

University of Groningen

## Psychosociale 'stress' en langdurige arbeidsongeschiktheid

Wiersma, Durk

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

1979

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Wiersma, D. (1979). *Psychosociale 'stress' en langdurige arbeidsongeschiktheid*. s.n.

### Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

### Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

## Hoofdstuk XI. Slotbeschouwing.

Dit onderzoek was gericht op de determinanten van langdurig ziekteverzuim. Het werd gehouden onder ruim 200 mannelijke werknemers van 20 tot 55 jaar, uit verschillende bedrijfstakken zoals de metaal- en elektrotechnische industrie, het vervoer en het bank- en verzekeringswezen. In alle gevallen betrof het werknemers die tenminste tien weken arbeidsongeschikt waren vanwege een ongeval of een ziekte van de bewegingsorganen. Deze groep werknemers werd tweemaal ondervraagd over allerlei aspecten van hun werk- en levenssituatie. Eenmaal gedurende de vierde ziektewetmaand toen het merendeel van hen nog arbeidsongeschikt was; en andermaal één jaar na de datum van de ziekmelding, op welk moment werd nagegaan hoelang iemand uiteindelijk arbeidsongeschikt was geweest en of iemand voor een WAO-uitkering in aanmerking was gekomen. De vraagstelling van het onderzoek was expliciet gericht op omstandigheden waaronder de ziekteduur zou kunnen worden verlengd. Het ging hierbij vooral om de drie volgende vragen:

1. Heeft psychosociale "stress" tengevolge van allerlei persoonlijke omstandigheden invloed op de ziekteduur en op blijvende arbeidsongeschiktheid?
2. Welke betekenis hebben de persoonsgebonden en de omgevingsgebonden "stress" elk afzonderlijk voor de ziekteduur?
3. Verschilt de invloed van de "stress" al naar gelang de reden van de ziekmelding?

In het volgende willen we de belangrijkste bevindingen nog eens belichten. In de eerste plaats geven we een korte beschouwing over het verschijnsel langdurig ziekteverzuim en over de determinanten ervan. Vervolgens wijden we een afzonderlijke paragraaf aan de groep van WAO-ers. Ten slotte worden de theoretische en praktische relevantie van de onderzoeksresultaten besproken.

1. Het verschijnsel van het langdurig ziekteverzuim.

De wijze waarop langdurig ziekteverzuim optreedt, kunnen we vanuit verschillende gezichtshoeken beschrijven. In de eerste plaats kan men het feitelijke aantal ziektedagen tot uitgangspunt nemen. Dan kan direkt al worden gekonkludeerd dat, wanneer iemand niet binnen het eerste halve ziektewetjaar is hersteld, de kans op werkhervatting daarna bijzonder klein is ge-

worden. In totaal was ruim 30% van de onderzochte werknemers na één jaar nog arbeidsongeschikt, dat wil dus zeggen dat één op de drie werknemers in de WAO terecht was gekomen. Dit is een verontrustend aantal, vooral indien men bedenkt dat mensen boven de 55 jaar buiten het onderzoek zijn gehouden. De verhouding was zonder deze restrictie vrijwel zeker nog ongunstiger uitgevallen.

Een tweede konklusie is dat bijna 20% van de werknemers tijdens het ziekte-wetjaar kortere of langere tijd slechts gedeeltelijk arbeidsongeschikt is geweest. Over de gehele groep gerekend ging het gemiddeld om 18 dagen per man. Het bleek dat de hervatting van de werkzaamheden na een maandenlange afwezigheid veel mensen in het begin erg moeilijk afging. Bijna één op elke drie personen voelde zich bij de aanvang van hun werk matig of nauwelijks hersteld. We kunnen ons hierbij afvragen of een gedeeltelijk herstel - voor halve dagen of op halve kracht - eigenlijk veel vaker had moeten en kunnen geschieden. Op onze vraag hiernaar antwoordde ongeveer de helft van de respondenten dat dit waarschijnlijk of zeker niet mogelijk was in het bedrijf waar men werkte. De mening dat een gedeeltelijke werkherhervatting mogelijk was, had soms te maken met het soort werk, maar het duidde veel vaker aan hoe gering de bereidheid en de flexibiliteit aan de kant van het bedrijf was om een geleidelijke aanpassing te vergemakkelijken. Op dit punt lijken verbeteringen zeer goed mogelijk. Enerzijds door een sterkere verplichting van de werkgever om de werksituatie beter toegankelijk te maken voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten en anderzijds door goede begeleiding van degenen die zich in een dergelijke situatie duidelijk minderwaardig voelen ten opzichte van hun kollega's.

In de tweede plaats wordt het ziekteverzuim beschreven vanuit het gezichtspunt van het evenwicht tussen de belasting door het werk en die door de lichamelijke beperking tengevolge van een ziekte of een ongeval. Komt het bij de langere ziekteduren voor dat het verzuim, gezien de ernst van de lichamelijke handicap en de zwaarte van het werk als relatief te lang of relatief te kort beschouwd kan worden? Het gaat dan niet meer om het werkelijke aantal ziektedagen, maar om de verhouding tussen het aantal ziektedagen dat noodzakelijk, wenselijk of reëel is en de feitelijke ziekteduur. De vaststelling van deze zogenaamde relatieve ziekteduur vond op verschillende wijzen plaats. Enerzijds door uit te gaan van de verwachtingen van de patiënt zelf en van die van de verzekeringsgeneeskundige over de

verdere ziekteduur, gerekend vanaf de vierde ziektewetmaand. Anderzijds door uit te gaan van een terugblik van beiden op de uiteindelijke ziekteduur. Aldus verkregen we enig inzicht in de "normaliteit" van het langdurige ziekteverzuim.

