken. Prins (1990) vergelijkt in zijn proefschrift de situatie rondom ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in België, West-Duitsland en Nederland. Hij vond dat het verzuim in Nederland consequent hoger lag dan in de beide andere landen, zowel op landelijk niveau als op bedrijfsniveau, waarbij gebruik wordt gemaakt van individuele verzuimgegevens. Op landelijk niveau bleek de Belgische verzuimaanpak de meest restrictieve. Werkgevers en werknemers worden onmiddellijk geconfronteerd met de financiële gevolgen van ziek zijn. Maatregelen als wachtdagen, een lage loon/-uitkering verhouding, een doktersbriefje op de eerste dag en medische supervisie door meerdere doktoren zijn in België nog volop aanwezig. Verder is er in België een duidelijk onderscheid tussen werk- en privé-risico's op wettelijk, administratief en economisch niveau. Nederland daarentegen heeft het meest permissieve systeem van de drie landen. Er is geen certificatie-noodzaak, geen verlies van inkomen gedurende de ziekte en er zijn geen directe financiële consequenties voor de werkgever. Ook wordt geen onderscheid gemaakt tussen sociale en professionele risico's. West-Duitsland neemt een soort tussenpositie in. Vergelijkbaar met België is er een afzonderlijke ongevalverzekering, directe financiële consequenties voor de werkgever en een restrictief dokters-briefjes-beleid. Certificatie is echter alleen noodzakelijk bij verzuim van meer dan drie dagen, er is een hogere loon-uitkeringsverhouding (80%) en er zijn geen wachtdagen.

Uit een case study die Prins (1990) verrichtte bij bedrijven in West-Duitsland, België en Nederland bleek dat er veel overeenkomsten en maar enkele verschillen waren tussen deze drie landen. In Nederlandse bedrijven lijkt sprake te zijn van een uitvoerig en breed sociaal beleid, terwijl de Westduitse en Belgische personeelsafdelingen zich - meer economisch georiënteerd - tot personeelsbeheer lijken te beperken. Daardoor is er veel minder aandacht voor begeleiding en overleg en meer nadruk op de toepassing van ontslag. Ook besteedt de Nederlandse bedrijfsarts meer tijd dan zijn buitenlandse collega's aan Ziektewetcontrole en verzuimbegeleiding. In Nederland vallen naast de soepele ziekmeldings- en legitimatieprocedures tevens het hogere langdurige verzuim,

de grotere ontslagbescherming, het hoge uitkeringsniveau en de relatief soepele toetredingscriteria voor invaliditeitsverzekering (WAO) op. Wat betreft sociaal-culturele verschillen blijkt in grote lijnen dat de Nederlandse werknemers relatief meer tevreden zijn met hun beloningsniveau en meer gewicht hechten aan niet materiële werkaspecten (relaties, sfeer, arbeidsomstandigheden). Ook is er sprake van een hogere arbeidssatisfactie bij Nederlandse werknemers ten opzichte van Belgische en Westduitse werknemers.

3. Determinanten van langdurige arbeidsongeschiktheid

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk werd een overzicht gegeven van de factoren die van invloed zijn op het ziekteverzuim - dat wil zeggen op de afwezigheid van het werk met een beroep op de Ziektewet, die maximaal een jaar kan duren.

Na een jaar ziekte eindigt de Ziektewet-uitkering en zijn er vier mogelijke vervolgen:

- herstel en volledige werkhervatting in het eigen werk,
- een volledige uitval uit het arbeidsproces met een volledige WAO-uitkering,
- gedeeltelijke WAO-uitkering in combinatie met een gedeeltelijke werkhervatting of een aanvullende WW-uitkering,
- een volledige werkloosheidsuitkering indien de werknemer niet in aanmerking komt voor een WAO-uitkering (bijv. omdat andere, passende functies zijn "geduid" door de GMD) en bovendien het dienstverband eindigt.

In de eerste paragraaf (3.2) staat de vraag centraal welke factoren van invloed zijn op de gehele en gedeeltelijke WAO-**toetreding**.

Het arbeidsongeschiktheidsvolume wordt echter niet alleen door de omvang van de instroom bepaald maar ook door de omvang van de **uitstroom**. Dit laatste kan op verschillende wijzen plaatsvinden:

- door het bereiken van de 65-jarige leeftijd,
- door overlijden,
- door het aanvaarden van passend werk, voorzover men daarmee niet minder verdient dan de WAO-uitkering,
- door een verklaring van herstel. Bij een verlaging van het arbeidsongeschiktheidspercentage tot minder dan 15 % heeft betrokkene geen recht meer op een WAO-uitkering en zal uit andere bron een inkomen moeten zien te verwerven, in het algemeen betaalde arbeid of een andere uitkering. Een verklaring van herstel kan overigens ook partieel zijn. In dat geval wordt meestal gesproken van "afschatting".

In paragraaf 3.3 wordt ingegaan op de vraag welke factoren gehele of gedeeltelijke werkhervatting van (ex-)arbeidsongeschikten, aangeduid met de term reïntegratie,

bevorderen respectievelijk belemmeren. Daarbij zal vooral worden ingegaan op de arbeidsmarkt-kansen van WAO'ers en zijdelings op gezondheidsaspecten van reïntegratie. Het bestuderen van de literatuur over revalidatie in zuiver medische zin zou immers het kader van deze studie te buiten gaan.

3.2 Determinanten van WAO-instroom

3.2.1 Werkwijze

In dit deel van de literatuurstudie hebben wij de volgende procedure gevolgd. Vertrekpunt van de rapportering zijn de onderzoeken die qua opzet en uitvoering tot de meest relevante gerekend moeten worden. De resultaten van deze onderzoeken worden, indien dat nodig of zinvol is, aangevuld met de uitkomsten van andere onderzoeken. In concreto betekent dit dat vier onderzoeken centraal staan. Alle vier (Aarts e.a., 1987; Thijssen, 1990; Timmer, 1991; Vrooman & de Kemp, 1990) stammen uit gedragswetenschappelijke en verzekeringsgeneeskundige hoek en zijn tot op grote hoogte complementair.

Aanvullend materiaal is vooral de laatste jaren ter beschikking gekomen in de vorm van onderzoeken die de causale en conditionele verbanden tussen arbeidsbelasting en arbeidsongeschiktheid tot onderwerp hadden en die worden gekenmerkt door een bedrijfs-geneeskundige benadering (Gründemann e.a., 1991; Schellart, 1989; De Winter, 1991). In de literatuurlijst zijn behalve de hier genoemde titels ook opgenomen de titels waarop deze auteurs zich (mede) baseren, zodat de lijst een zo volledig mogelijk overzicht biedt van de literatuur over determinanten van langdurige arbeidsongeschiktheid.

3.2.2 Voorwaardelijke en onvoorwaardelijke WAO-kansen

Omdat aan iedere WAO-uitkering in principe een langdurige Ziektewetuitkering voorafgaat, wordt de WAO-toetreding beïnvloed door de determinanten van langdurig verzuim plus de determinanten van WAO-toetreding, gegeven een langdurig verzuimgeval. De kans op WAO-toetreding gegeven een langdurig verzuimgeval wordt ook wel aangeduid als de "voorwaardelijke kans op WAO-toetreding", de kans op WAO-toetreding-zondermeer als de "onvoorwaardelijke WAO-kans".

In het voorgaande hoofdstuk is reeds ingegaan op de factoren die het ontstaan van ondermeer langdurig verzuim bevorderen. Strikt genomen zou derhalve op deze plaats kunnen worden volstaan met de determinanten van de vervolg situatie (WAO, werkhervatting, werkloosheid, evt. VUT), dus van de voorwaardelijke WAO-kans.

Voor zover ons bekend, bestaan er slechts twee onderzoeken die de vraag beantwoorden waarom sommige langdurig zieken doorstromen naar de WAO (met volledige dan wel

gedeeltelijke uitkering) en anderen hersteld worden verklaard en (daarom) het werk hervatten of werkloos worden.

Onderzoek waarin geen onderscheid wordt gemaakt tussen beide soorten determinanten (onderzoek dus naar de onvoorwaardelijke WAO-kans) is daarentegen wel in redelijk ruime mate voorhanden.

Het genoemde onderscheid tussen voorwaardelijke en onvoorwaardelijke WAO-kansen is gemaakt in het grote "WAO-Determinanten-onderzoek" (Aarts e.a., 1987), verder afgekort tot het WDO. De factoren die de WAO-instroom beïnvloeden worden in dit onderzoek uiteengelegd in enerzijds de determinanten van 5-maands ziekte, plus anderzijds de determinanten van de WAO-instroom gegeven 5-maands ziekte. De laatste categorie omvat dus niet alleen de determinanten van het vervolg na een jaar ziekte (het moment waarop formeel bepaald wordt of iemand recht heeft op een WAO-uitkering), maar tevens de determinanten van herstel tussen 5 en 12 maanden ziekte.

Ook in een wat ouder onderzoek (Wiersma, 1980) is binnen een groep langdurig zieken gekeken naar de factoren die een rol spelen bij het al dan niet overschrijden van de WAO-drempel.

Omdat slechts twee studies over de voorwaardelijke WAO-kans beschikbaar zijn, zullen we in 3.2.3 eerst de resultaten van het WAO-determinantenonderzoek (WDO) en van Wiersma (1980) bespreken voor zover betrekking hebbend op de voorwaardelijke WAO-kans. Daarmee sluiten wij zo nauw mogelijk aan bij de vraagstelling van dit deel van het literatuuronderzoek.

Daarna zullen wij ons in paragraaf 3.2.4 richten op de literatuur over de onvoorwaardelijke kans. Zoals gezegd, impliceert dit laatste een gedeeltelijke overlap met de in het vorige hoofdstuk besproken determinanten van langdurig ziekteverzuim.

3.2.3 De voorwaardelijke WAO-kans

De resultaten laten zich als volgt samenvatten. We doen dit aan de hand van Aarts e.a. (1987) en zullen hun resultaten steeds aanvullen met die van Wiersma.

- 1 De belangrijkste voorspeller van toetreding is *de eigen perceptie van de arbeidsongeschiktheid*. Deze perceptie wordt sterk beïnvloed door *het oordeel van de behandelende artsen*. Ook de subjectieve *voorkeur voor een arbeidsloos bestaan* speelt een ondergeschikte, maar wel significante, rol bij de vorming van de eigen perceptie. Het effect van de eigen perceptie op de toetredingskans is niet binnen alle subgroepen (verschillende arbeidscapaciteits-categorieën en leeftijd-geslachtgroepen) even groot: naarmate de objectieve arbeidscapaciteit groter is, is deze invloed groter. Dit is volgens verwachting omdat immers bij een geringe arbeidscapaciteit (c.q. een zeer

ernstige gezondheidsstoornis) de ruimte voor subjectieve factoren, waaronder de invloed van de perceptie, geringer is.

De onderzoekers constateren dat de gepercipieerde arbeidscapaciteit in de bouwnijverheid het kleinst is. De bouwnijverheid kenmerkt zich door "fysiek zwaar werk, een hoog percentage mannen, een laag opleidingsniveau, een hoge werkloosheidskans en afwezigheid van deeltijdbanen". In de sector die in al deze opzichten sterk contrasteert met de bouw, namelijk de niet-commerciële dienstverlening waaronder de zorgsector, is het effect van de gepercipieerde arbeidscapaciteit het grootst en bovendien de enige directe determinant. Anders gezegd: waar noodzaak- of gelegenheidsfactoren een rol spelen is het effect van de perceptie minder groot.

Opmerkelijk in het voorgaande is de genoemde invloed van de curatieve sector op de gepercipieerde arbeidscapaciteit. Het valt op dat deze factor binnen alle subgroepen een grote en significante invloed heeft. Behandelende artsen hebben kennelijk via de gepercipieerde arbeidscapaciteit een grote invloed op de toestroom tot de WAO.

Verschillende (andere) auteurs twijfelen overigens - zoals we verderop zullen zien - aan de deskundigheid van de curatieve sector als het gaat om kennis van de kwantitatieve en kwalitatieve arbeidsbelasting van functies en werkplekken. In ieder geval is een veelgehoorde klacht dat er weinig overleg bestaat tussen enerzijds de behandelende sector en anderzijds de begeleidende artsen die geacht mogen worden beter op de hoogte te zijn van de werkgebonden aspecten van de arbeidsongeschiktheid.

Ook Wiersma vond dat de WAO-toetreders zich vooral van de niet-toetreders onderscheiden door een relatief *negatieve perceptie van de eigen gezondheidstoestand*. Deze ervaren gezondheid bleek veel minder met de ernst van de aandoening samen te hangen dan met een algemeen gevoel van *machteloosheid en vervreemding* zich uitend in een passieve houding.

Het is misschien goed om er hier op te wijzen dat de genoemde factoren niet alleen hun invloed doen gelden na 12 maanden ziekte (op het moment dat er een formeel besluit moet vallen over wel of geen WAO-uitkering en zo ja hoe hoog), maar in het gehele traject na 5-maands ziekte. Zo zullen zieke werknemers met een grote gepercipieerde arbeidscapaciteit in grotere aantallen op eigen initiatief het werk hervatten dan degenen met een geringe gepercipieerde arbeidscapaciteit. In die gevallen speelt het uitvoeringsorgaan en het beoordelingsbeleid voor de WAO natuurlijk slechts een ondergeschikte rol.

- 2 De *objectieve aard en ernst van de ziekte* hebben een voor de hand liggende, en door de analyses bevestigde, directe invloed op de WAO-toetredingskans. In het eindrapport van het WDO wordt verder niet op deze factoren ingegaan.

Ook Wiersma vindt dit verband.

In paragraaf 3.2.4 zullen wij dit aspect aan de hand van recenter, gericht onderzoek nader onder de loep nemen.

- 3 De factor *leeftijd* blijkt in beide hier gerapporteerde onderzoeken een invloed op de WAO-kans te hebben. Het totale leeftijdseffect (dat wil zeggen: direct, plus indirect via de perceptie van de eigen arbeidscapaciteit) is in het WDO voor alle beschouwde groepen groot: ouderen hebben - onder overigens gelijke omstandigheden - een grotere WAO-kans dan jongere langdurig zieken. De analyse laat echter zien dat deze invloed van leeftijd uit twee verschillende effecten bestaat.

Het eerste effect is indirect en loopt via de perceptie. Dit wordt door de onderzoekers met de term 'slijtage' aangeduid en verwijst kennelijk naar de subjectief ervaren gezondheidstoestand. Dit effect neemt met de leeftijd in kracht toe: slijtage bij ouderen leidt eerder tot een uitkering dan dezelfde slijtage bij jongeren.

Het andere effect heeft een directe invloed op de toetredingskans en neemt met de leeftijd juist in kracht af. Dit effect wordt met de term 'screenings-effect' aangeduid. Met deze term bedoelen de onderzoekers dat de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling voor oudere werknemers minder strikt wordt uitgevoerd dan bij jongere werknemers. Bij ouderen wordt - *ceteris paribus* - eerder arbeidsongeschiktheid in de zin der wet aangenomen dan bij jongeren. In woorden van de onderzoekers: de beoordelaars achten de mogelijkheden tot het vinden van passend werk (het onderzoek werd uitgevoerd in de tijd dat de z.g. verdiscontering van de arbeidsmarktcomponent nog in de wet was vastgelegd) kennelijk geringer naarmate potentiële WAO-toetreders de leeftijd van 45 jaar dichter zijn genaderd of reeds zijn gepasseerd.

- 4 De *invloed van andere personen* op de voorwaardelijke WAO-toetredingskans, zoals *uitvoerders, werkgevers of gezinsleden*, "lijkt van beperkte betekenis te zijn" (WDO). Vooral met betrekking tot de uitvoerders is dit een opvallende conclusie, zeker in verhouding tot de conclusie dat de invloed van curatieve artsen (via de eigen perceptie van betrokkene) wel van belang wordt bevonden.

Wiersma is in tegenstelling tot het WDO van mening dat de adviezen van verzekeringsgeneeskundige en GMD, al of niet in overleg met de arbeidsdeskundige, doorslaggevend zijn. Hij illustreert de invloed van deze betrokkenen door te wijzen op het feit dat van alle (66) WAO-ers slechts eenderde, volgens medische criteria, totaal en/of definitief arbeidsongeschikt is. Bij de anderen speelt een slechte arbeidsmarktpositie nadrukkelijk mee (de zogenaamde verdiscontering). Hierbij is wel aan te tekenen dat deze studie, evenals het WDO, betrekking heeft op de tijd voor de stelselherziening WAO van 1987, waarbij onder meer de verdiscontering van de werkloosheidscomponent in de WAO formeel werd afgeschaft.

- 5 Behoeft- en gelegenheidsfactoren blijken van geringe betekenis te zijn. Alleen de indicatoren van *arbeidszekerheid* zijn van directe of indirecte betekenis. Deze indicatoren zijn de gepercipieerde 'overtolligheid' en de 'bedrijfssterkte'. Daarnaast laten zowel de gepercipieerde als de gebleken *kwetsbaarheid op de arbeidsmarkt* een significant kansverhogend effect zien. Ook Wiersma noemt dit belangrijke factoren, die hij overigens niet empirisch kon aantonen.
- 6 *Andere persoonlijkheidskenmerken*. Tenslotte wijst Wiersma nog twee kenmerken aan waarop WAO-ers en niet-WAO-ers verschillen. WAO-ers geven vaker uiting aan gevoelens van overbelasting. Daarbij is niet duidelijk welke taakeisen met name in het geding zijn. Verder onderscheiden de WAO-ers zich door een relatief gering ontwikkeld vermogen om adequaat met stress om te gaan.

Tot zover hetgeen bekend is over de factoren die bepalen of een langdurig zieke (dat wil zeggen: langer dan 5 maanden uit het arbeidsproces) al of niet in de WAO komt. In de volgende paragraaf zal gezien worden wat de literatuur te melden heeft over de - in termen van het WDO - onvoorwaardelijke kans op WAO-toetreding. De factoren dus die het grote beroep op de WAO verklaren en die inzicht geven in de vraag waarom de ene werknemer wel (via langdurig verzuim) in de WAO terecht komt en de andere niet.

3.2.4 De oorzaken van arbeidsongeschiktheid: onvoorwaardelijke WAO-kans

Het volgende overzicht is in eerste instantie samengesteld op basis van vier publikaties: Aarts e.a., 1987; Thijssen, 1990; Vrooman en de Kemp, 1990 en Timmer, 1991.

Het eerste onderzoek, het WDO, heeft na het voorgaande geen nadere toelichting. De publikatie van Thijssen betreft een uitvoerig en recent literatuuroverzicht, met overigens als expliciete beperking dat aan de medische oorzaken van arbeidsongeschiktheid geen aandacht wordt geschonken.

Het artikel van Vrooman en de Kemp is sterk oplossingsgericht. Hun bijdrage berust op een literatuurbeschouwing die werd aangevuld met enkele, soms globale, berekeningen van de grootte van de onderscheiden invloeden.

Het artikel van Timmer tenslotte geeft een uitvoerige opsomming van deels eerder onderkende en deels min of meer nieuwe factoren die vooral in de wetstechnische en uitvoeringssfeer liggen. Anders dan de drie voorgaande publikaties zijn de conclusies niet of althans in relatief geringe mate empirisch gefundeerd. Ook dit artikel is sterk oplossings- c.q. beleidsgericht.

