

# Hoofdstuk 6

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op de lange-termijngevolgen van werkstress. Zoals we reeds eerder zagen, kan de werksituatie leiden tot allerlei vormen van psychosociale stress. De arbeidssituatie kan ook aanleiding geven tot lichamelijke en psychosomatische klachten. Veel klachten die met de arbeidssituatie samenhangen, kunnen leiden tot ziekteverzuim en in sommige gevallen zelfs tot blijvende invaliditeit. Dat we het hier hebben over een maatschappelijk verschijnsel van de eerste orde, moge blijken uit het grote aantal werknemers dat van de Ziektewet gebruik maakt of dat is aangewezen op een WAO- of een AAW-uitkering. Wij geven een overzicht van de lange-termijngevolgen van werkstress en zullen ingaan op enkele sociaal-psychologische verklaringsmodellen. Ook bespreken we enkele interventiestrategieën. De nadruk zal in dit hoofdstuk liggen op de psychische gevolgen van werkstress, omdat deze bij een toenemend aantal werknemers de aanleiding vormen om langdurig (en soms zelfs voor altijd) uit het arbeidsproces te verdwijnen.

## 6.1 Lange-termijngevolgen van werkstress

In vorige hoofdstukken hebben we al verschillende keren gewezen op de gevolgen die stress kan hebben voor de lichamelijke en psychische gezondheid. Eerder gaven we al aan dat stress in eerste instantie wordt gekenmerkt door het optreden van negatieve emoties en daarmee eventueel gepaard gaande tijdelijke fysiologische veranderingen, zoals versnelde hartslag en hormonale veranderingen, die het organisme als het ware mobiliseren om aan een dreiging het hoofd te bieden. Dit werd door Selye, de pionier op het gebied van stressonderzoek, het algemene-adaptatiesyndroom genoemd (zie hoofdstuk 1). Op zich is er niets ongezonds aan het ervaren van negatieve emoties, zelfs niet wanneer ze betrekkelijk intens zijn en duidelijke hormonale en fysiologische veranderingen met zich mee brengen, zoals bij het algemene-adaptatiesyndroom het geval is. Wanneer echter dergelijke emoties langere tijd duren en een intensief karakter hebben, kan er een verstoring in het psychologische of biologische evenwicht plaatsvinden. In feite is er dan sprake van een chronisch geworden aanpassingssyndroom. De negatieve effecten daarvan kunnen zich op de duur uiten en op drie manieren zichtbaar worden voor de lichamelijke en psychische gezondheid.

- 1 Stress op het werk kan mede bijdragen tot het ontstaan of verergeren van allerlei lichamelijke ziekten, zoals hart- en vaatziekten, maagzweren, astma en suikerziekte (Fletcher, 1988).
- 2 Stress kan een rol spelen bij het ontstaan van allerlei psychosomatische klachten, zonder dat er sprake hoeft te zijn van aantoonbare lichamelijke afwijkingen, zoals hoofdpijn, rugklachten en hartkloppingen. Uit het eerder vermelde onderzoek van Van Dijkhuizen (1980) onder het middenkader in een groot aantal bedrijven bleek bijvoorbeeld dat met name gevoelens van angst op het werk leiden tot dergelijke klachten.
- 3 Stress kan psychische problemen met zich brengen, zoals irritatie, depressiviteit, 'afgebrand' raken en emotionele uitputting (Schaufeli, 1990). We willen nu achtereenvolgens op deze verschillende soorten problemen ingaan. Al deze vormen van aantasting van de (geestelijke) gezondheid kunnen gepaard gaan met ziekteverzuim. Het verband tussen ziekte en ziekteverzuim is echter minder simpel dan het op het eerste gezicht lijkt; daarom zullen we aan dit probleem apart aandacht besteden.

### 6.1.1

#### Lichamelijke ziekten

Stress op het werk kan een rol spelen bij het ontstaan van tal van lichamelijke symptomen, zoals een verhoogde bloeddruk, een verhoogd cholesterolgehalte, astma, maagklachten, hart- en vaatziekten, kwaadaardige tumoren, en een verminderde weerstand tegen infectieziekten. Tal van epidemiologische gegevens laten inderdaad zien dat stress in de werkomgeving de lichamelijke gezondheid kan beïnvloeden. In Engeland blijkt bijvoorbeeld het overlijdensrisico voor ongeschoolden over het geheel genomen bijna tweemaal zo groot te zijn als voor vakspecialisten. Dat de kans om te overlijden aan ziekten als longontsteking en aandoeningen van de luchtwegen onder ongeschoolden ongeveer vijf keer zo hoog ligt als onder vakspecialisten, valt ten dele te verklaren uit verschillen in fysieke werkomstandigheden. Maar het feit dat werknemers in laaggekwalificeerde beroepen ook eerder het slachtoffer worden van bijvoorbeeld hart- en vaatziekten dan mensen uit de hogere beroepsniveaus, laat zien dat andere factoren in dit verband een rol spelen (Cooper & Smith, 1985).

Marmot & Madge (1987) demonstreerden dat verschillen tussen beroepsniveaus, voor wat betreft het risico om aan hart- en vaatziekten te overlijden, slechts gedeeltelijk zijn terug te voeren op verschillen in risicofactoren zoals cholesterolgehalte in het bloed, hoge bloeddruk en roken. Ze lieten zien dat er belangrijke sociaal-psychologische verschillen zijn tussen beroepsniveaus. Hoe lager het niveau, des te minder sociaal contact men heeft met anderen op het werk, des te minder controle men kan uitoefenen op de werksituatie en des te minder vaak men zich eerlijk behandeld voelt op het werk. Appels (1980) heeft met name aangetoond dat een sterke mate van wat hij noemde vitale uitputting veelal voorafgaat aan het optreden van een hartinfarct.