Als we eerst de verwachtingen van de patient en de arts over de verdere ziekteduur na drie à vier maanden van arbeidsongeschiktheid in beschouwing nemen, dan valt op dat in een relatief groot aantal gevallen géén van beiden duidelijk zicht had op hoe lang de ziekte nog zou duren. Eén op de drie werknemers kon hierover geen mening geven. De verzekeringsgeneeskundigen bleven in één op de vier gevallen het antwoord schuldig. De grote onzekerheid over de uiteindelijke duur van het verzuim in die eerste fase van het ziekteproces, is een eerste kenmerk van het langdurig ziekteverzuim. Verder bleek in de meeste gevallen waarin wel een uitspraak werd gedaan, de voorspelling in de praktijk niet uit te komen. In het algemeen werd de verwachte ziekteduur ver overschreden. Dit laatste gold vooral voor de voorspellingen van de arts. Als tweede opvallende kenmerk noemen we derhalve de onderschatting van de feitelijke ziekteduur. Uit het feit dat de ziekteduur van mensen die tenslotte in de WAO terecht kwamen, door deze twee kenmerken werd getypeerd, kan worden gekonkludeerd dat tot op heden het proces dat tot blijvende arbeidsongeschiktheid voert in de praktijk onder andere door de verzekeringsgeneeskundige nauwelijks te sturen is.

Ook de terugblik van beiden op de ziekteduur bevestigde dit en maakt tevens duidelijk dat een "abnormale" ziekteduur, dat wil zeggen afwijkend ten opzichte van de ernst van de aandoening en het soort werk, een nogal veel voorkomend verschijnsel is. Hij staat bovendien tamelijk los van het feitelijke aantal ziektedagen. De afwijkingen hebben zeker niet uitsluitend betrekking op een relatief te lang uitgelopen ziekteduur. Volgens het oordeel van de verzekeringsgeneeskundigen was 10% van de ziekteduren relatief aan de korte kant en 28% aan de lange kant. Deze "abnormaliteit" kunnen we het derde kenmerk noemen van het verschijnsel van de langdurige arbeidsongeschiktheid.

Tenslotte kan als vierde kenmerk gelden de gebrekkige overeenstemming tussen de patiënt en de arts over hoelang de ziekteduur zou moeten zijn. Verschillen tussen beiden wat betreft de onzekerheid over de nog te verwachten ziekteduur en de voorspelling van het aantal resterende ziektedagen, laten zien dat het proces van arbeidsongeschiktheid moeilijk valt te beheersen. Hiervan

getuigt ook het feit dat wat de één normaal noemt door de ander als afwijkend wordt beschouwd. Dergelijke uiteenlopende verwachtingen en opvattingen illustreren de kompleksiteit van het verschijnsel.

## 2. De determinanten van het langdurig ziekteverzuim nader beschouwd.

De vraag naar welke omstandigheden het langdurig ziekteverzuim beïnvloeden is in dit onderzoek uitgebreid aan de orde geweest. Het onderscheid tussen persoons- en omgevingsgebonden factoren diende er toe meer zicht te krijgen op het belang van buiten het individu gelegen invloeden op de ziekteduur en de overgang naar de WAO. Wat betreft deze omgevingsgebonden factoren richten wij ons vooral op de actuele werk-, leef- en woonsituatie van de betrokkenen. Het is van belang nog eens op te merken dat we bij de bestudering het beslissingsproces van de werkhervatting en vooral van de definitieve afkeuring, hoofdzakelijk gebruik hebben gemaakt van gegevens die ontleend zijn aan de respondenten. Dit betekent dat andere partijen nauwelijks of niet aan bod zijn gekomen, of slechts op indirecte wijze via de ondervraagden. Het lijkt geen twijfel dat de handelingen van de werkgever, de verzekeringsgeneeskundige en de behandelend arts een grote invloed kunnen hebben op iemands uiteindelijke ziekteduur. De onderhandelingen over een afkeuring onttrokken zich bijvoorbeeld grotendeels aan onze waarneming. Slechts incidenteel werden wij daarvan iets gewaar, bijvoorbeeld als een bedrijf iemand wat al te nadrukkelijk wenste te laten afkeuren.

We vatten de belangrijkste bevindingen hieronder nog eens samen.

De ernst van de aandoening en de binding aan de ziekerol.

Naast de ernst van de aandoening (de prognose van de arts ofwel de objectieve afwezigheidsnoodzaak), speelde iemands gezondheidsbeleving, dat wil zeggen zijn perceptie van de ziekte, zijn verwachtingen omtrent het herstel en zijn inzicht in het behandelingsplan een centrale rol bij het langdurig verzuim. De op grond hiervan veronderstelde binding aan de ziekerol voorspelde de ziekteduur tamelijk goed. Een sterke binding aan deze rol hing, naast de ernst van de aandoening, vooral samen met een laag geschoold beroep en met gevoelens van machteloosheid. Deze beide laatste fak-

toren waren onderling trouwens sterk met elkaar verbonden. Geringe werkmotivatie of veel "stress" hadden een betrekkelijk geringe invloed op de binding aan de ziekerol.

Uit de analyse bleek dat het beroep vooral indirect, via de binding aan de ziekerol, verband hield met het ziekteverzuim. Aspecten van iemands werk zoals fysieke werkbezwaren, werk aan de lopende band, ploegendienst en onvrijheid in het werk betekenden elk afzonderlijk weinig voor het ziekteverzuim. Doch samengebracht onder de noemer van de geschooldheid van het beroep waren zij wel belangrijk voor de individuele verwachtingen over het herstel.

Het beroep, de binding aan de arbeidsrol, de werkbelasting en het bedrijf.