Algemeen wordt aangenomen dat een belangrijk deel van de WAO-ers het eigen of (beter) passend werk zouden kunnen uitvoeren, indien beschikbaar. Het nog aanwezige arbeidspotentieel binnen de groep WAO-ers wordt ook wel de "verborgen werkloosheid" genoemd. De schattingen over de omvang lopen sterk uiteen, met als hoogste schatting 49% (WDO). Dit impliceert dat meer dan de helft van de in de WAO verdwenen mankracht/mensjaren niet meer produktief gemaakt kan worden, ook al zouden voldoende banen beschikbaar zijn. Genoemde schattingen stammen overigens uit onderzoek van voor de stelselherziening van 1987, toen de werkloosheidscomponent formeel uit de WAO werd verwijderd; men mag aannemen dat sindsdien de "verborgen werkloosheid" in de WAO geringer geworden is. De recent ingevoerde en voorgenen maatregelen lijken vooral bedoeld om de WAO-toestroom te verminderen, en de uitstroom te vergroten, door het elimineren van de werkloosheidscomponent in de WAO. Dit beleid gaat echter grotendeels voorbij aan de belangrijke rol van de gezondheidscomponent.

Ook in de onderzoeksinspanningen heeft de gezondheidscomponent relatief weinig aandacht gekregen. Afgezien van enkele incidentele studies naar de WAO-toestroom ten gevolge van specifieke belastingsfactoren zijn er slechts drie meer algemene studies naar de arbeidsgebondenheid van WAO-intrede uitgevoerd.

De eerste is een studie (van GMD en NIPG-TNO) onder de titel "Arbeitsgebondenheid van WAO-intrede". In een eerste deelrapport werden de resultaten toegelicht van een enquête onder WAO-ers (Gründemann e.a., 1991). Deze enquête is afgenomen bij verzekerden die tussen 1 juli 1989 en 30 juni 1990 de einde wachtijd overschreden.

De tweede studie is een onderzoek van de GMD (Schellart, 1989). In het kader van dit onderzoek werden dossiers van verzekerden die in 1980 het einde wachtjaar ZW bereikten nader geanalyseerd op de relatie tussen functie en ziektediagnose.

Beide studies werpen licht op de vraag in hoeverre de gezondheidsstoornissen van WAO-ers aan het werk moeten worden toegeschreven, in de eerste studie via de perceptie van de uitkeringsgerechtigden, in de tweede studie via de beoordeling van ter zake deskundigen.

De derde studie die in dit kader relevant is, is het onderzoek van De Winter. Zijn studie is gebaseerd op gegevens die met de Vragenlijst Arbeid en Gezondheid van het NIPG--TNO zijn verzameld en die werden aangevuld met individuele verzuimcijfers. Doel van het onderzoek was de vraag in hoeverre met deze gegevens kan worden voorspeld of, en zo ja op welke wijze (via WAO, VUT of ontslagname), individuele werknemers het bedrijf verlaten.

Deze onderzoeken zullen in paragraaf 3.2.4.2 worden behandeld.

De oorzaken van WAO-toetreding kunnen in vier groepen worden ingedeeld: persoonsgebonden factoren, factoren in de arbeidssituatie, wets- en uitvoeringstechnische facto-

ren en maatschappelijke factoren. Deze indeling loopt parallel aan de indeling die bij de ziekteverzuimfactoren werd gebruikt. In de volgende vier paragrafen worden deze groepen determinanten successievelijk behandeld. Daarbij zullen wij wat uitgebreider stilstaan bij de werkgebonden aspecten (zie paragraaf 3.2.4.2) en niet - of minder uitvoerig - bij de determinanten die in het voorgaande al werden beschreven.

3.2.4.1 Persoonskenmerken

In alle onderzoeken wordt een relatie met de factor leeftijd gevonden: ouderen hebben een hogere WAO-kans dan jongeren. Hierover is in het voorgaande al het een en ander vermeld. Over de inhoudelijke kant van het verband bestaat nog veel onduidelijkheid. Wel is het waarschijnlijk dat het leeftijdseffect voor zowel een autonoom slijtageproces staat (natuurlijke veroudering en het doormaken van belastende levensgebeurtenissen met als gevolg een verminderende belastbaarheid) als voor slijtage ten gevolge van langdurige (over)belasting in het werk. Bovendien heeft veroudering effecten op de interne en externe arbeidsmarktpositie, de beleving van het werk en zoals we al eerder zagen op de beleving van de eigen gezondheid en arbeidscapaciteit.

Wat betreft geslacht: vrouwen hebben een grotere WAO-kans dan mannen, ook als rekening wordt gehouden met het gegeven dat werkende vrouwen gemiddeld jonger zijn dan werkende mannen. Het is niet geheel duidelijk waarom vrouwen een hogere WAO-kans hebben. Sommige auteurs wijzen op het lagere functieniveau en de dubbele belasting van gehuwde vrouwen, anderen ook op de slechte arbeidsmarktpositie en het part-time werken. Weer anderen zijn van mening dat de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling elementen omvat die ertoe leiden dat vrouwen vaker van een WAO-uitkering worden uitgesloten en dat hun uitkering sneller wordt beëindigd. De gevonden verschillen tussen mannen en vrouwen zouden dus in werkelijkheid nog groter zijn dan de directe cijfers suggereren.

WAO-ers zijn daarnaast in het algemeen relatief laag opgeleid en vervullen relatief vaak lagere functies. In combinatie met de wat hogere leeftijd leidt dit tot een zwakke positie op de arbeidsmarkt. En dit laatste heeft weer een eigen, verhogende invloed op de WAO-kans.

3.2.4.2 De werksituatie

Kwaliteit van de arbeid wordt in het algemeen onderscheiden in arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden.

Voor wat betreft de invloed op de WAO-kans van de *arbeidsinhoud* wijzen meerdere auteurs op het feit dat bepaalde typen functies meer WAO-ers produceren dan andere. Zo vindt men in de al eerder gememoreerde lage functies en in functies waarin handarbeid domineert een relatief hoge WAO-kans en in leidinggevende functies een lage kans. Het WDO concludeert dat een *arbeidsverleden met veel zwaar werk en geringe*

carrièremogelijkheden bijdraagt aan de kans op WAO-toetreding. Anderen wijzen op de snelle *ontwikkelingen in de technologie* waardoor hogere mentale eisen aan de werknemers worden gesteld. *Reorganisaties, fusies* en andere oorzaken van onstabiele vormen van arbeidsorganisatie doen een steeds toenemend beroep op de flexibiliteit van werknemers en leveren een steeds toenemende *tijdsdruk* op. In veel beschouwingen wordt gerefereerd aan het verschijnsel dat er al sinds vele decennia een verschuiving plaatsvindt van fysieke belasting naar *psychische en mentaal-perceptieve belasting*. De arbeid is in de opvatting van velen daardoor gecompliceerder en veeleisender geworden. Anderen houden het er juist op dat het werk voor velen eenvoudiger, routinematiger en intensiever is geworden. Deze processen zouden mede verklaren waarom het beroep op de WAO sterk is toegenomen en waarom het aandeel van de psychische diagnoses is toegenomen.

Inconveniënten in het werk, in onze termen de arbeidsomstandigheden, spelen eveneens een rol, hoewel dit zeker niet een algemeen onderzoeksresultaat is. Het lijkt erop dat de perceptie van de arbeidsomstandigheden minstens zo belangrijk is als de feitelijke omstandigheden. Bovendien kan door functiegerichte personeelsselectie (en/of zelfselectie) de relatie tussen belastende factoren in het werk en de kans op arbeidsongeschiktheid worden doorkruist (in Engelse literatuur vaak aangeduid als het "healthy worker effect").

Voor wat betreft de *arbeidsverhoudingen* wordt in de literatuur gewezen op het belang van de wijze van leidinggeven, delegatie van bevoegdheden, goed functionerend werkoverleg, werken in teamverband en betrokkenheid bij het werk.

Het *sociaal beleid*, als onderdeel van het blok arbeidsvoorwaarden, is eveneens van belang. Een goed toegeruste afdeling personeelszaken, een expliciet preventiebeleid (arbeidsplaatsverbetering), goede reïntegratiemogelijkheden en een beleid ter vermindering van uitstoot van personeel blijken een gunstige rol te spelen. Verder wordt gewezen op het WAO-kansverhogende effect van ploegendiensten en lange werktijden.

Onderstaand gaan wij wat uitgebreider in op de relatie functie-diagnose zoals die werd geanalyseerd in het GMD-onderzoek van Schellart (1989). Daarna zullen wij die resultaten spiegelen aan die van het tweede onderzoek (Gründemann e.a., 1991), waarin naar de ervaringen van de WAO-ers werd gevraagd. Met de aantekening dat die vergelijking enigszins wordt beperkt door de in de tussentijd op een aantal punten gewijzigde uitkeeringsvoorwaarden. En tenslotte gaan wij in op de resultaten van De Winter (1991). De reden om aan deze onderzoeken extra aandacht te schenken is dat de medische, respectievelijk bedrijfsgeneeskundige aspecten tot op heden enigszins onderbelicht lijken. Met het verschijnen van de genoemde drie publikaties wordt ons inziens voorzien

in een belangrijk hiaat in kennis. Waarmee natuurlijk niet gezegd wordt dat met deze studies het laatste woord is gezegd.

a Beroep en ziekte in de WAO (Schellart, 1989)

Een kwantitatieve analyse van de dossiergegevens van ruim 300 WAO-ers laat zien dat er in veel gevallen een band is tussen het soort werk en de ziektediagnose. De volgende tabel illustreert dit.

Tabel 3.1 *Samenhang tussen soort werk en diagnose (Schellart, 1989)*

functiegroep		ziekte volgens laatste rapport				totaal
		psych.	hart/vaat	beweging	overig	
1: zwaarder psychisch	%	35.8	17.0	22.6	24.5	100
2: lichter psychisch	%	37.1	14.3	22.9	25.7	100
3: psychisch/fysiek	%	20.8	0.0	50.0	29.2	100
4: lichter fysiek	%	25.6	2.3	53.5	18.6	100
5: zwaarder fysiek binnen	%	10.3	14.1	51.3	24.4	100
6: zwaarder fysiek buiten	%	12.9	9.7	47.3	30.1	100
Totaal	%	20.9	10.7	42.6	25.8	100.0

De eerste twee functiegroepen, beide gekenmerkt door psychische arbeidsbelasting, leveren relatief veel WAO-ers met een psychische aandoening. Voorbeelden van functies die in deze functiegroepen vallen:

klasse 1: leidinggevend (bedrijfsleiders), professionals (advocaten, wetenschappers)
 klasse 2: administratieve functies (boekhouders, administratief personeel en secretariatsmedewerkers).

Functies waarin veel fysieke belasting aanwezig is, de klassen 3 t/m 6 leveren veel WAO-ers met aandoeningen van de bewegingsorganen. Deze klassen omvatten de volgende functies:

klasse 3: verpleegkundigen en chauffeurs
 klasse 4: winkelbediende, magazijnknecht, huishoudelijke en verzorgende functies
 klasse 5: industriële handarbeid zoals metaalbewerkers, voedingsmiddelenbereiders, houtbewerkers, stoffeerders, loodgieters etc.
 klasse 6: handarbeid in een buitenomgeving zoals bouwvakkers, grondwerkers en agrarische werknemers.

Opvallend is dat de van klasse 3 tot klasse 6 (door de onderzoekers) veronderstelde toename in fysieke belasting zich niet weerspiegelt in een toename van deze aandoeningen onder WAO'ers.

Hart- en vaatziekten doen zich relatief vaak voor in de functies met psychische belasting (klasse 1 en 2) en bij de industriële, binnenshuis werkende handarbeiders (klasse 5). Deze diagnose zien we relatief weinig in de functieklassen 3 en 4, de functies met lichte fysieke belasting.

De categorie 'overige aandoeningen' geeft niet zoveel verschillen tussen de diverse functieklassen weer.

Er is dus een duidelijk bivariaat verband tussen de belastingskenmerken van de functie en de diagnose op grond waarvan de arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld. Dat wil echter niet zeggen dat dit ook in alle gevallen een rechtstreeks causaal verband is. Dit is slechts één van de mogelijkheden op grond waarvan een statistische, bivariate relatie zich voordoet.

Een andere mogelijkheid is dat de aard van het werk zodanig is dat werknemers met een bepaald type klachten, zonder dat die klachten door het werk zijn ontstaan, het werk moeten staken. In het vervolg zullen we dit aanduiden als het conditionele verband. De gekozen opzet van het zojuist beschreven onderzoek maakt het niet mogelijk om de causale en voorwaardelijke relatie te onderscheiden.

Een derde verklaring van een bivariaat verband is het bestaan van een relatie van zowel de functie als de aandoening met andere kenmerken, waardoor een schijnverband kan ontstaan. Zowel 'functie' als 'aandoening' hebben bijvoorbeeld op het 5 %-niveau een significant verband met opleidingsniveau, beroepsniveau, percentage arbeidsongeschiktheid en bedrijfsvereniging. Als mensen met een lage opleiding gevoeliger zijn voor een bepaald type aandoening en bovendien wegens die lage opleiding in bepaalde soorten functies terecht komen, dan zullen in die functies die typen aandoeningen relatief vaak voorkomen zonder dat er sprake hoeft te zijn van een causale relatie. Het omgekeerde kan ook voorkomen als scherpe aanstellingskeuringen er toe leiden dat alleen zeer belastbare medewerkers in zwaar belastende functies worden aangesteld. In dat geval worden de negatieve gezondheidseffecten als het ware gemaskeerd door de selectie (het reeds vermelde "healthy worker effect"). Ook kunnen in dit soort situaties schijnverbanden ontstaan: als juist mensen met een zwakke rug kiezen voor bijvoorbeeld een portiersfunctie dan kan uit de cijfers blijken dat portiers vaak uitvallen door rugklachten. In dat geval is dat dus te wijten aan iets anders dan een grote rugbelasting in die functie.

Er is dus alle aanleiding om eenvoudige bivariate relaties op dit terrein zeer kritisch te bezien. In het hier besproken onderzoek heeft dit geleid tot het uitvoeren van een multivariate analyse waarin met dit soort complicaties rekening wordt gehouden, althans de mogelijkheid van schijnverbanden voor zover mogelijk werd nagegaan.

Behalve ziektediagnose en functieklasse werden in die analyses de volgende variabelen betrokken: leeftijd, geslacht, duur van carrière, opleidingsniveau, beroepsniveau, inkomen, al of niet gedeeltelijk werkzaam zijn en arbeidsongeschiktheidsklasse.

Voor wat betreft de relatie tussen functie en diagnose werd het volgende geconcludeerd: Bepaalde soorten ziektebeelden komen - binnen de groep arbeidsongeschikten - vaker voor bij bepaalde functies (met een bepaald belastingsprofiel), onafhankelijk van andere variabelen zoals leeftijd, geslacht en beroepsniveau.

Zo gaat bijvoorbeeld een functie met psychische belasting vaker samen met psychische ziekten en minder vaak met ziekten van het bewegingsapparaat. Functies met zowel psychische als fysieke belasting of met lichtere fysieke belasting (klassen 3 en 4) gaan minder vaak samen met hart- en vaatziekten en vaker met aandoeningen van het bewegingsapparaat.

De hiervoor genoemde derde verklaringsgrond voor een bivariate analyse, namelijk de invloed van andere factoren op zowel de diagnose als de functie, blijkt dus geen of slechts een ondergeschikte rol te spelen. Helaas echter geeft de analyse geen antwoord op de vraag in welke mate de gevonden verbanden op een causale dan wel conditionele relatie duiden. Dat vormde de aanleiding om een aanvullend onderzoek te doen waarin de causale relatie centraal stond.

Alvorens wij op de resultaten van dat deel ingaan, willen wij eerst de aandacht richten op de determinanten van het arbeidsongeschiktheidspercentage en van het al dan niet werken.

Overigens wijzen wij er op dat het onderzoeksmateriaal uit 1980 stamt toen de verdiscontering van de werkloosheid in de WAO-uitkering nog volop werd toegepast.

De factoren die met een hoog arbeidsongeschiktheidspercentage samengaan, zijn:

- een zwaardere fysiek belastende functie
- een psychische aandoening
- een hogere leeftijd en een langere beroeps carrière.

Het '(weer) aan het werk zijn' (dus met een gedeeltelijke WAO-uitkering) gaat samen met:

- een hoger beroepsniveau
- een lagere leeftijd

- een psychische aandoening (niet erg logisch omdat dit tevens de kans op een hoog arbeidsongeschiktheidspercentage bleek te verhogen)
- een administratieve functie hebben.

Een 'overige aandoening' heeft een negatieve invloed op het werken. In hoofdstuk 5 wordt uitvoeriger ingegaan op de determinanten van werkhervatting.

In het tweede deel van het onderhavige onderzoek is voor ieder WAO-geval ($n = 380$) aan de hand van de dossiers van arts en arbeidsdeskundige vastgesteld of de aandoening door beroepsgebonden oorzaken is ontstaan of niet.

De relatie functie-aandoening wordt door de onderzoekers in vier vormen onderscheiden:

- de ziekte is door niet-beroepsgebonden oorzaken ontstaan, althans dit is aannemelijker dan beroepsgebonden oorzaken. Het kan gaan om aangeboren afwijkingen, endogene ziekten, verouderingspathologie of omgevingsgebonden oorzaken buiten het beroep (bijv. verkeersongeval).
- de ziekte is zowel door beroepsgebonden als niet-beroepsgebonden oorzaken ontstaan. Bijvoorbeeld een overmatige arbeidsbelasting (beroepsgebonden) in combinatie met een geringe belastbaarheid door andere oorzaken (niet-beroepsgebonden).
- de ziekte is door beroepsgebonden oorzaken ontstaan.
- onbekend, wegens onvoldoende gegevens.

De scoring is door de auteurs uitgevoerd op basis van de in de dossiers aanwezige gegevens. De auteurs wijzen er nadrukkelijk op dat het beoordelen van de relatie op individueel niveau, aan de hand van dossiergegevens, noodzakelijkerwijs beperkt blijft tot "beargumenteerde veronderstellingen" met een mogelijk beperkte mate van objectiviteit.

In beide volgende tabellen zijn de mate van beroepsgebondenheid naar functiegroep en naar diagnose weergegeven. Gevallen waarin de beroepsgebondenheid en/of de functiegroep onbekend was zijn niet in de tabellen opgenomen.

Tabel 3.2 *Beroepsgebondenheid van ziekte, naar functiegroep (Schellart, 1989)*

functiegroep		beroepsgebondenheid van ziekte			totaal
		niet	niet/wel	wel	
1: zwaarder psychisch	(%)	52.0	28.0	20.0	100
2: lichter psychisch	(%)	92.9	7.1	0.0	100
3: psychisch/fysiek	(%)	58.3	8.3	33.3	100
4: lichter fysiek	(%)	28.6	14.3	57.1	100
5: zwaarder fysiek binnen	(%)	59.7	20.8	19.5	100
6: zwaarder fysiek buiten	(%)	57.4	10.6	31.9	100
Totaal		56.5	15.4	27.9	100

Tabel 3.3 *Beroepsgebondenheid van ziekte, naar diagnose (Schellart, 1989)*

ziekte volgens laatste rapport		beroepsgebondenheid van ziekte			totaal
		niet	niet/wel	wel	
psychisch	(%)	81.1	9.5	9.5	100
hart & vaat	(%)	66.7	30.0	3.3	100
beweging	(%)	35.3	19.7	46.0	100
overig	(%)	75.9	6.9	17.2	100
Totaal	(%)	56.5	15.4	27.9	100

- Bij circa 28% is de ziekte beroepsgebonden.
 Uitgesplitst naar diagnose blijken vooral aandoeningen van de bewegingsorganen als beroepsgebonden te worden gescoord: 46%. De categorie hart- en bloedvaten blijkt met 3% nauwelijks als beroepsgebonden te worden gezien.
 Uitgesplitst naar functieklasse zijn er eveneens grote verschillen: van 0% van de aandoeningen in klasse 2 tot 57% in klasse 4.
- Bij circa 57% is de oorzaak van de aandoening geheel buiten het werk gelegen.
 Vooral psychische aandoeningen worden door de onderzoekers in dit opzicht met circa 81% zeer hoog gescoord.
 Uitgesplitst naar functieklasse zien we ook hier grote verschillen. De percentages niet-beroepsgebonden variëren van 29% in klasse 4 tot 93% in klasse 2.
- Bij circa 15% spelen naar het oordeel van de auteurs zowel beroepsgebonden als niet-beroepsgebonden oorzaken een rol. Anders gezegd: in ongeveer 43% van de gevallen speelt het werk een hoofd- of bijrol bij het ontstaan van de ziekte.

De beroepsgebondenheid is, behalve tegen de variabelen functieklassen en diagnosecategorie, ook gezet tegen andere kenmerken. Beroepsgebonden aandoeningen zijn (bivariaat) relatief vaak te vinden:

- op een lager beroepsniveau;
- in de detailhandel en gezondheidszorg;
- in functies waar veel vrouwen werkzaam zijn;
- in functies met veel oudere werknemers.

Er kon geen verband tussen de beroepsgebondenheid met de mate van arbeidsongeschiktheid en het al of niet gedeeltelijk werkzaam zijn worden vastgesteld.

b Arbeidsgebondenheid van WAO-intrede (Gründemann, 1991)

In een recent onderzoek waarin eveneens wordt ingegaan op de mate van beroepsgebondenheid van de aandoeningen, werd eveneens onderzocht wat het oordeel van de WAO-ers zelf is (Gründemann e.a., 1991).

De volgende tabel laat zien in welke mate de WAO-ers 'de indruk hebben dat de ziekte of aandoening een gevolg is van het werk dat men deed'.

Tabel 3.4 *Heeft men de indruk dat de ziekte of aandoening een gevolg is van het werk dat men deed? (Gründemann, 1991)*

	(abs.)	(%)
ja, geheel of grotendeels	2094	29.7
ja, voor een belangrijk deel	1778	25.2
ja, in beperkte mate	1220	17.3
nee, geheel niet	1953	27.7
geen antwoord	277	-
Totaal	7322	100.0

De uitkomsten laten zien dat de WAO-ers in vergelijking met het hiervoor gerapporteerde onderzoek in nog grotere mate van mening zijn dat het werk 'één' of 'de' ziekmakende factor is geweest. Bovendien blijkt uit andere gegevens dat twee-derde van mening is dat de ziekte of aandoening door het werk erger is geworden.

Aan degenen die de vraag in zekere mate bevestigend beantwoordden (de eerste drie antwoordcategorieën) is gevraagd naar de aspecten van het werk die men met de aandoening in verband brengt. Tabel 3.5 geeft de uitkomsten.

Tabel 3.5 *Verdeling van bevestigende antwoorden op de vraag naar de onderdelen van het werk die men in verband brengt met de ziekte of aandoening (Gründemann, 1991)(100% = 5092)*

	Aantal	
lichamelijke belasting	3148	(61.8%)
geestelijke belasting	1912	(37.5%)
arbeidsomstandigheden in het algemeen	2139	(42.0%)
veiligheid (bv. in geval van ongeval)	343	(6.7%)
andere onderdelen van het werk	740	(14.5%)

Als belangrijkste factoren noemen de respondenten de lichamelijke belasting (62%) en de niet nader gespecificeerde categorie 'arbeidsomstandigheden' (42%). Geestelijke belasting wordt door 38% genoemd.

In enkele multivariate vervolganalyses is nagegaan welke factoren van invloed zijn op de mate waarin de respondenten hun ziekte aan werkgebonden oorzaken toeschrijven. De auteurs merken op dat met de gemeten variabelen slechts in (zeer) beperkte mate de arbeidsgebondenheid voorspeld kan worden. In volgorde van belangrijkheid en met tussen haakjes het kenmerk met een positieve invloed op de werkgebondenheid:

- aandacht van het bedrijf voor arbeidsomstandigheden (nee)
- nationaliteit (niet-Nederlands)
- fysieke belasting in laatste functie en in het verleden (ja)
- psychische belasting in laatste functie en in het verleden (ja)
- veranderingen in het werk (ja).

In het vorige onderzoek bleek dat de mate van arbeidsgebondenheid nogal verschilde voor de onderscheiden diagnosecategorieën. De meningen van de respondenten in dit onderzoek corresponderen daarmee: het aantal respondenten dat in het geheel géén oorzaak in het werk ziet is als volgt (tussen () staat het corresponderende percentage uit het vorige onderzoek, de 'deskundigen-schatting' dus):

Psychische aandoeningen:	22 % (81 %)
Hart- en bloedvaten:	40 % (67 %)
Bewegingsorganen:	17 % (35 %)
Overige aandoeningen:	47 % (76 %)

De conclusie dringt zich op dat er een wereld van verschil zit tussen de deskundigen en de direct betrokkenen. Vooral bij de psychische aandoeningen is het verschil wel heel erg groot: de deskundigen zien de psychische problematiek vooral als een endogeen bepaald ziektebeeld en de betrokken werknemers zien het vooral als een werkgebonden probleem.

Tot zover de causale relatie werk-ziekte. In het onderzoek is vervolgens een analyse uitgevoerd naar de conditionele relatie: in hoeverre zijn bepaalde werkkenmerken, los van de vraag of zij verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van de ziekte, van invloed op de werkstaking respectievelijk het niet kunnen hervatten van het werk?

Van de respondenten is 35 % van mening dat uitval uit het arbeidsproces niet nodig was geweest als het werk was aangepast aan de beperkingen of als passend werk was aangeboden. Uit de multivariate analyse naar de determinanten van werkgebonden uitval blijken de volgende factoren als belangrijk naar voren te komen (maar ook hier geldt dat de beschikbare variabelen maar een geringe voorspellende waarde hebben):

- weinig aandacht voor arbeidsomstandigheden
- slechte arbeidsvoorwaarden
- veranderingen op het werk en fysieke belasting.

Verder geven mannen relatief wat vaker dan vrouwen aan dat men door had kunnen werken als passende arbeid beschikbaar was geweest.

Uitgesplitst naar diagnose zijn de verschillen betrekkelijk gering: we geven hieronder het percentage van de respondenten dat de uitval (impliciet) aan het werk toeschrijft:

- Psychische aandoeningen	36 %
- Hart en bloedvaten	24 %
- Bewegingsorganen	38 %
- Overige aandoeningen	30 %

Samenvattend: aandoeningen van hart en bloedvaten worden (causaal plus voorwaardelijk) het minst met het werk in verband gebracht.

c Arbeid, gezondheid en verzuim als voorspellers van uitval uit het werk (De Winter, 1991)

In het onderzoek van De Winter wordt de relatie werk-arbeidsongeschiktheid middels een longitudinale analyse onderzocht: subjectieve gegevens over het werk en de ervaren belasting, alsmede subjectieve gegevens over functionele beperkingen worden in verband gebracht met de wijze waarop men al of niet het bedrijf zal verlaten. Als we ons beperken tot de WAO-toetreding dan zijn de resultaten als volgt.

WAO-toetreding wordt het best verklaard door een factor 'conditie' in combinatie met het verzuimpercentage in de jaren voorafgaand aan uitval. De factor 'conditie' is een index die bestaat uit de som van de scores op drie onderliggende dimensies:

- Inspanning. Deze variabele omvat 15 vragen over de volgende onderwerpen: werk te vermoeiend, te druk, de moeite die men heeft met handelingen die met arbeid verbonden zijn zoals zitten, tillen, bukken, kijken luisteren, concentreren etc. Centraal staan dus de ervaren functionele beperkingen.
- Gezondheid. Deze variabele omvat 25 vragen over lichamelijke klachten zoals benauwdheid, hart-, maag- en buikklachten, klachten over armen, benen, schouders rug en ogen etc. en psychische klachten zoals vergeetachtigheid, nervositeit, moedeloosheid en slecht slapen.
- Ziektegedrag. Deze factor betreft 4 vragen over medische behandelingen (voor hart en vaatziekten, longaandoeningen, andere inwendige organen, allergie, rug- en andere spier/gewrichtsaandoeningen en overige ziekten), medicijngebruik, artsbezoek en in afgelopen zes maanden al of niet ziek thuis gebleven.

De index 'conditie' is in de groep ouder dan 50 jaar (de groep met de grootste WAO-kans) een betere voorspeller dan het verzuimpercentage in de voorafgaande jaren. Opvallend is dat de ervaren werksituatie (een index die op dezelfde wijze tot stand is gekomen als de index conditie) geen voorspellende kracht heeft. Dit heeft te maken met het feit dat ouderen in het algemeen minder klachten uiten over hun werk dan jongeren, maar wel vaker in de WAO terecht komen. Een verschijnsel overigens dat zich ook in de gegevens uit het Leefsituatie-Onderzoek (LSO) van het CBS manifesteert. De auteur vermeldt niet of dit het gevolg is van een geringere neiging tot klagen of dat hier iets anders achter zit. Wel vermoedt de auteur dat de relatie tussen werksituatie en arbeidsongeschiktheid indirect is en via de variabele gezondheid loopt.

Dat de feitelijke werksituatie wel degelijk een belangrijke invloed op de WAO-kans heeft, moge ook uit de andere, hiervoor behandelde onderzoeken duidelijk zijn geworden.

3.2.4.3 Wettelijke en uitvoeringsaspecten

Behalve de individuele en werkgebonden factoren zijn er naar het oordeel van velen ook in de wetten (WAO, AAW, ABP-wet) zelf, en in de wijze van uitvoering, elementen

aan te wijzen die bevorderend op de toestroom werken. Daarbij merken wij op dat voor een aantal van die elementen indertijd bewust gekozen is, hoewel de omvang van het effect toen natuurlijk niet bekend was of zelfs kon zijn. Ook nu nog moet vastgesteld worden dat het meeste van hetgeen hierna over de toetredingsbevorderende effecten zal worden gemeld, niet altijd op objectieve gegevens is gebaseerd. Het elimineren van deze elementen uit dit literatuuroverzicht zou echter het beeld van de WAO-problematiek wat vertekenen. Daarom hebben wij ervoor gekozen om deze elementen toch op te nemen, zij het in een wat summiere vorm.

Met name Timmer (1991) en Thijssen (1990) hebben een compact en tamelijk compleet overzicht gegeven van alle mogelijke wetstechnische en uitvoeringstechnische problemen. Het hiernavolgende is dan ook grotendeels op hun overzichten gebaseerd.

De wetten zelf

Over de relatief aantrekkelijke uitkeringsvoorwaarden is in het voorgaande al het één en ander opgemerkt. De aanzuigende werking van relatief hoge en langdurige uitkeringen is ook in het WDO plausibel gemaakt.

Door de (vroegere) verdiscontering van de werkloosheid, een vaag arbeidsongeschiktheids criterium en de loonkundige definitie van arbeidsongeschiktheid is de wet tot op zekere hoogte en onbedoeld als een alternatief arbeidsmarktinstrument gaan fungeren. Een en ander is nog versterkt door het in veel gevallen samenvallen van het belang van zowel werkgevers als werknemers en de grote beleidsruimte die aan de uitvoerders is gegeven ten aanzien van de begrippen 'ziekte en gebrek', 'medische beperkingen' en 'resterende verdiencapaciteit' (Thijssen). In dit verband herhalen wij een eerder gemaakte opmerking, namelijk dat de aandoening in veel gevallen niet zozeer de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid is als wel de legitimering voor een uitkering op grond van de WAO.

Daarbij kan worden opgemerkt dat de verlaging van de uitkering en de afschaffing van de verdiscontering die in 1987 werden doorgevoerd niet het verwachte effect op de instroom hebben gehad (maar wel leidden tot wat meer gedeeltelijke uitkeringen).

Timmer wijst aanvullend nog op het feit dat voor de WAO geen intredekeringen nodig zijn en evenmin een proefperiode (wel voor particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen).

Een aantal toetredingbevorderende omstandigheden staan in verband met het gegeven dat de wet in wezen wordt uitgevoerd door professionals die zich in principe niet alleen laten leiden door formele instructies, maar ook door eigen professionele richtlijnen en beroepscode. Eénlingen, 'professionele bureaucraten' (Timmer), nemen besluiten met zeer grote financiële gevolgen. Bovendien is de uitvoeringsorganisatie niet ingesteld op

het beheersen van 'fout-positieve' toekenningen, waardoor eventuele foutieve beslissingen in onvoldoende mate worden teruggedraaid.

Thijssen wijst op de zogenaamde medische beslissingsregel die een bevorderend effect heeft op de WAO-toetrede. Het vermoeden leeft dat in de uitvoering van de wet teveel nadruk wordt gelegd op de medische kant en dat bovendien een sterk individualiserende benadering domineert.

Verder word opgemerkt dat de vaste deskundigen van de Raden van Beroep weliswaar deskundig zijn op hun eigen, medisch terrein, maar dat zij dat in duidelijk mindere mate zijn op het terrein van de arbeids(on)geschiktheid. In veel gevallen delft de bedrijfsvereniging, respectievelijk diens verzekeringsgeneeskundige, in beroepszaken daardoor ten onrechte het onderspit, aldus Timmer.

Een deel van de literatuur over uitvoeringsaspecten heeft te maken met de coördinatie van de bijdragen van de verschillende medische disciplines. Deze zullen in de volgende paragraaf aan de orde gesteld worden.

3.2.4.4 De gezondheidszorg

Evenals bij (langdurig) ziekteverzuim is ook bij WAO-instroom de gezondheidszorg een terrein waarop zich determinanten kunnen voordoen. De hoeveelheid empirische literatuur op dit punt is echter wederom geringer dan waar het ziekteverzuim betreft. Toch is aandacht voor aspecten van de gezondheidszorg bij WAO-instroom niet geheel afwezig in onderzoeksliteratuur. Reeds in de jaren zeventig analyseerden Van Mansvelt e.a. (1974) 301 neurologische keuringsrapporten van de Raad van Beroep in Haarlem. Bij 15 % van de onderzochte gevallen bleek iatrogene invaliditeit in geestelijk en/of lichamelijk opzicht te zijn opgetreden ten gevolge van gebrek aan communicatie en constructief overleg tussen de behandelende en verzekeringsgeneeskundige sector.

Hulsman (1980) constateerde op basis van een onderzoek onder WAO'ers eveneens een slechte communicatie tussen de verschillende artsen, alsmede tussen medici en arbeidsdeskundigen. De hulp van de curatieve sector bleek onvoldoende, er werden individuele/incidentele oplossingen gezocht, en de achterliggende oorzaken kwamen weinig aan bod. Hulsman concludeert onder meer, dat "de behandelende sector eigenlijk alleen probeert de belastbaarheid te herstellen of te vergroten, en dat de controlerend arts alleen kijkt naar de belasting van de eigen arbeid: het individu wordt aangewezen als de factor die aangepast moet worden. (...) Het hele proces maakt de mensen passief."

De verzekeringsgeneeskundige Luyckx (1982) onderzocht tweehonderd werknemers van Philips die langer dan drie maanden verzuimden. Intensieve medische begeleiding in de vorm van een hecht samenwerkingsverband tussen de eerste lijn, de verzekeringsgeneeskundige en de bedrijfsgeneeskundige dienst bleek te resulteren in een WAO-toetredings-

percentage voor langverzuimers van 14% ten opzichte van een landelijk gemiddelde van 33%. In de eerste drie maanden van het verzuim was bij hen de bemoeienis van de curatieve sector het grootst - vooral van de huisarts - en later die van de sociaal-geneeskundigen, met name van de verzekeringsarts. De WAO-toetreders vielen voor 60% in de categorie objectieve diagnoses, en voor 40% in de categorie subjectief-objectieve diagnoses.

In paragraaf 3.2.3 werd reeds het WAO-Determinantenonderzoek besproken. We memoreren hier dat ook daarin de rol van de gezondheidszorg bij WAO-instroom naar voren kwam. De belangrijkste determinant van WAO-toetreding, bij een groep van 5-maands-zieken, bleek de eigen perceptie van de arbeidsongeschiktheid door de betrokkene zelf; deze op zijn beurt werd sterk beïnvloed door het oordeel van de behandelend artsen. Het is inmiddels de vraag of dit vandaag de dag nog steeds in die mate het geval is. De juist genoemde effecten bleken namelijk sterker te zijn naarmate de objectieve arbeidscapaciteit groter was. Sinds de stelselherziening van 1987 is het de vraag of zulke meer subjectieve overwegingen, die grotendeels op de "werkloosheidscomponent" lijken te slaan, nog dezelfde rol spelen. Een vraag die nog meer speelt wanneer in de toekomst de drempel tot de WAO verder verhoogd wordt, onder meer door verruiming van het begrip "passende arbeid".

Ook Wiersma (1980) vond, zoals in 3.2.3 is vermeld, dat WAO-toetreders zich vooral van de niet-toetreders onderscheidden door een relatief negatieve perceptie van de gezondheidstoestand, die minder met de objectieve ernst van de aandoening te maken had dan met gevoelens van machteloosheid en vervreemding, zich uitend in een passieve houding. Hoewel Wiersma daarin niet de rol van de curatieve artsen vermeldt, sluiten zijn bevindingen wel goed aan bij de zojuist besproken resultaten van Hulsman (wat betreft passieve houding) en van het WAO-Determinantenonderzoek (wat betreft de zelfperceptie, die daar mede door de curatieve artsen bleek te worden beïnvloed).

De lange wachttijden in het behandelingscircuit kwamen wij al eerder tegen als determinant van langdurig ziekteverzuim. De ongewenste psychologische gevolgen (medicalisering, lange tijd uit het arbeidsproces) hiervan leveren ook een bijdrage aan de WAO-kans.

Waar het "medicalisering" betreft is een ruimer terrein in beeld dan alleen de gezondheidszorg. In feite gaat het hier om een algemeen-maatschappelijke ontwikkeling, die echter zo dicht aanligt tegen de rol van de gezondheidszorg dat wij deze hier noemen. Met medicalisering wordt onder meer bedoeld op een toegenomen medische consumptie en ziektegedrag zonder dat dit in toenemende pathologie zou zijn geworteld. Het ziektebegrip is uitgebreid (vooral de toenemende erkenning van psychische problemen als

'ziekte' wordt in dit verband genoemd) en van medici worden oplossingen verwacht voor problemen die in wezen van niet-medische aard zijn. Onwelbevinden wordt meer dan vroeger van een medisch etiket voorzien en gelegitimeerd. Lichamelijke klachten worden in sterkere mate psychisch geduid.

Vrooman en de Kemp berekenen dat de toename van de psychische diagnoses verantwoordelijk is voor 17% van de toename van het aantal AAW/WAO-ers.