De bevindingen betreffende het beroep leveren enige aangrijpingpunten op voor een preventief verzuimbeleid. In het bijzonder vestigen we de aandacht op het voorkomen of bestrijden van fysieke werkbezwaren, zoals een ongemakkelijke werkhouding, omdat daarmee een belangrijke bijdrage kan worden geleverd aan een spoedig herstel.

Van grotere betekenis dan dergelijke werkomstandigheden is iemands belastbaarheid in zijn werk. Deze persoonsgebonden faktor van gevoelens van overbelasting stond vrijwel geheel los van de overige werkaspecten, van de andere kenmerken van de persoon (bijvoorbeeld zijn leeftijd en beroep) en van zijn omgeving (bijvoorbeeld "stress" en het type bedrijf). Het maakte weinig verschil wat de reden van deze overbelasting was. Zowel de aard van het werk als iemands eigen geaardheid speelden een grote rol. Dit geeft in ieder geval aan dat het optreden van dergelijke gevoelens een voorbode kan zijn van langdurige en zelfs van blijvende arbeidsongeschiktheid en vraagt dus om hun tijdige signalering.

De uitkomsten laten verder zien dat de bedreiging van de werkgelegenheid in een bedrijf iemands afwezigheidsdrempel kan verlagen en tot uitstel van de herstel melding kan leiden. Bij mensen die in zulke kwetsbare bedrijven werkten trad een langere ziekteduur op. Voor de overgang naar de WAO kon dit effect niet worden aangetoond.

Al met al kunnen we zeggen dat arbeidsomstandigheden deels direct en deels indirect van invloed zijn op het langdurig ziekteverzuim. Het gaat hierbij minder om konkrete omstandigheden dan om het geestelijke en sociale klimaat waarin mensen moeten werken. Belangrijke factoren zijn de betrokkenheid bij en de verantwoordelijkheid voor het eigen werk. Hoe onmisbaar voelt iemand zich!

Wij wijzen nog eens op de bevinding dat intensieve contacten tussen de patiënt en het bedrijf de ziekteduur relatief kan bekorten. Ook het optreden van gevoelens van machteloosheid en vervreemding dient in dit verband te worden genoemd. Het tegengaan van een houding waarin dergelijke gevoelens op de voorgrond staan (externe oriëntatie van het gedrag) behoort in het beleid betreffende langdurig ziekteverzuim hoge prioriteit te hebben.

De psychosociale "stress" en het verweer ertegen.

"Stress" tengevolge van akute en chronische levensproblemen uitte zich in het algemeen niet in de vorm van langdurig ziekte- of afwezigheidsgedrag. Dit gold zowel voor persoons- als voor omgevingsgebonden "stress". Eerder het tegendeel was het geval, namelijk juist een kortere ziekteduur. Dit betekent dat psychosociale factoren geen verklaring vormen voor de massale toeloop naar de WAO. Het lijkt er meer op dat mensen die persoonlijk en sociaal minder weerbaar zijn vaker langdurig ziek zijn en afgekeurd worden. Verder is het aannemelijk dat juist de ervaring van "stress" tengevolge van allerlei levensgebeurtenissen verandering ten gevolge kan hebben; dat wil zeggen dat "stress" voorkomt dat mensen in een uitzichtsloze stationaire toestand geraken met als enige punt van aandacht hun ziekte of handicap. Verandering in iemands leven kan in dit verband betekenen dat ander gedrag mogelijk wordt of blijkt dan voortzetting van het huidige ziekte en afwezigheidsgedrag (zie bijvoorbeeld van Eijk, 1979).

Op grond van deze bevindingen moeten de eerste twee vragen die aan het begin van dit hoofdstuk werden gesteld ontkennend worden beantwoord.

Toch kan hieruit niet worden gekonkludeerd dat "stress", die mede voortvloeit uit de meer dynamische levensstijl in de urbane gebieden, zonder gevolgen is voor het persoonlijke en maatschappelijke functioneren van mensen. "Stress" versterkte de binding aan de ziekerol en verzwakte de binding aan de arbeidsrol. Op grond van deze samenhangen is het aannemelijk dat vooral kortdurend ziekteverzuim vaker door "stress" wordt bevorderd (zie ook Philipssen, 1977b).

De woongemeente.

De geringere bereikbaarheid en toegankelijkheid van medische voorzieningen vanuit het platteland, speelde waarschijnlijk een rol bij de langere ziekteduur van mensen die daar woonden. Mogelijk is ook de afstand naar

het werk van belang. Een lange reisduur van huis naar het werk kan een beletsel vormen voor een gedeeltelijke werkhervatting als volledig herstel nog niet is bereikt. Welke verklaring het meest waarschijnlijk is, is uit onze gegevens niet op te maken. In het algemeen vond de tolerantie-hypothese geen steun. Dat wil zeggen dat in woongemeenten waar vanwege de sociaal-ekonomische en sociaal-politieke structuur een grotere tolerantie voor en gelegenheid tot langdurig ziekteverzuim en de overgang naar de WAO werd verwacht, mensen gemiddeld niet significant langer verzuimden of vaker overgingen naar de WAO.

In grote lijnen kwamen de bevindingen betreffende de feitelijke ziekteduur overeen met die betreffende de relatieve ziekteduur, ook al lagen de aksenten soms wat anders. Juist die aksentverschillen illustreren het beslissingskarakter van het langdurige ziekteverzuim. In het algemeen bleken de persoonsgebonden factoren weliswaar van groter belang voor het ziekteverzuim dan de omgevingsgebonden factoren, maar dit gold iets sterker voor de feitelijke dan voor de relatieve ziekteduur.