Als overzicht van knelpunten in de relatie van de curatieve gezondheidszorg met ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vermelden wij tenslotte de indeling van Buijs (1985), gebaseerd op de literatuur tot dan toe. Ziekteverzuim in het kader van de Ziektewet, en arbeidsongeschiktheid in het kader van de WAO worden daarbij in elkaars verlengde gezien, zodat een breed beeld ontstaat van aspecten waarop mogelijk ook nu nog knelpunten aanwezig zijn. Ze zijn ingedeeld in een vijftal elkaar soms gedeeltelijk overlappende categorieën:

A. ORGANISATIE VAN DE GEZONDHEIDSZORG

- een (te) groot accent op de tweede lijn
- te lange wachttijden in het algemeen, en voor bepaalde specialismen in het bijzonder, klinisch én poliklinisch
- te lange opnameduren, onder meer door intramurale inefficiëntie en gebrek aan extramurale opvangmogelijkheden
- een gebrek aan ambulante en tussenvoorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg
- de arbeidsomstandigheden binnen de gezondheidszorg

B. BEOEFENING VAN DE GENEESKUNDE

- het onvoldoende buiten het medische kanaal houden van niet-medische problematiek
- te weinig aandacht voor preventie
- een te weinig integrale benadering en daardoor medicaliserend en somatisch fixerend
- te veel verwijzingen
- te veel diagnostische (en therapeutische) verrichtingen
- te weinig aandacht voor revalidatiegeneeskunde
- onkunde en te optimistische verwachtingen over (het moment van) de werkhervatting
- te weinig evaluatie van behandelmethoden

C. SAMENWERKING

- te weinig communicatie, overleg en coördinatie, zowel binnen de curatieve sector zelf (met name tussen de eerste en tweede lijn) als van daaruit met bedrijfs- en verzekeringsartsen en andere betrokkenen, als ook tussen de diverse hulpverleners en de verzekerde
- onvoldoende en inadequate begeleiding gericht op mogelijke werkhervatting

D. GEVOLGEN VAN DE SCHEIDING VAN BEHANDELING EN CONTROLE

- te weinig kennis van en interesse voor de relatie werk - gezondheid, en de (uitvoering van de) arbeidsongeschiktheidswetten
- statusverschillen, belangentegenstellingen en competentiekwesties ten opzichte van bedrijfs- en vooral verzekeringsartsen

E. ALGEMENERE KNELPUNTEN

- te weinig theoretische kennis over het ontstaan van arbeidsongeschiktheid en de invloed daarop vanuit de curatieve sector
- problemen bij het exact omschrijven en toepassen van de begrippen ziek en gezond, arbeidsgeschikt en -ongeschikt
- het verband tussen de ongelijke verdeling van de gezondheidstoestand over de bevolking, en het inkomen
- een tekort aan aangepaste arbeidsplaatsen
- in theorie en praktijk te weinig aandacht in de opleiding voor genoemde knelpunten

Bovenstaand factoren kunnen - al dan niet in combinatie met elkaar - resulteren in, dan wel bijdragen aan een te lange behandelingsduur, en aan iatrogene invalidering, medicalisering, somatische fixatie, arbeidsongeschiktheidsgewenning, hospitalisering en andere processen die de verzuimduur verlengen en WAO-toetreding kunnen bevorderen, aldus Buijs.

3.2.4.5 Algemeen maatschappelijke factoren

De in de maatschappij gelegen factoren omvatten drie categorieën: demografische ontwikkelingen, sociaal-culturele en economische factoren.

Demografische ontwikkelingen

De sterke toename van het absolute aantal AAW/WAO-ers (van 215.000 personen in 1970 tot 845.000 in 1989) is in belangrijke mate het gevolg van het feit dat het aantal verzekerden is toegenomen en bovendien van samenstelling is veranderd.

Vrooman en De Kemp (1990) becijferen dat de groei van de verzekerde populatie 18% van de toename van het AAW/WAO-bestand voor zijn rekening neemt. Daar komt bovenop het effect van de invoering van de AAW in 1977: 23% van de toename. Veranderingen in de opbouw naar leeftijd en geslacht -vergrijzing en toename van het aantal werkende vrouwen- verklaren nog eens 2%. Demografische ontwikkelingen verklaren dus ruim 40% van de groei van het aantal WAO-ers.

Sociaal-culturele factoren

Behalve in demografisch opzicht verandert de maatschappij ook in sociaal-cultureel opzicht. Zo wijzen verschillende auteurs op het feit dat de normen en waarden met

betrekking tot arbeid en arbeidsgedrag aan verandering onderhevig zijn. Een van de gevolgen is dat het verschil in maatschappelijk aanzien tussen werkenden en uitkerings- 'genietenden' kleiner is geworden en dat de drempel naar het bestaan-zonder-betaalde-arbeid lager is geworden. Een ander gevolg zou kunnen zijn dat het werk in mindere mate als een belangrijke, voldoening gevende levenssfeer wordt ervaren.

Anderen menen dat de psychische belastbaarheid geringer is geworden ten gevolge van individualisering en desintegratie van sociale netwerken, ook binnen arbeidsorganisaties. In dit verband wijst Timmer ook op verschijnselen als secularisatie en ontzuiling, toegenomen sociale en geografische mobiliteit.

Een laatste verschijnsel dat in dit verband wel wordt genoemd is de medicalisering van de maatschappij: wij behandelden deze reeds in de vorige paragraaf.

Economische factoren

Arbeidsmarkt en werkgelegenheid hebben een duidelijke invloed op de WAO-kans. Zo is er een aantoonbare relatie tussen de ontwikkeling van de werkgelegenheid op bedrijfstakniveau en het aantal WAO-ers. De WAO is een aantrekkelijk alternatief voor de WW en dit geldt zowel voor werknemer als werkgever: het is de minst lastige procedure en geeft een betere inkomenspositie. Vanuit dit perspectief wordt wel gesteld dat de aan-doening in veel gevallen niet zozeer de oorzaak van de WAO-toetreding is als wel de legitimering.

Het achterliggende mechanisme is dat in situaties waarin sprake is van een overschot aan personeel de minst produktieven het eerst het veld moeten ruimen. Ouderen, laag opgeleiden, minder flexibele en minder belastbare medewerkers komen als eersten in de knel en vinden (respectievelijk vonden!) een uitweg via de WAO. Steeds verdergaande automatisering en technologische vernieuwingen die zich in een steeds hoger tempo manifesteren, zorgen voor steeds hogere eisen. Degenen die daar, om welke reden dan ook, niet meer aan kunnen voldoen vallen als eersten uit.

Het zijn overigens dezelfde ontwikkelingen die tot gevolg hebben dat spontane reïntegraties van (ex)arbeidsongeschikten steeds moeilijker zijn.

Vrooman en De Kemp schatten het zogenaamde arbeidsmarkt-effect op 14% van de WAO-stijging. Dat wil zeggen dat indien de omvang van de werkloosheid op het lage niveau van 1970 was gebleven, het aantal AAW/WAO-ers tengevolge van een geringere instroom en een grotere uitstroom 14% lager zou zijn.

Tenslotte is het misschien goed om er op te wijzen dat er weinig longitudinaal empirisch onderzoek is verricht naar de invloed van de genoemde maatschappelijke factoren. Ondanks het feit dat harde bewijzen ontbreken, lijkt het belang van de genoemde maatschappelijke ontwikkelingen slechts door weinigen in twijfel te worden getrokken.

3.3 Determinanten van WAO-uitstroom: reïntegratie

Het WAO-volume wordt behalve door de instroom ook beïnvloed door de uitstroom. Een deel van de uitstroom is van demografische aard (pensionering, overlijden) en als zodanig niet beïnvloedbaar. Daarnaast wordt in het beleid echter toenemende nadruk gelegd op reïntegratie van arbeidsongeschikten in (nieuwe, passende) arbeid. De Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers (WAGW) was daarvan tot nu toe het belangrijkste uitvloeisel; bij de voorgenomen wijzigingen in de WAO speelt bevordering van reïntegratie echter eveneens een belangrijke rol.

In deze paragraaf zullen we een aantal factoren aanroeren die volgens de literatuur van invloed zijn op reïntegratie. Voor de goede orde moeten we daarbij aantekenen dat niet ieder geval van geslaagde reïntegratie per definitie ook een uitstroom vanuit de WAO betekent. Reïntegratie kan ook betekenen dat een (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte voor zijn/haar restcapaciteit weer aan het werk gaat, doch voor het overige in de WAO blijft.

Deze paragraaf is grotendeels gebaseerd op een literatuurstudie die onlangs als beperkt onderdeel van een ander onderzoek door het NIA werd verricht (Veerman en Cavé, 1993).

In de bespreking van de verschillende determinanten volgen wij de indeling die ook elders in dit rapport is aangehouden; achtereenvolgens worden persoonskenmerken, factoren in de werksituatie, wettelijke en uitvoeringsaspecten, en algemeen-maatschappelijke factoren besproken.

3.3.1 Persoonskenmerken

Er zijn enkele belangrijke belemmerende en bevorderende factoren op het niveau van de individuele arbeidsongeschikte te vinden. De rol van *leeftijd* wordt algemeen van belang geacht: net zoals de voorwaardelijke kans op WAO-toetreding toeneemt met leeftijd, zijn ook de reïntegratiekansen voor ouderen geringer dan voor jongeren.

Daarnaast zijn belangrijke persoonsgebonden factoren *opleidingsniveau* en *mate van arbeidsongeschiktheid*. In het algemeen geldt dat hoe beter de opleiding is van een werknemer en hoe hoger zijn of haar beroepsniveau, des te kleiner de kans is om arbeidsongeschikt te raken en te blijven. De kans op integratie in het reguliere arbeidsproces wordt kleiner naarmate het arbeidsongeschiktheidspercentage hoger is (Tappèl (1991), Delsen en Bemelmans (1987)). Dit verband is plausibel, omdat met een toenemend arbeidsongeschiktheidspercentage ook de beperkingen van het individu toenemen en er minder resterende verdien capaciteit aanwezig geacht wordt.

Ongetwijfeld speelt ook de mate waarin de betrokken persoon een *actief zoekgedrag* op de arbeidsmarkt ontplooit, een rol in de kansen op herintreding in de arbeid.

Wanneer een arbeidsongeschikte (weer) wil gaan werken blijken zijn of haar kansen in belangrijke mate beïnvloed te worden door *het type functiestoornis* dat zij of hij heeft. Delsen en Bemelmans (1987) geven aan dat auditief gestoorde, in armfunctie gestoorde en in voortbeweging gestoorde er het best afkomen wanneer partieel arbeidsongeschikten met verschillende gebreken in een aantal werkaspecten (werkwilligheid, aanpassing aan het werk, contacten, ziekte en verzuim) met elkaar vergeleken worden. Mentaal gehandicapten en ex-psychiatrische patiënten worden het minst gewaardeerd. Werkgevers die mentaal en meervoudig gehandicapten in dienst hebben kijken over het algemeen negatiever aan tegen reïntegratie van arbeidsongeschikten in open instellingen, dan werkgevers die een werknemer met een fysieke of zintuiglijke handicap in dienst hebben. Delsen en Bemelmans halen Holleman aan om aan te geven dat vooroordelen niet verdwijnen. Holleman komt tot de conclusie dat hoewel de tewerkstelling van arbeidsongeschikte werknemers de houding van deze werkgevers beïnvloedt, zij niet vrij zijn van vooroordelen en grotendeels op een bijzondere manier naar arbeidsongeschikten blijven kijken.

Uit het onderzoek van IPM (1970) komt naar voren dat de plaatsingsmogelijkheden het grootst zijn voor slechthorenden en in voortbeweging gestoorde. Blinden en rolstoelpatiënten worden door werkgevers het minst aantrekkelijk gevonden.

Zoals uit het bovenstaande blijkt wordt de kans op reïntegratie voor mensen met psychische aandoeningen door velen als relatief ongunstig ingeschat. In termen van volume-effect op de WAO is dat een belangrijk punt. Immers, de (groei in) het WAO-volume zit grotendeels in de psychische aandoeningen en bovendien zijn het juist jongeren (die nog lang in de WAO zullen verblijven, indien geen reïntegratie plaatsvindt) bij wie afkeuring op psychische gronden relatief vaak voorkomt.

Als reïntegratie-bevorderende factoren haalt o.a. Buijk (1991) de *hoge motivatie* van arbeidsongeschikten naar voren. Ook stelt zij dat, in het algemeen, hun *ziekteverzuim* eerder lager dan hoger lijkt te liggen dan van andere werknemers. Zoals we hierboven zagen brengt het IPM-onderzoek uit 1970 nuances aan in dit algemene beeld: er kunnen aanzienlijke verschillen in motivatie, ziekteverzuim, etc. zijn tussen de verschillende categorieën en diagnose-groepen onder de arbeidsongeschikten.

3.3.2 De werksituatie

Op bedrijfsniveau is een aantal factoren aan te wijzen die een rol spelen bij reïntegratie van arbeidsongeschikten in het arbeidsproces.

Delsen en Bemelmans (1987) geven aan dat de *economische positie* van het bedrijf van invloed is op de plaatsingskansen van een arbeidsongeschikte werknemer. Een slechte economische positie en een stagnerende werkgelegenheid op bedrijfsniveau beïnvloedt

de herplaatsingskansen ongunstig (een verschijnsel dat ook op landelijk niveau terugkeert: een stagnerende arbeidsmarkt is ongunstig).

De mate van *automatisering* kan grote invloed hebben op de arbeidsmogelijkheden van een werknemer met een functiestoornis. De mate van automatisering zegt daarmee iets over de plaatsingsmogelijkheden voor arbeidsongeschikte werknemers. Vooral in combinatie met laaggeschoold en ouder personeel (die een groot deel van het WAO-bestand uitmaken) geeft automatisering veel reële problemen.

Als bevorderende factoren noemt de literatuur: een hoog procentueel *verloop*, een grote *verscheidenheid aan functies*, de aanwezigheid van *licht en eenvoudig werk*, mogelijkheden tot *deeltijdsarbeid*, een positieve *attitude van de leidinggevenden*, het functioneren van een *sociaal-medisch team* en/of een goed contact met de BV/GMD, en een sterke *binding* van de werknemer met de organisatie. Aangepast werk binnen de eigen organisatie wordt het meest genoemd als bevorderende factor voor de arbeidskansen van een arbeidsongeschikte werknemer.

Ook de *omvang* van het bedrijf of de instelling is van belang voor de werkmogelijkheden van mensen die arbeidsongeschikt zijn. Op grond van organisatorische en beleidsmatige argumenten, maar ook gezien de variëteit aan functies, lijken grote bedrijven en instellingen meer mogelijkheden te bieden voor mensen met een handicap. Uit verschillende studies blijkt echter dat ook het midden-en kleinbedrijf veel mogelijkheden biedt. Als voordelen worden genoemd het vaak vrij persoonlijke karakter van het contact tussen werkgever en werknemer en collegialiteit (Van den Berg en Van den Veer (1990), Delsen en Bemelmans (1987), Bruggeman (1991)). Minstens even belangrijk als de grootte is de *aard* van het bedrijf en het productieproces. Enkele aspecten als de *verscheidenheid aan functies*, *automatisering* en dergelijke werden reeds besproken. Deze worden voor een groot deel bepaald door het type produkt dat men levert ofwel door de bedrijfstak waarin het bedrijf opereert.

3.3.3 Wettelijke en uitvoeringsaspecten

Evenals bij ziekteverzuim en WAO-instroom wordt ook reïntegratie beïnvloed door de relevante wetgeving en de uitvoering ervan. Studies waarin de Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers (WAGW) besproken wordt (Delsen en Bemelmans (1987), Pool (1991), Buijk (1991)) wijzen op een beperkte invloed van deze wet bij het streven naar een grotere participatie van arbeidsongeschikten in het arbeidsproces. De bijdrage van de WAGW komt vooral tot stand door het beperken van de uitstroom naar de WAO (door ontslagbescherming), en minder door reïntegratie. Werkgevers worden gestimuleerd om meer aan preventie te doen. Mede hierdoor herplaatst men intern meer arbeidsongeschikt verklaarde werknemers dan voorheen. De bijdrage van het WAGW-instrumentarium aan de tewerkstelling van arbeidsongeschikten die reeds buiten het arbeidsproces

staan, lijkt zeer beperkt. Pas wanneer een werkgever neutraal of in principe positief staat tegenover het plaatsen van een arbeidsongeschikte werknemer spelen middelen om dat te verwezenlijken een rol; bijvoorbeeld als compensatie voor bepaalde (vermeende) kosten of als middel tot een kennismakingsperiode. Loondispensatie en werkervaringsplaatsen zijn veel gebruikte middelen. In die zin kunnen we het door de WAGW geboden instrumentarium zien als een middel om nog twijfelende werkgevers over de streep te halen. Er zijn echter ook veel klachten over vergoedingen en regelingen (Buijk (1991); Bruggeman (1991); van den Berg en van den Veer(1990)). De complexiteit van de regelingen, vooral waar, en op welke voorwaarden men ergens terecht kan, is groot. Bovendien zijn er klachten over de langdurige procedures bij het ABP en de GMD. - Werkgevers vinden het vaak niet zo'n probleem om vooraf investeringen te doen en die achteraf terug te krijgen. Maar de tijd en de moeite die dit over het algemeen kost (bureaucratie, lange procedures, etc.) schrikt velen een volgende keer af. Dit heeft in het gunstigste geval tot gevolg dat de investeringen voor eigen rekening worden gedaan, maar ook kan het betekenen dat de werkgever niet meer begint aan het in dienst nemen van een arbeidsongeschikte werknemer. De hoogte van de investeringen speelt hierbij natuurlijk ook een rol.

Naast de wetgeving als zodanig is ook de *uitvoering* daarvan een factor; in het bijzonder denken wij dan aan de rol van de *arbeidsbemiddeling* voor arbeidsongeschikten. Bij de (herplaatsings)kansen op de arbeidsmarkt speelt de GMD, aan wie de arbeidsbemiddeling voor arbeidsongeschikten (nog) is opgedragen, een belangrijke rol (voor geïnvalideerde ambtenaren wordt deze rol vervuld door het ABP). In de regel bemiddelt de GMD slechts mensen die niet volledig arbeidsongeschikt zijn verklaard. Ongeveer tachtig procent van de mensen die een uitkering hebben zijn echter volledig arbeidsongeschikt (a.o.-klasse 80%-100%). Dit houdt in dat het overgrote deel van de arbeidsongeschikten niet automatisch in aanmerking komt voor actieve GMD-bemiddeling; ook de groep vroeg-gehandicapten niet. Wanneer een arbeidsongeschikte uit één van beide groepen toch in aanmerking wil komen voor bemiddeling zal hij of zij dit zelf bij de GMD kenbaar moeten maken, of zelf werk moeten zoeken. De omvang van de reïntegratiepopulatie van de GMD is de laatste jaren overigens wel fors gestegen: van circa 31.000 in 1984 (vóór de WAGW) tot 84.000 in 1989. Eveneens is een forse groei te signaleren van de voor de WAGW relevante aantallen herplaatsingen bij de eigen werkgever (van 6.500 naar 19.000) en plaatsingen bij de nieuwe werkgever (van 2.500 naar 10.000) (Tappèl, 1991).

In de praktijk bemiddelt de GMD dus voornamelijk mensen die gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn. Bij voorkeur plaatst de GMD deze mensen bij de oude werkgever (het zogenaamde "eerste spoor"). Het gaat hier om een selecte groep arbeidsongeschikten die in feite al de grootste kans op herintreding maken. Er zal daardoor bij de plaatsing

van arbeidsongeschikten, net als bij andere groepen met achterstanden op de arbeidsmarkt, vermoedelijk sprake zijn van een "afroom-effect": binnen elke groep worden de relatief best gekwalificeerde werknemers als eersten geplaatst, de moeilijkste gevallen blijven achter.

De rol van de GMD bij reïntegraties, in getalsmatig opzicht, wordt niet door iedereen als belangrijk ingeschat. Zo meldt een onderzoeksrapport van de DETAM (1991) op basis van dossieronderzoek en een enquête onder WAO-ers van DETAM-oorsprong, dat slechts in 10% van de feitelijke reïntegraties de GMD ook een poging tot reïntegratie heeft gedaan, en slechts 5% van het aantal reïntegraties ook inderdaad tot stand is gekomen *door bemiddeling van de GMD*. Veruit de meeste reïntegraties zouden tot stand zijn gekomen door actie van de arbeidsongeschikten zelf of anderen dan de GMD. Wat betreft de volledig arbeidsongeschikten: vaak zullen zij, omdat ze veelal niet tot de groep 'potentiële reïntegraties' van de GMD behoren, zelf het initiatief moeten nemen indien ze een kans willen hebben op werk. Er zijn echter wel steeds meer initiatieven (AVO-Nederland, Werkenrode, "Bit by Bit" in Tilburg) die zich - vaak met medewerking van de GMD - inzetten voor deze groep moeilijker plaatsbare arbeidsongeschikten. Ook particuliere bureaus gaan zich steeds meer op dit terrein begeven (placement-bureaus, werving- en selectie-bureaus).

3.3.4 Algemeen maatschappelijke factoren

In verschillende werken wijst men op het belang van de *economische situatie* voor de integratie van arbeidsongeschikten in het arbeidsproces. Het percentage werkende arbeidsongeschikten blijkt afhankelijk van de conjunctuur. Kroon gaf in zijn artikel van 1973 aan dat er eind jaren zestig een toenemend aantal arbeidsongeschikten werden opgenomen in het arbeidsproces. Hij schrijft dit toe aan de economische groei van die tijd. De motivatie die de meeste werkgevers toen gaven, is samen te vatten als: "plaatsing op humanitaire gronden". In tijden van economische recessie staan arbeidsongeschikten echter bovenaan het lijstje om ontslagen te worden. Ook Delsen en Bemelmans (1987) wijzen op een verband tussen een stagnerende economische groei en groeiende werkloosheid onder arbeidsongeschikten. In dit verband is het belangrijk dat de werkloosheid onder arbeidsongeschikten veel hoger is dan onder de beroepsbevolking in het algemeen. Hetzelfde geldt voor de werkloosheidsduur. Delsen en Bemelmans halen een Duits onderzoek aan waaruit blijkt dat een arbeidsongeschikte, onafhankelijk van zijn of haar kwalificaties, leeftijd en wensen bijna dubbel zo lang werkloos is als andere werknemers. Ook in Nederland is de kans om als arbeidsongeschikte langdurig buiten het arbeidsproces te geraken groot.

Verandering in de *beroeps- en werkgelegenheidsstructuur* heeft eveneens invloed op de reïntegratie van arbeidsongeschikten. Door een toename van werk in de dienstensector en een verschuiving van "blue collar" naar "white collar"-arbeid, worden de arbeidsmogelijkheden van mensen met een fysieke stoornis groter. De positieve bijdrage van

technologische ontwikkelingen speelt hierbij ook een rol. De toepassing van computers en micro-elektronica vergroten duidelijk de mogelijkheden van mensen met een fysieke stoornis. Bij bediening van het apparaat kan de fysieke tekortkoming vaak opgelost worden. Een ander voordeel is dat de mogelijkheden voor thuiswerk toenemen. Tegelijkertijd blijkt dat hogere scholingseisen en bredere functies (= breder takenpakket) ook nadelige gevolgen hebben voor de groep arbeidsongeschikten met een psychische stoornis. Automatisering heeft over het geheel genomen een negatieve invloed op de arbeidsmogelijkheden van een arbeidsongeschikte. Met name de oudere arbeidsongeschikte werknemer en/of degene met een lagere opleiding of een psychische stoornis ondervinden hiervan de gevolgen.

Volgens Delsen en Bemelmans leveren een *verkorte werkweek en deeltijdarbeid* een positieve bijdrage aan de tewerkstellingsmogelijkheden voor werknemers met een functiestoornis. Omdat veel arbeidsongeschikten een beperking hebben in hun uithoudingsvermogen, kunnen zij vaak geen full-time baan aanvaarden. Deeltijdarbeid en/of een verkorte werkweek biedt een oplossing voor dit probleem.

4. Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de voorgaande hoofdstukken samengevat. Daarvoor passeren de verschillende effecten van de onderscheiden determinanten nog eens in het kort de revue. De effecten worden per groep in een afzonderlijke paragraaf in een schema samengevat en in de bijbehorende tekst kort besproken. Aan het einde van iedere paragraaf volgen enkele conclusies. In de bespreking en de schema's wordt per factor antwoord gegeven op de volgende vijf vragen:

1. wat is de enkelvoudige relatie tussen de betreffende factor en het ziekteverzuim?
2. wat zijn de doorkruisende variabelen?
3. is er sprake van een directe relatie?
4. wat is de invloed op de voorwaardelijke WAO-kans? (zie pagina 68 e.v.)
5. wat is de invloed op de onvoorwaardelijke WAO-kans?

Tenslotte volgt in het kort een afsluitend oordeel over de relatieve bijdrage van de verschillende groepen aan het ziekteverzuim in Nederland.

4.1 Persoonskenmerken

Wat de persoonskenmerken betreft konden er in de onderzochte literatuur in totaal acht als determinant getraceerd worden.

Wat betreft het *geslacht* van de werknemers blijkt dat vrouwen over het algemeen frequenter en mannen langduriger verzuimen, wat resulteert in een wat hoger verzuimpercentage voor de vrouwen. Dat wordt in de eerste plaats veroorzaakt door het zwangerschaps- en bevallingsverlof, dat bij vrouwen een verzuimverhogend effect heeft. Ook de gemiddeld lagere leeftijd van vrouwelijke werknemers zou een rol kunnen spelen. Daarnaast zijn er met name ook factoren in de werksituatie die op het verzuim van de vrouwen van invloed zijn. Het lijkt er dan ook sterk op dat niet het vrouw zijn als determinant van ziekteverzuim aangemerkt dient te worden, maar dat andere factoren hier een rol spelen. Ook de kans om in de WAO te komen is voor vrouwen groter dan voor mannen. De vraag kan echter ook hier weer gesteld worden wat de rol van de doorkruisende factoren is. In het bestudeerde onderzoek zijn die echter niet goed in kaart gebracht. Voorlopig wordt er dan ook van uitgegaan dat niet het vrouw zijn op

zich, maar dat andere factoren (functieniveau, arbeidsomstandigheden) er de oorzaak van zijn dat vrouwen vaker dan mannen in de WAO terechtkomen.

Leeftijd speelt een belangrijke rol als determinant bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Oudere werknemers verzuimen minder vaak, maar langer, waardoor het verzuimpercentage hoger is dan bij jongere werknemers. Het verzuim van de oudste leeftijdsgroepen wordt gunstig beïnvloed doordat ongezonde werknemers in grote getale uitstromen naar de WAO. Daardoor blijft een gezonde en relatief laag-verzuimende populatie van oudere werknemers over. Wat betreft de relatie leeftijd en WAO-kans blijkt ook dat ouderen vaker dan jongeren in de WAO komen.

Burgerlijke staat kan onderscheiden worden in twee groepen; gehuwden versus ongehuwden en gehuwden versus ex-gehuwden. Gehuwden verzuimen wat minder vaak, maar langer, waardoor ongehuwden een wat lager verzuimpercentage hebben. De reden daarvoor is waarschijnlijk dat zich onder de ongehuwden meer jongeren en meer vrouwen bevinden, terwijl men in deze groep gemiddeld ook een korter dienstverband heeft. Daardoor is gehuwd zijn waarschijnlijk geen echte determinant van het ziekteverzuim. Werknemers die gehuwd geweest zijn (gescheidenen en weduwen/weduwnaren) hebben een hoger verzuim, dat waarschijnlijk door de persoonlijke omstandigheden van deze groep veroorzaakt wordt. Burgerlijke staat wordt daarom op zich niet als directe determinant van arbeidsongeschiktheid gezien.

Het *hebben van kinderen* lijkt eveneens niet direct van invloed te zijn op ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Wel blijkt dat werkende vrouwen met kinderen soms wat vaker verzuimen dan hun mannelijke collega's met kinderen, waarschijnlijk veroorzaakt door de dubbele belasting bij deze groep. Het effect is echter klein en inconsistent.

Nationaliteit blijkt van invloed op het ziekteverzuim te zijn. Werknemers uit West-Europese landen hebben een ongeveer vergelijkbaar verzuim met dat van Nederlandse werknemers; werknemers uit Mediterrane landen hebben een beduidend hoger verzuim (frequentie, duur, percentage). Daarbij lijkt de leeftijd een belangrijke rol te spelen: jonge Mediterrane werknemers (onder de 30 jaar) hebben een lager verzuim dan jonge Nederlandse werknemers, oude Mediterrane werknemers hebben echter een aanmerkelijk hoger verzuim.

Schema 1 *Persoonskenmerken in relatie tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*

Persoons-kenmerken	Relatie tussen factor en ziekteverzuim	Doorkruisen-de varia-belen	Directe relatie?	Voorwaarde-lijke WAO-kans	Onvoor-waardelijke WAO-kans
Geslacht	vrouwen verzuimen frequenter, mannen langer	zwangerschaps- en bevallings-verlof; functieniveau	nee		vrouwen vaker in WAO
Leeftijd	ouderen verzuimen minder vaak, maar langer	WAO-intrede vervlakt het effect	ja	ouderen vaker dan jongeren in WAO	ouderen vaker dan jongeren in WAO
Burgerlijke staat (gehuwd/ ongehuwd)	gehuwden verzuimen minder vaak, maar langer	geslacht, leeftijd, lengte dienstverband	nee		
Burgerlijke staat (gehuwd/ gehuwd geweest)	gescheidenen en weduwen/weduwenaars verzuimen vaker en meer	privé-problematiek			
Kinderen	vrouwelijke werknemers met kinderen verzuimen frequenter	geslacht; dubbele belasting	nee		
Nationaliteit	niet-Nederlandse werknemers verzuimen vaker en langer	land van herkomst (mediterrane landen vs West-Europese landen); leeftijd			
Opleiding	lager opgeleiden verzuimen vaker en langduriger	arbeidsomstandigheden, functieniveau, leeftijd			lager opgeleiden vaker in WAO
Urbanisatiegraad	resultaten spreken elkaar tegen	stedelijke mentaliteit, bereikbaarheid gezondheidszorg			

Een lagere *opleiding* is zowel aan ziekteverzuim als aan de WAO-intrede gerelateerd. Over het algemeen wordt een hoger verzuim (frequentie, duur en percentage) en een hogere WAO-intrede bij de lager opgeleiden gevonden. In beide gevallen kan dat grotendeels verklaard worden door de arbeidsomstandigheden van deze groep (minder attractief werk met minder contactgelegenheid en autonomie en meer fysiek belastende werkomstandigheden). Wat het netto-effect van opleiding op zich is, zonder dat werkomstandigheden een rol spelen, is niet bekend.

Urbanisatiegraad lijkt van wisselende invloed op de hoogte van het ziekteverzuim en de WAO-intrede. De invloed van de stedelijke mentaliteit en de bereikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen kunnen echter telkens een andere rol spelen.

Tenslotte kunnen ten aanzien van de acht onderscheiden persoonskenmerken drie conclusies getrokken worden.

Conclusie 1 Van de acht onderscheiden persoonskenmerken lijkt alleen een hogere leeftijd als determinant voor een hoger ziekteverzuim en een hoger arbeidsongeschiktheidsrisico van directe invloed te zijn.

Conclusie 2 Doordat oudere, ongezonde werknemers in grote getale doorstromen naar de WAO, wordt het leeftijdseffect ten aanzien van het ziekteverzuim onderschat.

Conclusie 3 Ten aanzien van de overige determinanten op persoonsniveau zijn wel verzuimverschillen gevonden, maar die worden waarschijnlijk op hun beurt weer grotendeels door andere determinanten verklaard.

4.2 Persoonlijke factoren

Naast de persoonskenmerken zijn er nog andere determinanten gevonden die op het persoonlijke vlak liggen. Het betreft vier groepen waarvan de effecten in schema twee weergegeven worden.

Schema 2 *Persoonlijke factoren in relatie tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*

Persoonlijke factoren	Relatie tussen factor en ziekteverzuim	Doorkruisende variabelen	Directe relatie?	Voorwaardelijke WAO-kans	Onvoorwaardelijke WAO-kans
Gezondheid	differentiële relatie met verzuim; gerapporteerde gezondheidsklachten gerelateerd aan meer verzuim	werk en werkomstandigheden; verzuim veroorzaken zelf ook gezondheidsklachten	ja	negatieve perceptie van de eigen gezondheidstoestand en arbeidsongeschiktheidskansen	gezondheid, verzuim en ziekte zijn zowel op zich als via werkomstandigheden aan WAO gerelateerd
Leefgewoonten en medicijngebruik	met name van invloed op het kortdurend verzuim	gezondheid en gezondheidsselectie			
Persoonlijkeheidsfactoren	met name effecten op kort verzuim en verzuimfrequentie	modererende invloed op verzuim		voorkeur voor een arbeidsloos bestaan; geringe stressbestendigheid	

Gezondheid is een factor die in de bestudeerde analyses doorgaans niet echt nauwkeurig onderzocht wordt. Ten aanzien van het ziekteverzuim wordt bij de kortdurende (en dus ook de meeste) gevallen geen diagnose gesteld. Wel blijkt er een duidelijke relatie met de subjectief ervaren gezondheid te zijn: werknemers met meer gerapporteerde gezondheidsklachten verzuimen vaker en langer. Bij arbeidsongeschiktheid wordt wel altijd een diagnose gesteld, maar het is de vraag hoe nauwkeurig die is, omdat de diagnose vaak reeds tijdens het Ziektewet-traject aan veranderingen onderhevig is (Luijckx, 1982). Duidelijk is echter dat ook bij de WAO-intrede sprake is van gezondheidsproblemen. Wat de verklaring van de gezondheidsproblemen betreft, blijkt dat het werk en de werkomstandigheden een belangrijke rol spelen. Bij het langdurig verzuim blijkt er tevens een cyclisch verband te bestaan tussen verzuim en gezondheidsklachten: werknemers die langdurig verzuimen, ervaren daardoor ook meer gezondheidsklachten, die op hun beurt een verlengend effect op het verzuim hebben.

Leefgewoonten en medicijngebruik zijn soms van invloed op het ziekteverzuim. Rookgedrag, alcoholgebruik en lichaamsbeweging lijken vooral een effect op het kortdurende

verzuim te hebben en minder op het langdurig verzuim. Gezondheid en gezondheidsselectie spelen in een aantal gevallen een doorkruisende rol. Medicijngebruik en artsbezoek zijn in een aantal gevallen gerelateerd aan een hoger ziekteverzuim, maar daarbij speelt de gezondheidstoestand een doorkruisende rol.

Persoonlijkheidsfactoren zijn relatief weinig in relatie tot het ziekteverzuim onderzocht. Er zijn met name effecten gevonden ten aanzien van het kortdurend verzuim en de verzuimfrequentie. Wel blijkt dat ook de WAO-intrede voor een deel afhankelijk is van een geringe stress-bestendigheid en een voorkeur voor een arbeidsloos bestaan. Persoonlijkheidsfactoren zijn echter in hun relatie tot ziekteverzuim en WAO-intrede niet intensief bestudeerd.

Conclusie 4 Van de persoonsgebonden factoren blijken met name gezondheid en gezondheidsklachten op het ziekteverzuim en de WAO-intrede van invloed te zijn.

Conclusie 5 Leefgewoonten lijken vooral een effect op het kortdurend verzuim te hebben; medicijngebruik en artsbezoek op langdurig verzuim. In beide gevallen spelen doorkruisende variabelen een complicerende rol.

Conclusie 6 Persoonlijkheidsfactoren zijn van invloed op de WAO-intrede; voor wat betreft de invloed op het ziekteverzuim wordt doorgaans alleen een relatie met frequent/kortdurend verzuim aangetoond.

4.3 Personeelskenmerken, functiekenmerken

In totaal konden in de onderzochte literatuur zes kenmerken van personeelsleden en hun functies onderscheiden worden. Schema 3 geeft een overzicht van de gevonden verbanden met ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Daarbij worden slechts weinig relaties met WAO-intrede gemeld; deels omdat deze variabelen zelden in WAO-onderzoek worden meegenomen.

Schema 3 *Personeelskenmerken in relatie tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*

Personeels-kenmerken	Relatie tussen factor en ziekteverzuim	Doorkruisen-de variabelen	Directe rela-tie?	Voorwaarde-lijke WAO-kans	Onvoorwaar-delijke WAO-kans
Woon-werk-verkeer	langere reistijd en reisafstand gaan samen met een hoge-frequentie en V %	geen	ja		
Functionieniveau	lagere func-ties: meer en langduriger verzuim	opleiding, lei-dinggeven, ge-slacht, leeftijd, aantal dienstja-ren	nee		lagere functie; bepaalde typen functies
Aantal dienst-jaren	meer dienstja-ren gaan samen met een lagere ver-zuimfrequentie	leeftijd	nee		
Aantal werk-uren	kromlij-nig verband: full-timers gemid-deld verzuim, weinig werk-uren: weinig verzuim en part-timers: meeste ver-zuim	belasting elders	nee		
Tijdelijk/vast werk	onduidelijke relatie	functieniveau			
Person-envi-ronment fit	de mate waar-in de persoon is aangepast hangt waar-schijnlijk samen met minder fre-quent en lang-durig verzuim	factoren in de werksituatie als ondersteu-ning, een voldoende opleidingsni-veau, enz.			

Woon-werkverkeer is een variabele die alleen in relatie tot ziekteverzuim bestudeerd is. Een langere reistijd en grotere reisafstand hangen samen met een hogere verzuimfrequentie, maar doorgaans niet met een langere verzuimduur. Per saldo lijkt veel woon-werkverkeer te leiden tot een hoger verzuimpercentage.

Bij het *functieniveau* is wel een relatie met ziekteverzuim en met arbeidsongeschiktheid gevonden. Werknemers met lagere functies verzuimen vaker en langduriger en komen vaker in de WAO terecht. Bij het ziekteverzuim blijkt het verband samen te hangen met opleidingsniveau, leidinggevend niveau, geslacht, leeftijd en het aantal dienstjaren van de werknemers. Als voor deze variabelen gecontroleerd wordt verdwijnen bijna alle verzuimverschillen tussen de functies.

Het *aantal dienstjaren* is van invloed op het verzuim, maar er werd geen effect op de WAO-instroom gemeld. Wat het ziekteverzuim betreft, blijkt dat naarmate het aantal dienstjaren toeneemt de verzuimfrequentie daalt. Dat wordt vermoedelijk voor een belangrijk deel verklaard door de leeftijd. De vraag of "leeftijd" of "het aantal dienstjaren" effect heeft op het verzuim kan op basis van het beschikbare onderzoek niet éénduidig beantwoord worden.

Ook het *aantal werkuren* is niet in relatie tot WAO-intrede bestudeerd. Wat het ziekteverzuim betreft is er waarschijnlijk een kromlijinig verband: part-timers met weinig uren hebben weinig verzuim, part-timers met een halve baan of meer hebben relatief veel verzuim en full-timers hebben een ongeveer gemiddeld verzuim. De reden dat part-timers met een halve baan of meer een hoger verzuim hebben moet waarschijnlijk gezocht worden in het gegeven dat deze werknemers vaak elders verplichtingen hebben (huishouden, een tweede baan), waardoor men een dubbele belasting heeft.