Zo kwam bij de diskrepantie tussen de verwachte en de werkelijke ziekteduur naar voren, dat een grotere belangstelling van de kant van het bedrijf voor de zieke werknemer gedurende de eerste maanden van de ziekte wet de uiteindelijke ziekteduur kon bekorten. Ook vonden we dat psychosociale "stress" (onafhankelijk van de persoon) en de ekonomische kwetsbaarheid van het bedrijf de ziekteduur verlengden.

Wat betreft de "stress" ging het vooral om gebeurtenissen uit de laatste fase van het verzuim, die de oorspronkelijke verwachting over de ziekteduur (in dit geval van de verzekeringsgeneeskundige) ongeldig maakten. Ook ten aanzien van de terugblik van de arts bleek "stress" van invloed te zijn geweest op het (naar zijn mening) te lange verzuim. Ditmaal betrof het gebeurtenissen (onafhankelijk van de persoon) uit de periode van vóór de ziekmelding.

Deze laatste uitkomst maakt duidelijk dat bepaalde "stress"-factoren uit de periode van de ziekte wet kennelijk hun betekenis voor het verlengen van de ziekteduur achteraf hebben verloren.



### 3. De groep van de WAO-ers

In deze paragraaf schenken we aandacht aan dat deel van de respondenten dat uiteindelijk in de WAO terecht is gekomen. Hoe onderscheidden de WAO-ers zich van de andere langdurige zieken? Welke kenmerken van de persoon en zijn omgeving hebben een voorspellende waarde voor de medische afkeuring? Welke factoren speelden in die beslissing verder een rol? Hoe beleefde de WAO-er zijn situatie op dat moment. Dit zijn enkele vragen waarop we in het volgende een antwoord trachten te geven.

De WAO-ers verschilden in de eerste plaats van de anderen door een grotere lichamelijke handicap, en in de tweede plaats door een lager geschoold beroep en een wat oudere leeftijd. Deze drie kenmerken geven direct al aan dat de WAO-er op de arbeidsmarkt minder kansen heeft. Dit geldt zeker in een situatie waarin de werkgelegenheid verslechtert en waarin er zeker voor deze groep een kwantitatieve diskrepantie tussen de vraag naar en het aanbod van arbeid bestaat.

Letten we vervolgens op welke persoonlijke kenmerken en aspecten van iemands werk en iemands omgeving ertoe kunnen bijdragen dat hij in de WAO terecht komt dan blijken dit de volgende te zijn:

- . Een negatieve gezondheidsbeleving tot uiting komend in een ongunstige ziekteperceptie, een onduidelijke perceptie van het behandelingsplan, en in een passieve houding daartegenover. Deze beleving werd maar ten dele bepaald door de ernst van de aandoening. De onzekerheid over de aandoening bracht in veel gevallen met zich mee dat de patiënt noch zijn arts zicht hadden op hoe een en ander af zou lopen. Voor een veel groter deel werd iemands beleving van zijn gezondheid bepaald door de aard van zijn werk en door zijn eigen houding van machteloosheid tegenover zichzelf en zijn omgeving.
- . Gevoelens van overbelasting in en door het werk. Dergelijke gevoelens hingen niet duidelijk samen met bepaalde werkaspecten, maar ontstonden in een wisselwerking tussen de persoon en zijn werk, waarbij het evenwicht verstoord raakte. Het was niet duidelijk om welke eisen het ging. In ieder geval betrof het niet zulke belastende eisen als bijvoorbeeld overwerk.

Evenmin hielden de overige kenmerken van het bedrijf, zoals de grootte ervan, de aard van het productieproces, de dreiging van werkloosheid, verband met de overgang naar de WAO. De bevinding dat WAO-ers gemiddeld niet vaker in kwetsbare bedrijven werkzaam waren dan de niet WAO-ers, is mogelijk te wijten aan de relatief kleine steekproef van personen die verspreid was over een zeer heterogene groep van bedrijven. Doordat uit de wat grotere bedrijven meerdere respondenten afkomstig waren, met zeer uiteenlopende lichamelijke handicaps en die allen in dezelfde kwetsbare situatie verkeerden kan de veronderstelde samenhang niet optimaal worden getoetst. Het is daarom niet onwaarschijnlijk dat de overigens wel positieve relatie tussen de kwetsbaarheid van het bedrijf en de medische afkeuring, in dit onderzoek is onderschat.

. Een houding waarin gevoelens van machteloosheid en vervreemding sterk overheersten. WAO-ers onderscheidden zich duidelijk van de anderen door de houding die zij aannamen tegenover het eigen gedrag en hun omgeving. Zij verwachtten weinig van anderen en zichzelf bij het veranderen van hun eigen situatie. Een van de meest opvallende kenmerken was wel de passiviteit die men tentoonspreidde. Verder bleken de WAO-ers, die in vergelijking tot de niet-WAO-ers geenszins vaker met "stress"volle omstandigheden werden gekonfronteerd, toch minder adequaat met de ervaren "stress" om te gaan. Dit geringe coping-vermogen heeft betrekking op allerlei onaangename levenssituaties en is niet direkt herleidbaar tot bepaalde problemen. Op grond hiervan kan men de groep van de WAO-ers vanuit psychohygiënisch oogpunt omschrijven als een risico-groep, die niet alleen slechtere kansen heeft, bijvoorbeeld op de arbeidsmarkt, maar ook veel kwetsbaarder is in hun geestelijke en maatschappelijke weerbaarheid bij allerlei levensproblemen. Deze groep verdient zeker bijzondere aandacht binnen de geestelijke gezondheidszorg (zie bijvoorbeeld ook het 3e BAVO-rapport, 1978 en het sociaal en cultureel rapport, 1978).