Ten aanzien van *tijdelijk en vast werk* is geen duidelijk verband gevonden, mogelijk omdat tijdelijk werk met het soort werk/functieniveau samenhangt.

Het kenmerk "*person-environment fit*" kan eigenlijk niet op zich als een determinant gezien worden, maar meer als een uitkomst van een groep van determinanten. Naarmate een werknemer beter in het bedrijf of de functie past, kan verwacht worden dat het ziekteverzuim en de WAO-intrede lager zal zijn. Ook hier is de relatie met de WAO-intrede niet onderzocht. Analyse van de verzuimkenmerken lijkt te bevestigen dat de mate waarin de werknemer in de werksituatie past, samengaat met minder verzuim (frequentie en duur). Onduidelijk is echter wat de rol van doorkruisende variabelen is.

Conclusie 7 Van de verschillende personeelskenmerken is alleen voor het woon-werkverkeer een directe relatie met het ziekteverzuim aangetoond. Daarbij

gaat het om een effect op de verzuimfrequentie, waarschijnlijk ook op het verzuimpercentage.

Conclusie 8 Het effect van functieniveau hangt sterk samen met het effect van opleiding. Waarschijnlijk is hier sprake van een derde variabele, die de relatie tussen beide variabelen en het ziekteverzuim verklaart. Gedacht kan worden aan arbeidsomstandigheden die voor werknemers met een lage opleiding en een laag functieniveau vaak ongunstiger zijn.

Conclusie 9 Het effect van het aantal dienstjaren (minder kort verzuim) hangt sterk samen met het leeftijdseffect. Onduidelijk is wat het effect van de eerstgenoemde is, als rekening wordt gehouden met het gegeven dat lengte dienstverband en leeftijd positief correleren.

4.4 Kenmerken van het bedrijf en de werkzaamheden

Deze paragraaf behandelt kenmerken van het bedrijf en de werkzaamheden, voorzover deze kenmerken niet aan de individuele werknemers toegeschreven kunnen worden. In totaal worden zeven groepen onderscheiden, die in schema 4 worden weergegeven. Ook ten aanzien van deze groepen determinanten speelt het gegeven dat deze in WAO-onderzoek doorgaans onderbelicht blijven.

Belasting in de werksituatie is een factor waarvan een duidelijke invloed lijkt uit te gaan op het ziekteverzuim en de WAO-instroom, zij het dat het verband zich vaak via de gezondheidstoestand van de werknemers voltrekt. Fysiek zware werkomstandigheden, psychische belasting en slechte sociale relaties met leiding en collega's zijn vaak van ongunstige invloed op het verzuim (frequentie, duur en percentage). Fysiek en psychisch zwaar werk en geringe carrièremogelijkheden vergroten de kans op WAO-instroom.

Deze verbanden zijn deels causaal (in die zin dat zwaar werk tot arbeidsgebonden aandoeningen kan leiden) en deels conditioneel (gegeven een aandoening zal dit bij zwaar werk vaker en langduriger tot werkstaking moeten leiden dan bij lichte werkzaamheden).

De effecten van *extra belasting en overwerk* zijn minder eenduidig: soms wordt er een verlaging van het verzuim gevonden, soms een verhoging. Mogelijk speelt hier een selectie-effect, waarbij gezonde en laag verzuimende werknemers voor het overwerk

gevraagd worden (of zich daarvoor beschikbaar stellen), terwijl overwerk op zich aanvankelijk ook een drukkend effect op het verzuim kan hebben. Wat het netto-effect van extra werk en belasting is, kan daarom niet op basis van de gevonden literatuur beoordeeld worden.

Er is geen consequente relatie van *ploegendiensten* met het verzuim gevonden. Dit komt doordat ploegendiensten onderling nogal sterk verschillen, er sprake is van veel verschillen tussen de groepen werknemers in de ploegendiensten onderling en tussen de werknemers in ploegendiensten en reguliere werktijden en dat er sprake kan zijn van (zelf) selectie van gezonde werknemers in de meer belastende ploegendiensten.

Over het algemeen is er van *taakverrijkings- en autonomiebevorderende activiteiten* een gunstig effect op het verzuim, maar niet op de WAO-instroom bekend. Dat er een gunstig effect gevonden wordt, is niet verwonderlijk omdat het juist de bedoeling van deze activiteiten is om de werkbelasting bij de werknemers te verminderen. In feite levert het positieve effect van taakverrijkings- en autonomiebevorderende activiteiten daarmee een extra bewijs dat er van belasting in de werksituatie een negatief effect op de gezondheid en het ziekteverzuim van de werknemers kan uitgaan.

Van *bedrijfsgrootte* is geen éénduidige invloed op ziekteverzuim en WAO aangetoond. Het ligt daarom voor de hand om te veronderstellen dat andere factoren de verzuimverschillen tussen kleine en grote bedrijven veroorzaken.

Ook is het onduidelijk of, en zo ja, welke rol de *regio* speelt in de omvang van het verzuim.

Veel *organisatiekenmerken* zijn terug te voeren op individuele kenmerken (zoals geslacht, leeftijd, werkomstandigheden) en hebben als zodanig dan ook vaak dezelfde relaties met verzuim en soms ook met WAO-intrede. Wat het verzuim betreft, blijkt dat afhankelijkheid van andere organisaties en afdelingen het verzuim verhogen en goede relationele contacten het verzuim verlagen. Voor veel andere kenmerken worden wisselende resultaten gevonden. De WAO-toetreding is hoger bij een geringe arbeidszekerheid in de organisatie.

Schema 4 *Kenmerken van bedrijf en werkzaamheden in relatie tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*

Kenmerken van bedrijf en werkzaamheden	Relatie tussen factor en ziekteverzuim	Doorkruisende variabelen	Directe relatie?	Voorwaardelijke WAO-kans	Onvoorwaardelijke WAO-kans
Belasting in de werksituatie	fysieke en psychische belasting en slecht sociale relaties verhogen de frequentie en de duur van het verzuim		ja		fysiek en psychisch zwaar werk; geringe carrière mogelijkheden
Extra belasting en overwerk	er worden verzuimverhogende en verzuim verlagende effecten gevonden	(zelf)selectie van gezonde en sterke werknemers			
Ploegendiensten	geen consequente relatie met verzuim gevonden	groepssamenstelling, werk, werkomstandigheden, selectie-effecten			
Autonomie en autonome taakgroepen	over het algemeen een gunstig effect op het verzuim		ja		
Bedrijfs-grootte	geen consequente relatie met verzuim gevonden			gering c.q. indirect	
Regio	geen consequente relatie met verzuim gevonden				
Kenmerken van de organisatie	afhankelijkheid van andere organisaties en afdelingen verhoogt het verzuim; goede relationele contacten verlagen het verzuim; dreiging werk te verliezen verlaagt het verzuim			geringe arbeidszekerheid	

- Conclusie 10** Wat betreft de kenmerken van het bedrijf en de werkzaamheden lijken de belastende factoren in de werksituatie (met name fysieke en psychische belasting) een belangrijke factor te zijn in het ontstaan van ziekteverzuim en WAO-toetreding. Het causale verband zal zich echter in een groot aantal gevallen via de gezondheidstoestand van de werknemers voltrekken. Belastende factoren spelen behalve een oorzakelijke rol, tevens een voorwaardelijke rol.
- Conclusie 11** Van extra belasting in de werksituatie, overwerk en ploegendienst zijn geen consequent negatieve effecten op het ziekteverzuim van de werknemers gevonden. De reden daarvoor is mogelijk dat er selectie plaatsvindt van gezonde werknemers met weinig ziekteverzuim. Om een effect te kunnen meten is longitudinaal onderzoek noodzakelijk, dat echter op dit gebied (nog) niet in Nederland heeft plaatsgevonden.
- Conclusie 12** Van taakverrijkings- en autonomiebevorderende activiteiten gaat over het algemeen een gunstige invloed uit op het ziekteverzuim van de werknemers.
- Conclusie 13** Autonomie op bedrijfs- en afdelingsniveau en goede werkrelaties hebben een positief effect op het ziekteverzuim. Ook dat is een effect dat mogelijk geduid kan worden aan de invloed van positieve werkomstandigheden.

4.5 Wettelijke en uitvoeringsaspecten

In deze paragraaf wordt de rol van de bedrijfsverenigingen en hun verzuimcontrole belicht, maar ook de rol van de bedrijven. Dit laatste kan als complementair gezien worden ten opzichte van de activiteiten van de bedrijfsvereniging. Schema 5 geeft een overzicht van de gevonden effecten.

De rol van de bedrijfsverenigingen in de uitvoering van de Ziektewet kan op twee wijzen bestudeerd worden namelijk: via de vorm waarin een bedrijf bij de bedrijfsvereniging aangesloten is (eigen-risicodrager/AKER, omslaglid) en via de wijze waarop de controle uitgevoerd wordt. Wat de aansluitingsvorm op zich betreft, blijkt over het algemeen dat bedrijven die zelf verantwoordelijk zijn voor het verzuim en de verzuimcontrole (AKERS) een lager verzuim hebben.

Schema 5 *Wettelijke- en uitvoeringsaspecten in relatie tot verzuim en arbeidsongeschiktheid*

Wettelijke en uitvoeringsaspecten	Relatie tussen factor en ziekteverzuim	Doorkruisende variabelen	Directe relatie?	Voorwaardelijke WAO-kans	Onvoorwaardelijke WAO-kans
Bedrijfsvereniging	bedrijven die zelf financieel en qua controle voor het verzuim verantwoordelijk zijn hebben vaak het laagste verzuim	selectie-effect, waarbij bedrijven met een laag verzuim niet en bedrijven met een hoog verzuim wel omslaglid willen zijn			aantrekkelijke uitkeringsvoorwaarden; onduidelijke criteria en definities; activiteiten GMD
Controleform	controle door het bedrijf lijkt de beste vorm; een snelle controle door de bedrijfsvereniging heeft een verhogend effect op de verzuimduur; andere collectieve maatregelen sorteren weinig effect	selectie-effect, waarbij bedrijven met een laag verzuim niet en bedrijven met een hoog verzuim wel omslaglid willen zijn			
Verzuimbegeleiding door anderen	soms lijkt er een verzuimverlagend effect te zijn, maar vaak ook niet	mogelijk een negatieve invloed op de experimenten door de betrokkenheid van belanghebbenden			

Er is echter een in- en uitstroombeweging: bedrijven met een hoog verzuim kiezen liever voor een aansluiting als omslaglid, zodat zij een lagere premie gaan betalen. Het omgekeerde kan ook plaatsvinden. Dat betekent dat uiteindelijk niet bekend is wat het effect van de verzekeringsvorm op de omvang van het ziekteverzuim is.

In principe gaat van de werkzaamheden van de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) een remmende werking uit op de omvang van de WAO-intrede. Aantrekkelijke uitkeringsvoorwaarden, onduidelijke criteria en definities en het functioneren van de GMD, hebben waarschijnlijk een instroom-bevorderende werking (gehad).

Controle op de rechtmatigheid van het verzuim door de bedrijfsvereniging zou een remmende factor op de omvang van het ziekteverzuim moeten zijn. Ook op dit gebied blijkt dat er nauwelijks (en vooral ook voorzichtig) onderzoek gedaan is. Uit het beschikbare onderzoek blijkt echter wel dat er door de bedrijfsverenigingen invloed op het verzuim kan worden uitgeoefend, hoewel het effect niet groot lijkt te zijn. Een snelle controle tijdens de eerste verzuimdagen lijkt zelfs een ongunstig effect op de verzuimduur te hebben. Ook het effect van allerlei andere verzuimmaatregelen zoals de hoogte van de Ziektewetuitkering, wachtdagen en aanwezigheidspremies blijkt niet erg groot te zijn.

Wat betreft de verzuimbegeleiding door anderen dan de bedrijfsvereniging, blijkt dat er soms een verzuimverlagend effect van de experimenten uitgaat, maar in andere gevallen zijn er ook onverwachte averechtse effecten. Er is dan ook weinig bekend van de effecten van allerlei verzuimbeïnvloedende maatregelen. Bedacht moet echter worden dat er in de afgelopen periode wel erg weinig onderzoek gedaan is.

Conclusie 14 Het is niet goed mogelijk om de rol van de wettelijke en uitvoeringsaspecten rondom ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid goed in te schatten. Daarvoor is te weinig en te beperkt onderzoek gedaan.

4.6 Gezondheidszorg en maatschappij

In deze laatste paragraaf wordt de rol van de gezondheidszorg en de maatschappij samengevat. Schema 6 geeft een overzicht van de gevonden uitkomsten.

In principe zou men van de *gezondheidszorg* een verzuimverlagend effect verwachten. Of dat ook zo is, is ook hier niet systematisch onderzocht. Wel is een verzuimverhogend effect bekend door wachttijden in de gezondheidszorg en gebrekkige communicatie tussen de verschillende medische disciplines, hoewel onderzoek ook op dit punt fragmentarisch en/of van oudere datum is. De invloed van de gezondheidszorg op het ziekteverzuim is voor het overige grotendeels onbekend.

Schema 6 *Gezondheidszorg en maatschappij*

Gezondheidszorg en maatschappij	Relatie tussen factor en ziekteverzuim	Doorkruisen-de variabelen	Directe relatie?	Voorwaarde-lijke WAO-kans	Onvoorwaarde-lijke WAO-kans
Gezondheidszorg	is niet syste-matisch nage-gaan	verzuimverho-gend effect door wachttij-den en gebrek-kige communi-catie tussen disciplines		oordeel van de behandelende artsen	is niet syste-matisch nage-gaan
Algemeen maatschappe-lijke factoren (nationaal longitudinaal vergeleken)	macro-econo-mische ont-wikkelingen; in tijden van recessie lager verzuim	selectie-effect doordat men in tijden van recessie anders reageert dan in tijden van groei	ja	kwetsbaarheid op de arbeids-markt	demografie; sociaal-cultu-rele factoren; economische factoren (arbeids-markt)
Algemeen maatschappe-lijke factoren (internationaal cross-secti-oneel vergele-ken)	restrictief beleid lijkt samen te gaan met een lager verzuim	allerlei andere maatschappe-lijke factoren	ja		

Algemeen maatschappelijke factoren lijken effect te hebben op de omvang van het ziekteverzuim. Zo blijkt dat in tijden van recessie er sprake is van een lager verzuim. Selectie-effecten bij uitstoot van personeel lijken een belangrijke rol te spelen. Daarnaast wordt ook wel gewezen op het feit dat medewerkers zich bij een ruime arbeidsmarkt minder snel ziekmelden. Ook heeft de macro economische toestand, via allerlei management-beslissingen, invloed op het bedrijfsgebonden verzuim. De WAO-instroom wordt behalve door deze factoren, ook beïnvloed door algemene demografische en sociaal-culturele kenmerken.

Uit een vergelijking van Nederland met de landen België en het toenmalige West-Duitsland lijkt een restrictief beleid ten aanzien van ziekteverzuim samen te gaan met een lager verzuim.

Conclusie 15 In principe zou men van de curatieve gezondheidszorg een remmende invloed op het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid verwachten. Dat is niet systematisch onderzocht. Wel zijn verzuimverhogende effecten gevonden i.v.m. wachtdagen en gebrekkige communicatie tussen artsen.

Conclusie 16 Algemeen maatschappelijke factoren zijn van invloed op het verzuimniveau. Veel van deze factoren, zoals demografische, sociaal-culturele en macro-economische ontwikkelingen zijn echter niet of nauwelijks te beïnvloeden. Wel lijkt in sommige West-Europese landen een meer restrictief (overheids)beleid samen te gaan met een lager verzuim.

4.7 Tot besluit

Uit deze literatuurstudie moge blijken dat ziekteverzuim en WAO in Nederland tamelijk intensief bestudeerde verschijnselen zijn. Het bleek mogelijk om uit de bestudeerde onderzoeken een aantal hoofdlijnen te distilleren als antwoord op de vraag wat de belangrijkste determinanten zijn en waar de eerste aanknopingspunten voor verzuimbeheersing liggen. Bij een meer precieze bestudering van het beschikbare materiaal blijkt dat op een meer gedetailleerd niveau de onderliggende processen onvoldoende onderzocht te zijn. Zo hangen veel factoren onderling samen waardoor het vaak niet mogelijk is precies aan te geven welke causale relaties van belang zijn en welke relaties als afgeleide verschijnselen gezien moeten worden. Bovendien is gebleken dat naast de causale relaties in veel gevallen ook conditionele verbanden van belang zijn, zonder dat deze twee analytisch onderscheiden konden worden.

Zo werden de factoren leeftijd, aantal dienstjaren, functie- en opleidingsniveau uiteindelijk niet als determinanten aangemerkt, maar werd verondersteld dat een derde kenmerk de feitelijke, oorzakelijke factor is. Bij leeftijd en het aantal dienstjaren kan die oorzaak de gezondheidstoestand zijn, die bij oudere werknemers in het algemeen slechter is. Bij functie- en opleidingsniveau kunnen de arbeidsomstandigheden, die voor de lagere functies doorgaans ongunstiger zijn, een mogelijk onderliggende oorzaak zijn. In hoeverre deze "echte" determinanten het effect van de genoemde factoren echter volledig verklaren is vooralsnog onbekend.

Uiteindelijk blijven er drie soorten determinanten over die een oorzakelijke invloed hebben ten aanzien van een verhoogd ziekteverzuim en een hoge WAO-instroom.

1. De eerste determinant is de gezondheidstoestand van de werknemers. Het ligt ook voor de hand dat deze factor een determinant is, omdat de wetgeving op het gebied van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid beoogt om aan zieke respectievelijk arbeidsongeschikte werknemers maatschappelijke bescherming te bieden.
2. Arbeidsomstandigheden en kenmerken van de organisatie kunnen als de tweede belangrijke oorzakelijke determinant onderscheiden worden, die via ziekte en ongezondheid op ziekteverzuim en WAO-toetreding van invloed zijn. Dit verband kan zowel causaal als conditioneel zijn. Naast omstandigheden in de werksituatie zullen ook andere omstandigheden, namelijk die in de privé-situatie van de werknemer, een vergelijkbare invloed hebben. Omdat er nauwelijks onderzoek naar deze laatste factor in relatie tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid gedaan is, kan weinig over de bijdrage van de privé-situatie gezegd worden.
3. De derde categorie betreft de wettelijke en uitvoeringsaspecten. Hoewel de rol daarvan moeilijk precies te schatten valt maar er toch wel een ruime invloed aan toegekend worden. Zo bleken bedrijven (veelal AKERS) die de controle en begeleiding in eigen beheer hebben een relatief laag verzuim te kennen. Solide onderzoek is op dit terrein helaas schaars en zeker niet systematisch. Niettemin is er juist op dit terrein zeer recent sprake van ingrijpende nieuwe wetgeving (Terugdringing ArbeidsongeschiktheidsVolume (TAV), Terugdringing Beroep op Arbeidsongeschiktheid (TBA), Terugdringing Ziekteverzuim (TZ/arbo)) mede gericht op verbetering van arbeidsomstandigheden en op het verleggen van verantwoordelijkheid naar ondernemingsniveau. Hiermee wordt beoogd een nieuw antwoord te formuleren op de arbeidsongeschiktheidsproblematiek. Vanzelfsprekend wordt hierdoor een aantal onderzoeksresultaten gerelativeerd, met name in de sfeer van de uitvoering. Het belang van degelijk evaluatie-onderzoek naar de effecten van deze wetten lijkt voor de hand te liggen.