Tot dusver ging het vooral om subjectieve factoren waarvan enige invloed uitging op de besissing van de respondent om met een afkeuring in te stemmen. Duidelijk te omschrijven werk- en levensomstandigheden waren in het algemeen niet gemakkelijk aanwijsbaar. Hierboven merkten we al op dat de beslissing tot afkeuring maar ten dele afhankelijk was van de werknemer zelf. Doorslaggevend was het advies van de verzekeringsarts of de arts van de Gemeenschappelijk Medische Dienst, die ten behoeve van de bedrijfsvereniging rapport opmaakten en in feite de uitslag vaststelden. De beslissing

hangt in hoge mate af van de inzichten van deze arts, al of niet in overleg met een arbeidsdeskundige. Ook het bedrijf oefent er echter enige invloed op uit. Hieronder geven we de belangrijkste bevindingen daaromtrent weer. Bij ruim driekwart van de 66 WAO-ers werd de afkeuring met behulp van de stukken afgedaan, dat wil zeggen op grond van de reeds uit eerder medisch onderzoek beschikbare informatie en van wat bekend was over de mogelijkheid van een herplaatsing in het bedrijf. Dit betekent in percentages van de gehele groep uitgedrukt:

- 8% werd gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaard. Een dergelijke afkeuring geschiedde in de regel als vervolg op een gedeeltelijke ziektebewijzing.
- 21% werd beschouwd als blijvend arbeidsongeschikt voor elk werk. Herstel was in alle gevallen uitgesloten.
- 17% werd in de nabije toekomst zeker weer geschikt geacht voor het eigen werk. Men kan zeggen dat het ziektejaar voor deze mensen te kort heeft geduurd.
- 32% werd in de toekomst mogelijk voor eigen of ander werk weer geschikt geacht.
- Bijna een kwart van de groep (23%) werd bij de Gemeenschappelijk Medische Dienst gemeld voor een medische en arbeidskundige beoordeling, met het oog op arbeidsbemiddeling of omscholing.

Uit de laatste drie percentages blijkt dat de verklaring van arbeidsongeschiktheid op medische gronden bij ongeveer tweederde van de groep WAO-ers niet totaal en/of definitief was, al kan het daarop wel uitlopen. In de grote meerderheid van deze gevallen zagen zowel de betrokken werknemers als de verzekeringsartsen overigens slechts geringe mogelijkheden voor ander of aangepast werk. De meeste werknemers die onzeker over hun kansen op arbeid waren, bleken ook weinig pogingen ondernomen te hebben, zoals het inwinnen van informatie, het nalopen van advertenties of het verrichten van sollicitaties. In het algemeen ondervond men trouwens weinig actieve steun van de kant van de betrokken instanties, zoals het GAK en het arbeidsbureau. Opnieuw blijkt dus dat onzekerheid over de eigen toekomstmogelijkheden, die overigens sterk gevoeld werd door de genoemde instanties, niet leidde tot een actieve houding bij de mensen. Dit laatste is tot op zekere hoogte wel begrijpelijk, als men kijkt naar het resultaat bij mensen die wel allerlei pogingen hadden ondernomen. Geen van hen had werk gevonden.

Samenvattend kunnen we zeggen dat:

- . de medische arbeidsongeschiktheid bij een groot deel van de WAO-ers beperkt is, en niet gezien kan worden als een totale of definitieve invaliditeit;
- . de onzekerheid over iemands kans op een gehele of gedeeltelijke werkherleving desondanks groot is; en dat
- . de toegang tot de arbeidsmarkt klein is. Er is sprake van een duidelijke marktinferioriteit bij deze groep mensen.

Het spreekt bijna vanzelf dat langdurige arbeidsongeschiktheid, met bovendien een dergelijk ongunstig vooruitzicht, niet zonder gevolgen is voor iemands welbevinden. Uit ander onderzoek komt dit ook naar voren (zie bijvoorbeeld Merens-Riedstra, 1977). Op de vraag naar het gemis van werk antwoordde bijna de helft van deze mensen dat ze dit misten. Daarmee hing het gevoel samen dat het leven voor hen zinlozer was geworden. Voor 40% had het leven meer of minder zijn doel verlopen. Belangrijk is vervolgens de vraag hoe men op een dergelijke situatie reageerde. Het bleek dat driekwart van deze groep zich min of meer aan de situatie had aangepast met behulp van hobbies en andere sociale activiteiten. De meesten hadden een nieuwe vorm van tijdsbesteding gevonden of waren intensiever bezig met hun hobbies. Dit wil echter niet zeggen dat ze tevreden waren, maar wel dat ze hun bestaan wat trachtten op te vullen. Voor ongeveer een kwart van deze mensen leek de situatie zorgwekkender te zijn. Zij bleven tamelijk apathisch en zaten voornamelijk thuis, zonder actieve bezigheden. Vooral bij hen overheerste het gevoel van de zinloosheid van het leven.

#### 4. De theoretische betekenis van de onderzoeksresultaten.

We kunnen konkluderen dat de onderzoeksresultaten de theoretische uitgangspunten van het besliskundig model voor het verloop van een ziektegeval hebben bevestigd. De duur van de afwezigheid wegens ziekte blijkt onder invloed te staan van verschillende persoons- en omgevingsgebonden factoren. Overeenkomstig de beslissingstheorie, waarin de begrippen van ziekte- en afwezigheidsdrempel een centrale rol vervullen, kan het tijdstip van de daadwerkelijke werkherleving bij eenzelfde soort aandoening als een variabel moment worden beschouwd. We hebben kunnen constateren dat de patiënt over een relatief grote mate van vrijheid beschikt, ook bij de afloop van tamelijk ernstige ziekten en ongevallen. Vier factoren, gebonden

aan de persoon of diens persoonlijkheid, speelden bij het verlengen van de volledige ziekteduur - in aflopende sterkte - een rol, te weten:

- Een ongunstige verwachting over de afloop van de ziekte en de kans op herstel (de subjektieve afwezigheidsnoodzaak).
- Een ongunstige prognose van de arts over de afloop van de lichamelijke handicap (de objektieve afwezigheidsnoodzaak).
- Een gevoel van overbelasting in en door het werk; en
- Een houding waarin gevoelens van machteloosheid en vervreemding overheersen.

En drie factoren, gebonden aan iemands omgeving, te weten:

- Een woonplaats met een plattelands karakter en een relatief zwakke sociaal-ekonomische structuur.
- Een in ekonomisch opzicht kwetsbaar bedrijf; en
- De afwezigheid van psychosociale "stress"factoren.

Wat deze uitkomst van de invloed van psychosociale "stress" betreft kan men tegenwerpen dat geen onderscheid is gemaakt tussen "stress" voortkomend uit de arbeidssituatie en "stress" ontstaan in de gezinssituatie. Immers beide vormen van "stress" kunnen, als ze tot werkelijk ziektegevoelens leiden, best een verschillend afwezigheidsgedrag tot gevolg hebben. Een verdere uitsplitsing naar het type van de "stress" is echter niet geschied. De reden daarvoor was het te grote aantal in de analyse te betrekken onafhankelijke variabelen evenals het gebrek aan tijd voor de afronding van het onderzoek. Uit de analyse is overigens gebleken dat bij opsplitsing van de onderzoeksgroep in mensen met weinig en met veel "stress" niet twee verschillende vormen van ziekte- of afwezigheidsgedrag naar voren kwamen. Onder de mensen die veel meemaakten waren niet duidelijk twee afzonderlijke groepen aan te wijzen, één groep die lang verzuimde en één die kort verzuimde. Evenmin vonden we hiervoor aanwijzingen als we bovendien nog onderscheid maakten naar de mate van adekwaatheid van het coping-vermogen. De uitkomsten laten zien dat hoe meer "stress" des te korter het verzuim is en dat de verschillende vormen van afwezigheidsgedrag als een mogelijke reactie op "stress" geenszins even vaak voorkwamen. Ook onze ervaringen tijdens het veldonderzoek gaven ons niet de indruk dat beide typen van "stress" tot scherp van elkaar te onderscheiden verzuimpatronen aanleiding gaven. Bovendien had de "stress" vrijwel nooit betrekking op alleen de arbeidssfeer of de huiselijke sfeer. Een verdere analyse is wellicht minder interessant voor het langdurig ziekteverzuim, dan voor andere vormen van verzuim, zoals

de kortdurende ziektegevallen en de aard van de ziekte.

"Stress" oefende zowel op de binding aan de ziekerol als op die aan de arbeidsrol invloed uit. De precieze betekenis hiervan voor iemands persoonlijke en maatschappelijke funktioneren viel buiten de opzet van het onderzoek.

Ons onderzoek bleek vooral van belang bij de ziekten van het bewegingsapparaat, die kunnen gelden als representanten van de categorie van de objektief-subjektieve syndromen. Bij dergelijke aandoeningen staat immers de subjektieve klacht centraal in de diagnose en de behandeling. Het is in overeenstemming met het theoretisch model dat zijn geldigheid bij deze aandoeningen groter is dan bij zulke objektieve redenen van ziekmelding als ongevallen. Deze grotere geldigheid voor het ene type handicap in vergelijking tot het andere, kunnen we afleiden uit de direkte en indirecte samenhangen met de ziekteduur. We gingen evenwel niet van de veronderstelling uit dat het beslistkundig model slechts op één type aandoening van toepassing zou zijn. Het is dan ook verrassend dat bij de categorie van de ongevalspatiënten eigenlijk alleen de prognose van de arts meetelde voor het voorspellen van de ziekteduur. De konklusie moet luiden dat er vooral bij de degeneratieve ziekten sprake is van een druk van verschillende kanten op het individu bij zijn uiteindelijke beslissing, al speelt iemands eigen houding daarbij een zeer belangrijke rol. Het normale werk hield voor hem blijkbaar al een overmatige belasting in. Het bedrijf waar hij werkte had een onzekere toekomst. Bovendien betekende het ontbreken van "stress" juist dat mogelijk stimulerende prikkels vanuit de omgeving hem deden verzanden in de dagelijkse sleur. In zo'n situatie is het aannemelijk dat hij wat meer gebruik maakt van zijn vrijheid om zelf over een werkhervatting te beslissen.

Voor de ongevalspatiënten ligt het gebruik van die individuele vrijheid iets anders. Men kan zeggen dat de beslissing over herstel veel meer door anderen dan de betrokkene wordt geïnduceerd.

De samenhang tussen de prognose en de ziekteduur is bij deze groep echter verre van volledig. De vraag rijst wat de verklaring hiervoor zou kunnen zijn. Het is mogelijk dat de relatief geringe samenhang tussen beide te wijten is aan de beperkte variabiliteit in scores op de eerstgenoemde variabele. In de regel luidde het oordeel over de ongevallen een volledig herstel ofwel een herstel met een restafwijking. Een meer valide meting van de lichamelijke beperking had waarschijnlijk een betere voorspelling opgeleverd. Verder kan de ver-