Tenslotte wijzen wij op het gegeven dat ziekteverzuim en WAO vaak het resultaat zijn van een langdurig, cumulatief proces. De meeste onderzoeken betreffen echter transversale analyses waarbij groepen op één tijdstip worden vergeleken. Dit type research geeft een onvoldoende zicht op het verloop van die processen en op de gewenste interventies. Longitudinaal onderzoek verdient in principe de voorkeur, maar bleek nauwelijks voorhanden.

Literatuur

- Aarts, L.J.M. e.a., *Determinantenonderzoek WAO*, Eindrapportage, Sociale verzekeringsraad, Zoetermeer, 1987
- Aarts, L.J.M., H. Bruinsma en Ph de Jong, *Arbeidscapaciteit van WAO-toetreders*, Economisch-statistische Berichten, 11-8-1982
- Algera, J.A., *Kenmerken van werk* (proefschrift), Krips Repro, Meppel, 1980
- Amstel, R.J. van, D.E. Lenshoek, H.J. Kruidenier, *Zwangerschap, moederschap in combinatie met betaalde arbeid: een onderzoek onder vrouwen met een kind van 0-1 jaar in Nederland, naar arbeidsmarktparticipatie tijdens de zwangerschap en na de bevalling en naar de wijze waarop men het gegeven van borstvoeding heeft gecombineerd met het werk*, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, 1986
- Bakker, P.W., W. Landheer, H.P. van Rooijen, *Proces-evaluatie van het project 'Verzuimadvisering': een experiment bij 32 bedrijven inzake verzuimpreventie, najaar 1979 tot voorjaar 1983*, Gemeenschappelijk Administratiekantoor, afdeling Statistiek en Onderzoek, Amsterdam, 1983
- Bakker, Th.P.V., H.J. Kruidenier, *Het ziekteverzuim in de jaren zeventig, risicogroepen en trends*, Stichting CCOZ, Amsterdam, 1984
- Ballegooie, E. van, en J. van der Wal, *De invloed van zelfcontrole op het ziekteverzuim bij diabetes mellitus*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 61, nr. 7, p.224-246, 1983
- Bax, E.H., Th.W de Boer en K. Sterrenburg, *Arbeidsmarkt en arbeidsongeschiktheid*, Economisch-statistische Berichten, 13 juni 1979
- Bax, E.H., *Maatschappelijke verandering en arbeidsongeschiktheid*, C.O.S.Z., 3, september, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, 1984
- Bedrijfsgezondheidszorg Gemeente Hilversum, *Een boterham met ontevredenheid: onderzoek naar de samenhang tussen verzuimfrequentie en de ervaren gezondheid en de ervaren werkomstandigheden in een ambtelijke organisatie*, CORVU-scriptie, Afdeling Bedrijfsgezondheidszorg, Gemeente Hilversum, 1987
- Beens, J.G.F. en A.P. Cornelius, *Communicatie tussen bedrijfsarts en huisarts: onderzoeksscriptie*, Universiteit van Amsterdam, Coronellaboratorium, Amsterdam, 1992

- Beereboom, H.J.A., S.W. Boogaard en I.W. Corten, *Achtergronden van het ziekteverzuim in schilders- en afwerkingsbedrijven*, Economisch Instituut voor de Bouwnijverheid, Amsterdam, 1991
- Bensing, J.M., D.H. de Bakker en J. van der Velden, *Hoe ziek is de WAO?*, Medisch Contact, 13 september 1991
- Berg, H. van den, en K. van den Veer, *Hoezo onbemiddelbaar?*, 1990
- Berg, T. van den, G. Krijnen en C. Pos, *Begeleiden met beleid: methodiekbeschrijving individuele trajectbegeleiding langdurig werklozen*, 1990
- Besseling, J.J.M., *Arbeidsproductiviteit en ziekteverzuim: een secundaire analyse in het kader van het model belasting-belastbaarheid*, Stichting CCOZ, Amsterdam, 1983
- Besseling, J.J.M., en H. Bruinsma, *Mannen en vrouwen in en uit de WAO*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 62, 24, 1977-1982, 1984
- Besseling, J.J.M., en H. Bruinsma, *De WAO 1977-1983: cijfers en interpretatie*, Sociaal Maandblad Arbeid, mei 1987
- Besseling, J.J.M., H. Bruinsma, G.C. Diependaal en A.M. Jacobi, *WAO-toetreders uit 1985*, Tijdschrift voor verzekeringsgeneeskunde, 26, 130-134, 1988
- Broersen, J.P.J., B.J. Vrijhof en A.N.H. Weel, *PBGO en ziekteverzuim: de voorspelbaarheid van individueel ziekteverzuim op grond van het periodiek bedrijfsgezondheidskundig onderzoek*, Coronel Laboratorium, Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden/BGD Oost-Gelderland, Amsterdam/Doetinchem, 1991
- Brouwer, W.S. en B.J. Vrijhof, *Ziekteverzuim 1986-1987*, Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA, Amsterdam, 1989
- Bruggeman, C., *De relatie tussen beeldvorming en reïntegratie van arbeidsongeschikten*, Wetenschapswinkel, Nijmegen, 1991
- Bruin, P. de, *Invloed van ziektewetuitvoering op het ziekteverzuim: een overzicht van recente literatuur*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 63, 8, 235-331, 1985
- Bruin, P. de, P. aan de Kerk en M. Gerrits, *Eindverslag van een onderzoek naar de mogelijke effecten en de werking van twee experimenten betreffende het beoordelingsstelsel bij de uitvoering van de ziektewet*, deel I: Resultaten en conclusies, Gemeenschappelijk Administratie Kantoor, Afdeling Statistiek en Onderzoek/Afdeling Organisatie, Amsterdam, 1982
- Buijk, C.A., *Research AGAS (Algemene Gehandicapten Attitude Schaal)*, 1986

- Buijk, C.A., *Werk en handicap: praktische adviezen voor werkgevers en werknemers*, Swets en Zeitlinger, Amsterdam, 1991
- Buijs, P.C., *Curatieve Gezondheidszorg, Ziekteverzuim en Arbeidsongeschiktheid*, Stichting CCOZ, Amsterdam, 1985
- Bijlsma, T. en F. Koopmans, *Bedrijfsvereniging en arbeidsongeschiktheid*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 62, 13, 1984
- Crul, B.V.M., *Samenwerkingseffecten bij kortdurend ziekteverzuim II*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 59, nr. 24, p.902 e.v., 1981
- Delsen, L., *Gehandicapten aan het werk*, In: Sociaal Maandblad Arbeid, januari, 32-41, 1988
- Delsen, L. en Y. Bemelmans, *Gehandicapten aan het werk: een onderzoek naar de tewerkstellingsmogelijkheden van gehandicapte werknemers in het reguliere arbeidsproces*, European Centre of Work and Society, Maastricht, 1987
- DETAM, *Onderzoeksrapport reïntegratie langdurig arbeidsongeschikten bij een nieuwe werkgever*, Z.pl., z.j. Utrecht, 1991
- Deursen, C.G.L., H.F.L. Garretsen en A.F. Algra, *Gezondheid en ziekteverzuim bij Rotterdamse gemeenteamtbanen*, GGD Rotterdam, Afdeling Epidemiologie, Arbeidsdienst, Gemeente Rotterdam, Rotterdam, 1988
- Douben, N.H. en M. Herweijer, *Arbeidsmarkt, werkloosheid en arbeidsongeschiktheid*, Maandschrift Economie, 43, 309-320, 1979
- Draaisma, D., *Ziekteverzuim, WAO-intrede en Verzekeringsvorm in de ziektewet: een onderzoek onder 119 bedrijven naar achtergronden van verschillen in arbeidsongeschiktheid bij Afdelingskassen, Eigen-risicodragers en Omslagleden*, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, 1983
- Dijk, F.J.H. van, D.A. van Haselen, D.E. Lenshoek, P. Hellinga, S. de Boer en C. Koffeman, *WAO-toetreding: trends en risicogroepen in een groot industrieel bedrijf*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 65, 654-662, 1987
- Dijkstra, A., *Stigmatisering: Maatschappelijke gevolgen van een afwijkend uiterlijk*, Lemniscaat, Rotterdam, 1979
- Eeftinck Schattenkerk, J.C.P., *Experiment Haarlem: rapport uitgebracht aan de Sociale Verzekeringsraad*, Den Haag, 1977
- Ekker, L.W., *Verzuimbegeleiding versus ziektecontrole, wat vindt de verzuimer ervan?: een scriptie naar aanleiding van een onderzoek in het kader van de tiende cursus arbeids- en bedrijfsgeneeskunde te Nijmegen*, GG & GD, Enschede, 1981

- Engers, R.W. van, *Ziekteverzuim van vrouwen: hoe groot zijn de verschillen tussen vrouwen en mannen in Nederland*, Gemeenschappelijk Administratie Kantoor GAK, Amsterdam, 1987
- Engers, R.W. van, W.H. Epker en M.A.J. van Groenestijn, *Ziekteverzuim, uw zorg, onze zorg: een onderzoek onder bedrijven in de regio Tilburg*, Gemeenschappelijk Administratie Kantoor GAK, Sector onderzoek, afdeling S en O, Amsterdam, 1986
- Epker, W.H., *Verzekeringsgeneeskundigen en curatieve zorg*, Medisch Contact 42, p.1367-1372, 1987
- Everink, M.A., *Privacybescherming in de Sociale Zekerheid*, In: Sociaal Recht, 10, 285-291, 1991
- Federatie van Bedrijfsverenigingen, *Ziekteverzuim van vrouwen en mannen: de invloed van persoons- en werkfactoren op verzuim in een groot administratief bedrijf*, Rapport 87-01, Federatie van Bedrijfsverenigingen, Amsterdam, 1987
- Fortuijn, C.C., H.R.A.M. Swinnen en H.T.A.M. Weijnen, *Arbeidsongeschiktheid en reïntegratie in Nederland en Europa*, NIMO, Tilburg, 1990
- Geurts, S.A., A.P. Buunk en W.B. Schaufeli, *Ziekteverzuim vanuit een sociaal vergelijkingsperspectief*, Gedrag en organisatie, 4, 5, 385-398, 1991
- Gier, H.G. de, *Arbeidsongeschiktheid onderzocht: de betekenis van onderzoek naar arbeidsongeschiktheid voor het sociale zekerheidssysteem*, Sociaal Maandblad Arbeid, 36, 804-813, 1981
- GMD, *Statistisch jaarverslag 1990*, Gemeenschappelijk Medische Dienst, Amsterdam, 1991
- Groenestijn, M.A.J. van en H. Bruinsma, *Vrouwen in de WAO: Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde*, 24, 171-175, 1986
- Groenestijn, M.A.J. van en W.T. van der Knaap, *De gezonde zieke in de ziektewet: de invloed van zwangerschap op de verzuimstatistiek (van mannen en vrouwen)*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 66, 355-358, 1988
- Groot, M.J.W. de, *Kwantitatieve benadering van het verzuim door neurosen bij Nederlandse fabrieksarbeiders*, NIPG/TNO, Leiden, p.111-120, 1958
- Groot, M.J.W. de, *Het ziekteverzuim en de functionering van het medisch apparaat*, In: Kwantitatieve probleemstelling, M&O 21, p.3-24, 1967
- Groothoff, J.W., *Gezondheidszorg en 3-maands verzuimgevallen*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 59, nr.2, p.42-49, 1981

- Groothoff, J.W., *Epidemiologie van de arbeidsongeschiktheid*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 58, supplement, p.80-83, 1980
- Grosfeld, J.A.M. en M.J.D. Schalk, *Absenteïsme bij gemeenteambtenaren in het Streek-gewest Helmond*, Intern rapport AO-82-02, Vakgroep Arbeids- en Organisationspsychologie, K.H. Tilburg, 1980
- Grosfeld, J.A.M. en M.J.D. Schalk, *Onderzoek naar langdurig ziekteverzuim in de gedragswetenschappen: een literatuurstudie*, Deel 3: individu en verzuimduur, Katholieke Hogeschool, Tilburg, (39/398), 1983
- Grosfeld, J.A.M. en M.J.D. Schalk, *Onderzoek naar langdurig ziekteverzuim in de gedragswetenschappen: een literatuurstudie*, Deel 4: De werkomgeving en verzuimduur, Katholieke Hogeschool, Tilburg. (39/398), 1983
- Grosfeld J.A.M., *De voorspelbaarheid van de individuele verzuimduur*, Swets & Zeitlinger, Amsterdam, 1988
- Grosfeld, J.A.M. en M.J.D. Schalk, *Verzuimfactoren afzonderlijk belicht*, In: Smulders, P.G.W. en T.J. Veerman (red), *Handboek ziekteverzuim: gids voor de bedrijfspraktijk*, Delwel uitgeverij BV, 's-Gravenhage, 1990
- Grosfeld, J.A.M. en D. Verbaan, *Verzuimbeheersingsmaatregelen en veranderingsprojecten*, In: Smulders, P.G.W. en T.J. Veerman (red), *Handboek ziekteverzuim; gids voor de bedrijfspraktijk*, Delwel uitgeverij BV, 's-Gravenhage, 1990
- Grundemann, R.W.M., I.D. Nijboer en A.J.M. Schellart, *Arbeidsgebondenheid van WAO-intrede*, Deelrapport 1, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid/Geenschappelijke Medische Dienst, Den Haag/Amsterdam, 1991
- Hamers, P. en P. Kamphuis, *Sociaal medische begeleiding: inventarisatie en casestudies*, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, 1985
- Haselen, D.A. van, D.E. Lenshoek en I. van Dijk, red., *Reïntegratie van langdurig zieken en WAO-ers bij een groot bedrijf: follow-up van WAO toetreders uit 1980 en 1983*, Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA, Amsterdam, 1988
- Hellinga, P., *Sociaal-medische begeleiding van langdurig zieken met psychische aandoeningen, een case-studie bij een groot industrieel bedrijf*, Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA, Amsterdam, 1988
- Hellinga, P., D.E. Lenshoek en F. van Dijk, e.a., *Ziekteverzuim, WAO-toetreding en reïntegratie bij een groot bedrijf: eindrapport van het project "verschil in WAO-toetredingsrisico"*, Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA, Amsterdam, 1989

- Hermans, D., C. Sas en B. Schraven, *Schat de regering de arbeidsongeschiktheids-schatting juist in?*, Sociaal Maandblad Arbeid, februari 1986
- Hullenaar, R.H.J. van 't, en D.B.J. van Koningsveld, *Oudere werknemers: Beleving van werk en van verzuim*, verslag van een onderzoek naar de relaties tussen arbeidsongeschiktheid bij oudere werknemers in industriële bedrijven en hun arbeidsbelasting, arbeidsbeleving en welbevinden, Commissie voor Ontwikkelingsproblematiek van Bedrijven/Sociaal-Economische Raad, Den Haag, 1982
- Hullenaar, R.J.H. van 't, en D.B.J. van Koningsveld, *Herplaatsing van partieel geschikte werknemers*: rapport van een schriftelijke enquête en van een uitgebreid onderzoek binnen tien ondernemingen die een actief beleid voeren om partieel geschikte werknemers te herplaatsen SER/COB, Den Haag, 1984
- Hullenaar, R.J.H. van 't, en D.B.J. van Koningsveld, *Afgebrand of afgedankt*: een onderzoek naar oorzaken van arbeidsongeschiktheid (proefschrift), Swets & Zeitlinger, Lisse, 1986
- Hulsman, T., *Beleving door de arbeidsongeschikte en het gezin*, Rijksuniversiteit Groningen, Sociologisch Instituut/Amsterdam, Bureau wetenschappelijk onderzoek GMD, 1980
- Huurne, A.G. ter, A.W. Maas, H.P.G.C. Senders, *Arbeid en gehandicapte werknemers*: stand van zaken in arbeidsorganisaties, deel 1: hoofdrapport, deel 2: bijlagen, deel 3: Tabellenboek, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, IVA uitg., Den Haag, VUGA, 1990
- Huurne, A.G. ter, *Het arbeidsorganisatie-onderzoek*, In: J.J. Pool (red.), *De WAGW als arbeidsmarktinstrument*, VUGA Uitgeverij, Den Haag, 1991
- Instituut voor Psychologisch Onderzoek, *Plaatsingsbeleid tav gehandicapten*, Den Haag, 1970
- Ipso-Facto, *Wenselijkheid en mogelijkheden van integratie van gehandicapten in het arbeidsproces*, Deel I : Arbeidsorganisaties en uitvoeringsorganen, Deel II: Uitvoeringsorganen en Sociale partners, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, 1985
- Izaks, D.W., en C.T.P.M. Schellens, *Eindevaluatie proef vermindering ziekteverzuim in de metaalnijverheid*, Leeuwendaal Advies BV, Bureau voor management en organisatie, Rijswijk, 1991

- Jansen, G.J., *Ziekteverzuim van Turkse, Marokkaanse en Nederlandse werknemers in overeenkomstige werksituaties*: verslag van een literatuurstudie en van een secundaire analyse van het ziekteverzuim van ploegendienst- en dagdienstwerkers in de industrie uitgevoerd in opdracht van de Federatie van Bedrijfsverenigingen, Gemeenschappelijk Administratiekantoor, afdeling Statistiek en Onderzoek Sociale Verzekering, Amsterdam, 1983
- Joekes-Smith, M., *Onderzoek naar langdurig ziekteverzuim in drie huizen van bewaring*: scriptie opleiding sociale geneeskunde, vervolgopleiding bedrijfsgeneeskunde, Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg TNO, Leiden, 1979-1981
- Kers, W.C. en H. Bruinsma, *WAO-toetreders 1987*: een beschrijving, Gemeenschappelijke Medische Dienst, Amsterdam, z.j., 1991
- Klein Hesselink, D.J. en A.M.H. Reuling, *Verzuim door ziekte en ongevallen 1988-1989*, Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA, Amsterdam, 1990
- Klerk, J.M. de, C.J. Petersen en C.G. Diependaal, *Diagnosecategorie V: Psychische stoornissen en de WAO*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 61, 13, 434-440, 1983
- Knottnerus, J.A. en J. Sommers, *Werken en niet kunnen werken*, H&W 25, p.138-142, p.186-190, p.220-223, 1982
- Koes, B., D. van de Mheen, *Werkomstandigheden en ziekteverzuim in de gezinsverzorging*: een onderzoek bij het Regionaal Centrum Gezinsverzorging Landgraaf, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht/Regionaal Centrum Gezinsverzorging, Landgraaf, 1987
- Kommer, M., *De gevangenis als werkplek*, Proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht, Gouda Quint BV, Arnhem, 1991
- Kompier, M., *Arbeid en gezondheid bij stadsbuschauffeurs*: proefschrift, Eburon, Delft, 1988
- Kroon, G.M. van den, *Gehandicapten in het bedrijfsleven*, In: Mens en onderneming, no. 27, 1973
- Kruidenier, H.J., *Ziekteverzuim en werkloosheid*: een analyse op macro-niveau over de periode 1965-1982, Stichting CCOZ, Amsterdam, 1983
- Kruidenier, H.J., *Ziekteverzuim en verloop*: een literatuurstudie naar het verband tussen twee indicatoren voor veiligheid, gezondheid en welzijn, Stichting CCOZ, Amsterdam, 1984a