houdingsgewijs kleine omvang van de groep ongevalspatiënten van betekenis zijn waardoor extreme uitkomsten het totale beeld sterk kunnen beïnvloeden. Voor dit laatste beschikken we over enkele voorbeelden zoals dat van iemand die ondanks aanzienlijke lichamelijke beperkingen toch het werk hervatte, zelfs tegen het advies van de arts in. Nagegaan is ook of nog andere dan de tien geselecteerde variabelen verband hielden met de ziekteduur van de ongevalspatiënten. Dit was niet het geval. De ongevalspatiënten verschilden evenmin veel van de anderen wat betreft de wel geselecteerde variabelen, met uitzondering van de leeftijd (iets jonger), de binding aan de ziekerol (zwakker) en de prognose (gunstiger). Hierbij aansluitend benadrukken we tenslotte dat het model de beleving van ziektegevoelens veronderstelt. Dergelijke gevoelens kwamen bij deze groep patiënten, ruim tien weken na het ongeval, niet veel meer voor. Men voelde zich over het algemeen gezond, net zoals vóór het ongeval. De prognostische uitspraak van de arts is overigens ook een zeer onvolledige indikator van de werkelijke gezondheidstoestand van de ongevalspatiënt. Diens gezondheidstoestand was eigenlijk nauwelijks gemeten, in tegenstelling tot die van patiënten met een ziekte van de bewegingsorganen. Daardoor was hij misschien minder geneigd zich emotioneel te laten beïnvloeden door factoren die niet met de ziekte zelf te maken hadden. De afwezigheidsbehoefte lijkt in die fase van de ziekte geen rol meer te spelen. Misschien moeten we aan andere factoren denken, die het beslissingsproces beïnvloeden, zoals iemands houding tegenover lichamelijke risico's na een lange periode van inactiviteit.

Mogelijk heeft de prognose van de arts ook de funktie vervuld van "selffulfilling prophecy": de gunstige verwachting omtrent het herstel kan juist de spoedige terugkeer naar het werk beïnvloeden, min of meer los van de gezondheidstoestand.

##### 5. De praktische betekenis van de onderzoeksresultaten.

Op grond van de uitkomsten van dit onderzoek stellen we dat de toename van langdurig ziekteverzuim in het licht van twee algemeen maatschappelijke verschijnselen moet worden gezien. Het ene is vooral cultureel bepaald en betreft de verandering in normen en waarden van ziekte en gezondheid. Het andere draagt primair een structureel karakter en heeft te maken met de afnemende werkgelegenheid en de plaats van de psychisch of lichamelijk gehandicapte werknemer in het arbeidsbestel.

Wat het eerste verschijnsel aangaat kan men de onvoorspelbaarheid

van de ontwikkeling van langdurig ziekteverzuim in belangrijke mate toeschrijven aan verschuivingen in de opvattingen over ziekte en arbeidsongeschiktheid. Het feit dat steeds meer mensen vaker en langer verzuimen zou op zich niet zo negatief en verontrustend beschouwd hoeven worden indien deze ontwikkeling nauw aansluit bij andere maatschappelijke ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg en van de organisatie van arbeid. Ten dele is dit wel het geval. De technologische vooruitgang van de gezondheidszorg heeft ertoe bijgedragen dat meer mensen met goed gevolg behandeld kunnen worden, al dient daarvoor de prijs van een langere ziekte duur te worden betaald. In vele andere opzichten vindt die aansluiting binnen de gezondheidszorg juist niet plaats. Voor tal van gezondheidsstoornissen is niet voldoende medische kennis voorhanden en kan er grote twijfel bestaan aan hun behandelbaarheid en zelfs aan de noodzaak van geneeskundige bemoeienis. Hiervan getuigen bijvoorbeeld de in dit onderzoek gebleken onzekerheid over het te verwachten herstel, de onduidelijkheid over de aard van de aandoening en over het behandelingsplan. Bovendien is de organisatie van de gezondheidszorg gebrekkig met als gevolg onnodig lange wachttijden, trage verwijzingen, een falende voorlichting aan de patiënten, slechts een zeer beperkte of totaal ontbrekende psychosociale en/of sociaal-medische begeleiding door de behandelend arts of vanuit het bedrijf. De centrale rol die de verzekeringsgeneeskundige in dit opzicht zou moeten vervullen, blijkt marginaal te zijn (Wiersma, 1977).

Verder treden ook binnen het arbeidsbestel veranderingen op in het denken over de verhouding tussen belasting en belastbaarheid. Aan de ene kant verschuift de aandacht van fysieke naar psychische en perceptieve belasting, aan de andere kant worden de grenzen van de belastbaarheid sneller overschreden geacht. Het is vaak volstrekt onduidelijk wat voor normen worden gehanteerd.

Vermoedelijk spelen allerlei belastende werk- en levensomstandigheden daarbij een grotere rol dan voorheen het geval was.

Ook de dominerende waarde van de georganiseerde, economisch georiënteerde arbeid neemt geleidelijk aan in betekenis af en is in een concurrerende verhouding komen te verkeren met andere waarde-oriëntaties, zoals die op de vrije tijd. Tegenwoordig hecht men bovendien meer belang aan de persoonlijke aanvaarding van gezagsverhoudingen en aan de betrokkenheid van de werknemer bij de organisatie van zijn werk.



Gezondheidsbeleving en het daaruit voortvloeiende gezondheidsgedrag zijn van wezenlijk belang, overigens niet uitsluitend voor het langdurig ziekteverzuim. Deze twee elementen zijn sterk aan elkaar gekoppeld: een pessimistische gezondheidsbeleving gaat gepaard met passiviteit en met gevoelens van machteloosheid. Ofschoon een dergelijke houding inklusief het gedrag gebonden zijn aan iemands persoonlijkheid, hebben zij ook een structurele achtergrond. Bijvoorbeeld omdat zij vooral voorkomen bij mensen met een lager beroep en een geringe scholing. De patiëntenrol brengt tot op heden nog een grote mate van afhankelijkheid met zich mee, die onnodig en vermijdbaar ziekte- en/of afwezigheidsgedrag tot gevolg heeft.

Vanuit preventief oogpunt is een veel grotere maatschappelijke aandacht wenselijk voor zulke vragen als: hoe om te gaan met de eigen gezondheid; welke gevolgen bepaalde leefgewoonten op de lange duur hebben; welke gedragslijn de patiënt moet volgen in de verschillende fasen van zijn ziekte, etc. Vooral in het onderwijs maar ook in de algemene gezondheidsvoorlichting zal veel meer aandacht geschonken dienen te worden aan de vorming van normen op dit gebied. Niet alleen van de kant van de gezondheidszorg maar ook van die van de overheid en van andere belanghebbenden, zoals patiënten-groeperingen, ontbreken tot dusverre krachtige impulsen op dit gebied hiertoe. De verantwoordelijkheid voor een beleid gericht op dergelijke gedragsveranderingen, ligt maar ten dele bij de gezondheidszorg, want het probleem heeft duidelijk maatschappelijke kanten. Ten onrechte wordt de oplossing van vele maatschappelijke en persoonlijke problemen van de arts verwacht. De sterk toegenomen medikalisering van de maatschappij heeft geleid tot talrijke 'oneigenlijke' elementen in de rol- en taakopvatting van de medische professie.

Een van de meest duidelijke voorbeelden hiervan is de verzekeringsgeneeskunde. De bewaking en sturing van het proces van arbeidsongeschiktheid is aan de verzekeringsgeneeskundige opgedragen. Het is evenwel, zowel bij het kortdurende als bij de langer durende ziekteverzuim gebleken, dat hij daarvoor qua opleiding noch positie ten opzichte van de verzekerde, de werkgever en de behandelend geneesheer onvoldoende is toegerust. De oprichting van een onafhankelijk en regionaal werkend arbeidsgeneeskundig instituut, zoals dit in andere landen funktioneert, lijkt een aantrekkelijker alternatief dan het "bijschaven" van de huidige verbrokkelde, ineffektieve en inefficiënte structuur. Essentieel daarbij is, dat de vraag naar iemands arbeidsgeschiktheid wordt geïntegreerd in de behandeling. Opheffing van de scheiding tussen controle en behandeling is een noodzakelijke voorwaarde voor een adequate begeleiding.

De rol van de huisarts verdient meer nadruk, ook wat betreft verwijzing, berichtgeving en behandelingsplannen.

Wat betreft het structurele verschijnsel van de afnemende werkgelegenheid, is het de laatste jaren meer en meer duidelijk geworden dat het niet alleen gaat om een vervroegde pensionering. Het gaat in toenemende mate ook om jongere werknemers voor wie geen passende arbeid meer is te vinden.

Het blijkt ook dat instanties zoals het GAB en de GMD nauwelijks in staat zijn iets te doen voor deze mensen die buiten de norm van arbeidsproductiviteit vallen.

De relatief slechte positie van mensen van middelbare leeftijd, met een laag geschoold beroep en een lichamelijke handicap, is in het voorgaande voldoende geschetst. Een samenhangend stelsel van maatregelen ter versterking van de arbeidsmarkt-positie van de gedeeltelijk gehandicapte werknemer komt in grote lijnen neer op het scheppen van nieuwe aangepaste werkgelegenheid, danwel op de aanpassing van bestaande arbeidsplaatsen. In het algemeen dient het zowel voor het bedrijf als voor de betrokken werknemer onaantrekkelijk te worden gemaakt dat hij via het medisch kanaal als definitief afgekeurd wordt afgevoerd. Er dient de mogelijkheid te worden geschapen tot geleidelijke inpassing in het werk en/of tot tijdelijke vervulling van een andere baan binnen het bedrijf. Voor het bedrijf zou sterker dan tot op heden het geval is (via de Wet Plaatsing Minder Validen) de verplichting moeten gelden dat een minimum aantal arbeidsplaatsen voor dergelijke mensen toegankelijk worden gemaakt.

Een vermindering van de relatieve aantrekkingskracht van de WAO zou tot stand kunnen komen door aanspraken krachtens regelingen van de ZW en de WAO en krachtens regelingen van de WW, de WWV en de RWW meer op één lijn te brengen. Bij een werkgelegenheidsbeleid ten behoeve van de groep van gehandicapte werknemers past een aktiever beleid betreffende bemiddeling en omscholing. Uitgangspunt moet zijn dat in een vroeg stadium, dat wil zeggen in het eerste halve ziektejaar iemands ongeschiktheid tot werk en zijn kansen voor de naaste toekomst worden nagegaan. De huidige scheiding tussen ZW en WAO vormt daarvoor een belemmering. Signaleringsystemen via de spontane melding en de 13-de week melding blijken in de praktijk niet te werken. In dit onderzoek is gebleken dat de kans op werkhervatting na zes maanden arbeidsongeschiktheid klein is. Het is aannemelijk dat de re-

Integratie-activiteiten omstreeks die tijd op gang dienen te komen om onnodig tijdsverlies te voorkomen. De wettelijke structuur van de sociale verzekeringen dient daarbij aan te sluiten.

Het verdient tenslotte aanbeveling om bijzondere aandacht te schenken aan een weliswaar beperkte groep mensen die in psychosociaal opzicht gebrekkig functioneren, juist vanwege het probleem van niet meer werken. Het arbeidsloze bestaan valt sommigen zwaar en de gevolgen daarvan op lange termijn zijn nog onbekend. Uit preventieve en psychohygiënische overwegingen is een wat langduriger begeleiding van deze "kwetsbare" WAO-ers gerechtvaardigd.