- Kruidenier, H.J., *Over de voorspelbaarheid van de hoogte van het ziekteverzuim met behulp van werkloosheidscijfers: een analyse over de periode 1965-1982*, Mens en maatschappij, 59, 1, 68-81, 1984b
- Kruidenier, H.J. en T.H.P.V. Bakker, *Vermindering en vervanging van personeel en ontwikkeling van het ziekteverzuim*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 63, 302-308, 1985
- Krijnen, R. en E. Tasma, red., *Werk en Handicap: een handleiding voor werkgevers en werknemers*, 72p, Gehandicaptenraad, Utrecht, 1989
- Kune, *Enige ontwikkelingen rondom de AAW/WAO III*, Tijdschrift voor Sociale gezondheidszorg, 60, 7, 137-141, 1982
- Kune, *Enige ontwikkelingen rondom de AAW/WAO IV*, Tijdschrift voor Sociale gezondheidszorg, 60, 13, 335-339, 1982
- Lenshoek, D.E., R.J. van Amstel, H. Tuynenburg en H.J. Kruidenier, *Werken en zwangerschap een zware bevalling?: structuur en ontwikkeling van het ziekteverzuim tijdens de zwangerschap en direct na de bevalling*, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, 1986
- Lenshoek, D.E., *Zwangerschap en verzuim*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 65, 184-153, 1987
- Luijckx, R.Th., *De lotgevallen van de langverzuimer*, Dissertatie R.U. Groningen, 1982
- Mansvelt, T. van, e.a., *Een onderzoek naar oorzakelijke factoren en bijzondere kenmerken bij het langdurend verzuim*, Sociaal Maandblad Arbeid 29, p.307-321 en p.379-389, 1974
- Merens-Riedstra, H.S. en W.J. van Ende, *Verslag van een onderzoek naar samenwerking tussen artsen*, Medisch Contact 28, p.717, 1973
- Minchon, H. en J. Weeghel, *Werken met handicaps: een verkennend onderzoek naar de positie van gehandicapten op de Nederlandse arbeidsmarkt*, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, Utrecht, 1990
- Molendijk, A.D., *Verzuim en invalidering bij Rotterdamse gemeenteambtenaren in 1979*, Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde (suppl.), 58, 68-70, 1980
- Nauta, N.; A. Moll van Charante, A. de Man, M. van der Put, J. van Rijckevorsel en C. Roessingh, *Een onderzoek naar het verzuim van zwangere en pas bevallen werknemers bij de Rijksoverheid: eindverslag van het onderzoek*, Bedrijfsgezondheidsdienst RBB, Hoofdafdeling Medische Zaken, Den Haag, 1986

- Nieuwland, A.H., *Experiment Bedrijfsgezondheidszorg Onderwijspersoneel (EBO)*, Effectmeting via verzuimregistratie voor onderwijspersoneel: de resultaten van de derde fase van het onderzoek (tweede jaar effectmeting), Werkgroep Arbeidsvragen en Welzijn, Faculteit Sociale Wetenschappen, Rijksuniversiteit Leiden, 1990
- Noordam, F.M., *Recht en reïntegratie*: een juridisch beeld van de reïntegratie-problematiek, Rede t.b.v. aanvaarding ambt van hoogleraar, Sociaal Zekerheidsrecht, Groningen, red., Kluwer, Deventer, 1987
- Nijhuis, F. en J. Soeters, *Werk en ziekte*: een onderzoek naar afwezigheid wegens ziekte en arbeidsongeschiktheid bij 51 industriële en niet industriële organisaties in Z-Limburg, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1982
- Nijhuis, F., *Beoordelingen van organisatiekenmerken*: een sociaal gezondheidkundige studie naar organisatiekenmerken en ziekteverzuim, proefschrift, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1984
- Nijhuis, F., R. Bullinga, *Reïntegratiebeleid in organisaties*, In: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 65, 25, 816-821, 1987
- Onderwater, G.C.S., *Onderzoek naar het ziekteverzuim bij de horeca*, Afdeling statistiek en onderzoek sociale verzekering, Gemeenschappelijk Administratiekantoor, Amsterdam, 1986
- Petersen, C.J. en W.J. Sprenger, *Waarom komen WAO-ers niet meer aan de slag?* Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, 23 juni 1985, 72-75, 1985
- Philipsen, H., *Afwezigheid wegens ziekte (proefschrift)*, Wolters Noordhoff, Groningen, 1969
- Philipsen, H. en R. Halfens, *Niet werken en gezondheid*: een vergelijking van arbeidsongeschikten, vervroegd gepensioneerden en werklozen met werkende mannen. Gezondheid en Samenleving, 4, 3, 161-168, 1983
- Poelstra, P.A.M., *Schriftelijke eerste controle en ziekteverzuim*, cahiers statistiek en onderzoek, 86-16, Gemeenschappelijk Administratiekantoor, Amsterdam, 1986
- Pool, J.J., red., *De WAGW als arbeidsmarktinstrument*, Nederlands Genootschap Sociale Zekerheid, VUGA Uitgeverij, Den Haag, 1991
- Poppel, J. van, P. Kamphuis, P. Hamers en I. Dam, *Effectmetingsonderzoek naar ziekteverzuim en blijvende arbeidsongeschiktheid in het tweede effectmetingsjaar*, tussenrapport 16, Instituut voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek IVA, Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg, 1990
- Posthumus, W.K., *Onderzoek ziekteverzuim en WAO-intrede van Turkse en Nederlandse werknemers in een metaalverwerkende industrie*, deel I - vooronderzoek en deel II

- protocol cohort onderzoek, rapport no. 8605, Faculteit der geneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 1986
- Prins, R., *Sickness absence in Belgium, Germany (FR) en The Netherlands:: a comparative study* (proefschrift), Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden, Amsterdam, 1990
- Putten, P. van der, *Een onderzoek naar de oorzaken van arbeidsongeschiktheid bij overheidsperoneel*, Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 59, 695-699, 1981
- Putten, P. van der, *Overheidssectorspecifieke arbeidsongeschiktheid*, Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 61, 18, 618-622, 1983
- Putten, P. van der, *Het (af)schatten van arbeidsongeschiktheid bij ambtenaren*, Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 63, 13, 524-527, 1985
- Reuling, A.M.H., *Ziekteverzuim 1987-1988: trends, representativiteiten, risicogroepen, personeelsverloop*, Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA, Amsterdam, 1989
- Savelkoul, H.G.J., *Het ziekteverzuim van ambtenaren in het Stadsgewest Helmond*, Doctoraalscriptie Vakgroep Arbeids- en Organisationspsychologie, Katholieke Hogeschool, Tilburg, 1981
- Schalk, M.J.D., *Determinanten van veelvuldig kortdurend ziekteverzuim: proefschrift*, Delwel Uitgeverij BV, s-Gravenhage, 1989
- Schalk, M.J.D., *Oorzaken van (ziekte)verzuim*, deel I en II, Een overzicht van onderzoek naar de samenhang tussen verzuimfrequentie enerzijds en maatschappelijke, culturele en geografische factoren en persoonskenmerken anderzijds, Tilburgs Instituut voor Academische Studies, Tilburg, 1986
- Scheffers, T.M.L., J.M.F. de Wit en M.J. Saris-Wijnands, *Ziekteverzuim van schilders in de bouwnijverheid*, Stichting Bedrijfsgezondheidsdienst voor de bouwnijverheid, Amsterdam, 1984
- Schellart A.J.M., *Beroep en ziekte in de WAO*, Gemeenschappelijke Medische Dienst, GMD cahier no. 18, Amsterdam, 1989
- Schellart A.J.M., R. van Deynen en J.W. Korten, *Beroep en ziekte in de WAO I*, Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, 27, 166-172, 1989
- Schellart A.J.M., R. van Deynen en J.W. Korten, *Beroep en ziekte in de WAO II*, Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, 28, 6-11, 1989
- Schokking-Siegerist, E.C., *Het ziekteverzuim van vrouwelijke werknemers: samenvatting van de resultaten van een onderzoek*, Sociale Verzekeringsraad, Zoetermeer, 1982

- Scholtens, R., Mulder, P.G.H., *Een analyse van arbeidsverzuim bij Rotterdamse Gemeenteambtenaren: een toepassing van het Gemeentelijk Interactief Arbeidsverzuim-registratie- en Informatie Systeem (GIAS)*, Gemeente Rotterdam, GG & GD, afdeling Bedrijfsgezondheidszorg en afdeling Epidemiologie, Rotterdam, 1983
- Schraven, B.A.J.M., *De WAGW: Een overzicht van regels en bepalingen*, In: J.J. Pool, red., *De WAGW als arbeidsmarktinstrument*, VUGA Uitgeverij, Den Haag, 1991
- Schröer, C.A.P., *Verzuim wegens overspanning: academisch proefschrift*, Rijksuniversiteit Leiden, 1993
- Slot, T. & H. Steinbruch, *Arbeidsongeschiktheid door psychische ziekte*, GMD-cahier, no. 14, Gemeenschappelijke Medische Dienst, Amsterdam, 1988
- Smulders, P.G.W., *De effecten van maatregelen om het ziekteverzuim te beïnvloeden: een literatuurstudie op basis van 91 Nederlandse en buitenlandse empirische onderzoeken*, Ministerie van Sociale Zaken, Stafdienst Externe Betrekkingen, Den Haag, 1980
- Smulders, P.G.W., A. Dijkstra, P. van Leeuwen, D. Draaisma, *Enige achtergronden van het dalend ziekteverzuim in Nederland: resultaten van een secundaire analyse van de NIPG/TNO verzuimstatistiek*, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, Leiden, 1982
- Smulders, P.G.W., P. van Leeuwen, W.N. van Nooten, *Werkloosheid en ziekteverzuim: theorie en longitudinaal onderzoek*, Gezondheid en samenleving, 4, 1, 23-31, 1983
- Smulders, P.G.W., *Bedrijfskenmerken en ziekteverzuim in de jaren zestig en tachtig: een vergelijkende studie (proefschrift)*, Nederlands Instituut voor Preventieve gezondheidszorg, NIPG/TNO, Publicatienummer 84014, Leiden, 1984a
- Smulders, P.G.W., *Balans van 30 jaar ziekteverzuimonderzoek: de resultaten van 318 studies samengevat*, Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg, NIPG/TNO, Leiden, 1984b
- Smulders, P.G.W. en T.J. Veerman, red., *Handboek ziekteverzuim: gids voor de bedrijfspraktijk*, DELWEL Uitgeverij BV, 's-Gravenhage, 1990
- Smulders, P.G.W. en A. Bloemhoff, *Arbeid, gezondheid en welzijn in de toekomst: toekomstscenario's arbeid en gezondheid 1990-2010*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Antwerpen, 1991
- Sociale Verzekeringsraad, *Stand Ziekengeldverzekering: Verslag over 1990*, Sociale Verzekeringsraad, Zoetermeer, 1992

- Soeters, J., *Afwezigheid wegens ziekte in het herstructureringsgebied Zuid-Limburg*, Rijksuniversiteit Limburg, Capaciteitsgroep Medische Sociologie, Maastricht, 1980
- Soeters, J., *Patiënt, gezondheidszorg en langdurige ziekte: een onderzoek onder 213 langdurig zieke werknemers in Z-Limburg*, proefschrift, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1983a
- Soeters, J., *Arbeid, organisatie en arbeidsongeschiktheid*, *Gezondheid en Samenleving*, 4, 1, 13-21, 1983b
- Sol, E., *Ziekteverzuimverschillen en de verbetering van arbeidsomstandigheden*, Economisch Instituut voor de Bouwnijverheid EIB, Amsterdam, 1989
- Spruit, I.P., J.D. van de Nieuwe Giessen, H.W. van Nes-Achilles en E. Steverdink, *Reïntegratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikten in het arbeidsproces: een onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren*, Instituut voor Sociale geneeskunde, Rijksuniversiteit, Leiden, 1986
- Stelt, H.G. van der, en H. Bruinsma, *Reïntegratie van WAO'ers: een beschrijving en inventarisatie van de situatie ruim twee en een half jaar na de WAO-toetreding*, Gemeenschappelijk Medische Dienst, Amsterdam, 1989
- Stelt, H.G. van der, *Reïntegratie van WAO-toetreders uit 1985 en 1987 vergeleken*, In: Sociaal Maandblad Arbeid, 46, 10, 590-598, 1991
- Tappèl, B., *Reïntegratie in de praktijk: bemiddeling en begeleiding door de GMD*, College juni 1991, Opl. Placement Consultant ITR/CZK, Zwolle, 1990
- Terra, N., *Ruimte voor nieuwe inhoud: reorganiseren met menselijke maat*, *Gedrag en Organisatie*, 1, 4, 72-90, 1988
- Thijssen, L., *Literatuurstudie Oorzaken arbeidsongeschiktheid: Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds*, Heerlen, 1990
- Thijssen, L., *De ontwikkeling van het arbeidsongeschiktheidsvolume bij de overheid*, Sociaal Maandblad Arbeid, 5, 303-311, 1990
- Timmer, M., *Is de WAO-bevolkingsgroei onbeheersbaar geworden voor wetgever en uitvoeringsorganen?*, Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, 29, 26-32, 1991
- Tordoir, W.F., M.M. van der Klaauw, C.M.J. van Manen-Boeckestein, *Gezondheidszorg en lange ziekteduren*, NIPG/TNO, Leiden, 1978
- Veerman, T.J., *Longitudinale analyses van het ziekteverzuim van vrouwen: een onderzoekstechnische verkenning*, Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA, Amsterdam, 1989a

- Veerman, T.J., *Ziekteverzuim in de gezinsverzorging: resultaten van een onderzoek naar achtergronden, alsmede aanbevelingen voor aanpak van het probleem*, Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA, Werkgroep Arbeidsvraagstukken en Welzijn A&W, Amsterdam/Leiden, 1989b
- Veerman, T.J., F.C. Verboon, *Afwijkende werktijdvormen en ziekteverzuim: verslag van een pilot-studie*, Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA, Amsterdam, 1990
- Vrooland, V. e.a., *WAO en werkgelegenheid: een discussie over een recente schatting van de verborgen werkloosheid in de WAO*, St CCOZ, Amsterdam, 1980
- Vrooland, V. Chr. (red.), *Werk en Gezondheid: over ziekteverzuim en humanisering van de arbeid*, Samsom Uitgeverij, Alphen aan den Rijn/Brussel, 1982
- Vrooman, J.C. en A.A.M. de Kemp, *Trends tot arbeidsongeschiktheid*, Economisch--statistische Berichten, 5-9-90, 808-812, 1990
- Vrooman, J.C. en A.A.M. de Kemp, *Arbeidsongeschiktheid: volume en arbeidsmarkt*, Economisch-statistische Berichten, 10-10-1990
- Vrijhof, B.J., *Deeltijdarbeid en ziekteverzuim*, Stichting CCOZ, Amsterdam, 1984
- Vrijhof, B.J., *Weekpatronen: over de invloed van het weekend op het ziekteverzuim*, Stichting CCOZ, Amsterdam, 1985a
- Vrijhof, B.J., *De duur van verzuimgevallen: suggesties voor een indeling*, Stichting CCOZ, Amsterdam, 1985b
- Vrijhof, B.J., *Ziekteverzuim 1985-1986: trends, representativiteit, verschillen tussen hoofd- en handarbeiders, risicogroepen, personeelsverloop*, Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA, Amsterdam, 1987a
- Vrijhof, B.J., *Nulverzuim, een interessant aspect van het ziekteverzuim?*, Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA, Amsterdam, 1987b
- Vrijhof, B.J., *Ziekteverzuim in het bedrijf*, In: Smulders, P.G.W. en T.J. Veerman (red), *Handboek ziekteverzuim; gids voor de bedrijfspraktijk*, Delwel uitgeverij BV, 's-Gravenhage, 1990
- Vrijhof, B.J. en R. Prins, *Ziekteverzuim in Nederland: de belangrijkste cijfers*, In: Smulders, P.G.W. en T.J. Veerman (red), *Handboek ziekteverzuim; gids voor de bedrijfspraktijk*, Delwel uitgeverij BV, 's-Gravenhage, 1990
- Vrijhof, B.J., *Bedrijfsgebonden verzuimbegeleiding: de verzuimontwikkeling van de BVGVB-bedrijven in relatie tot vergelijkbare controlebedrijven*, GAK, Stafbureau Medische Functie, Amsterdam, 1992.

- Werff-de Koning, C.M. van der, D.W. Izaks en C.T.P.M. Schellens, *Rapport ziekte-verzuim wegvervoer*, Leeuwendaal advies BV, Bureau voor management en organisatie, Rijswijk, 1991
- Wevers, C.W.J., J.D. Nijboer en M.J.T. Schlatemann, *Reïntegratie en werkaanpassing t.b.v. gehandicapte werknemers in het midden en kleinbedrijf*, NIPG/TNO, Leiden, 1988
- Weijers, N.L.M., *Reïntegratie van werknemers, ook uw verantwoordelijkheid!*, De ervaringen bij DAF Trucks, Lezing conferentie "Beheersing van verzuim", Garderen, 11 november 1991, Studiecentrum voor Internationaal Management, Amsterdam, 1991
- Weijnen, H., *Overzicht van de belangrijkste reïntegratievoorzieningen in Nederland hun toerusting en bereik*, In: Arbeidsongeschiktheid en Reïntegratie Nederland en Europa, NIMO p35-45, 1990
- Wiersma, D., *Psychosociale stress en langdurige arbeidsongeschiktheid*, Uitgeverij Konstapel, Groningen, 1980
- Winter, C.R. de, *Arbeid, gezondheid en verzuim als voorspellers van vertrek uit het werk*, Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg TNO, Leiden, 1991
- Zoelen, A.A.J. van en A.H. Nieuwland, *Ziek op de ene school, maar niet op de andere?* Langdurig verzuim is een organisatiekenmerk, Arbeidsomstandigheden 67, 10, 639-641, 1991
- Zoelen, A.A.J. van, A.H. Nieuwland en E.C. Siegerist, *Ziekteverzuim in het onderwijs '90/'91: kerngegevens van de ziekteverzuimregistratie bij het onderwijspersoneel in het schooljaar 1990/1991* uitgevoerd door de Rijksuniversiteit te Leiden in opdracht van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, Leids Instituut voor Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek, Sectie Arbeidsvragen en Welzijn, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Rijksuniversiteit Leiden, Leiden, 1992
- Zweekhorst, W.A., *Verborgene werkloosheid in de WAO*, Intermediair, 5-6-1981

Bedrijven in Nederland krijgen steeds meer eigen verantwoordelijkheden voor hun ziekteverzuim. Vanaf 1994 zijn ze verplicht een verzuimbeleid te voeren en hun zieke werknemers zelf begeleiding te bieden. Ook moeten ze in de eerste weken van ieder verzuimgéval zelf het loon doorbetalen.

Bedrijven met een hoog verzuim betalen al een hogere Ziektewet-premie. En als werknemers in de WAO belanden loopt het bedrijf op een boete (malus). Meer nog dan vroeger wordt het voor bedrijven dus zaak attent te zijn op de oorzaken van verzuim en WAO-instroom.

Dit boek geeft een up-to-date overzicht van wat uit wetenschappelijk onderzoek bekend is over die oorzaken. Ieder die betrokken is bij verzuimbeleid kan met deze kennis zijn voordeel doen. Bij gezonde werknemers in een gezond bedrijf vaart immers iedereen wel.

IN DE NIA PRAKTIJKREEKS VERSCHEEN EERDER:

- * Arbeidsongevallen: jaarcijfers op basis van NIA-Arbeidsongevallenregistratie.
- * Aanpak ziekteverzuim: beter inzicht in wetgeving, registratie, kosten en achtergronden van verzuim.
- * Handboek Werkstress: systematische aanpak voor de bedrijfspraktijk.