Ook de mate van beheersing van de werksituatie is een cruciale factor waar het gaat om de uiteindelijke gevolgen van werkstress voor de gezondheid. Zweeds onderzoek in het kader van Karaseks werkbeslissingsruimte-model (zie hoofdstuk 2) laat bijvoorbeeld zien dat de combinatie van een hoge mate van belasting en een lage mate van beheersing over de werksituatie bij uitstek gepaard gaat met hart- en vaatziekten en een verhoogd overlijdensrisico (Karasek e.a., 1981).

Ook Type A-gedrag werd aanvankelijk in verband gebracht met het optreden van hart- en vaatziekten. In de loop van de tijd is echter gebleken dat de samenhang tussen Type A-gedrag en hart- en vaatziekten minder sterk is, en geleidelijk is het inzicht ontstaan dat hoogstens bepaalde aspecten van Type A-gedrag samenhangen met hart- en vaatziekten. In een uitgebreide analyse van de psychologische predictoren van hart- en vaatziekten concluderen Booth-Kewley & Friedman (1987) dat in het bijzonder de competitie- en gedrevenheidsaspecten van het Type A-gedrag (maar in mindere mate het werkbetrokkenheidsaspect) samenhangen met het optreden van hart- en vaatziekten. Ook woede, agressie en met name vijandigheid spelen in dit verband een duidelijke rol, evenals depressie.

Er zijn tal van manieren waarop stress het lichamelijk evenwicht kan verstoren. De mens probeert zich steeds aan te passen aan nieuwe situaties. Wanneer zich echter veel ingrijpende levensveranderingen voordoen, kan de adaptatie falen en kunnen als gevolg daarvan uitputting, depressie, hulpeloosheid en disorganisatie ontstaan. Dit aanpassingsproces kan op verschillende manieren leiden tot lichamelijke schade. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat een acute fysiologische reactie, zoals verhoogde bloeddruk, chronisch wordt, of dat er sprake is van een overmatig sterke fysiologische reactie bij geringe stress. Ook is het mogelijk dat de bij de fysiologische reactie behorende gedragscomponent (bijvoorbeeld agressie) wordt geblokkeerd, waardoor het psychobiologisch evenwicht verstoord raakt.

Tot nu toe hebben we slechts aangegeven dat stress tot ziekte kan leiden via directe psychofysiologische processen die de gezondheid beïnvloeden. Er is echter nog een andere manier waarop stress de gezondheid kan beïnvloeden, namelijk door het stimuleren van riskante gewoonten die de gezondheid aantasten, zoals slecht eten, roken en overmatig alcoholgebruik (Maes e.a., 1987).

612

### **Psychische problemen**

Het belang van werkstress voor de geestelijke gezondheid ligt in zekere zin voor de hand. Het grote aantal mensen dat wegens psychische klachten via de WAO het arbeidsproces verlaat, lijkt in dit verband veelzeggend; in 1987 ging het om 25% van het totaal aantal in dat jaar afgekeurden (zie hoofdstuk 7 voor uitgebreidere bespreking). Van de door het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds in de periode 1982-1986 blijvend ongeschikt verklaarden was er

zelfs in 42% van de gevallen sprake van psychische ziekten. Maar velen werken ook gewoon door, ondanks ernstige psychische klachten. Fletcher & Payne (1980) bestudeerden een groot aantal onderzoeken en concludeerden hieruit dat naar schatting 10 tot 15% van de werkende bevolking in Groot-Brittannië dusdanige met het werk samenhangende psychische symptomen had dat professionele behandeling geboden was.

Er zijn in het percentage mensen dat hulp zoekt voor psychische problemen aanzienlijke verschillen tussen beroepsgroepen. Uit een onderzoek in Tennessee bleek bijvoorbeeld dat paramedici, muzikanten, serveersters, obers en verpleegsters zich relatief vaak tot instellingen voor geestelijke volksgezondheid wendden, terwijl betrekkelijk zelden psychosociale hulp gezocht werd door onder meer bakkers, bankwerkers, secretaresses, bankbedienden en maatschappelijk werkers (Colligan e.a., 1977).

### 6.1.3

#### **Burn-out**

Wanneer men beroepsmatig veelvuldig contact heeft met andere mensen, zoals in het maatschappelijk werk, de gezondheidszorg, het personeelswerk en het onderwijs— kan na verloop van tijd 'burn-out' optreden. 'Burn-out' is een moeilijk vertaalbaar concept, dat zoiets betekent als 'afgebrand' of 'uitgeblust' zijn. Met name onder artsen en verpleegkundigen kan dit verschijnsel zich voordoen. In de medische professie heeft men vaak veel emotioneel geladen contacten met patiënten, bijvoorbeeld omdat men geconfronteerd wordt met patiënten die bezorgd, bang of vijandig zijn, of omdat men patiënten moet meedelen dat ze ongeneeslijk ziek zijn. Maar ook bij bijvoorbeeld politiefunctionarissen, pro deo-advocaten, gevangenisbewaarders en docenten zijn burn-out-verschijnselen geconstateerd (Schaufeli, 1990).

Aan burn-out zijn drie aspecten te onderscheiden (Maslach & Jackson, 1982):

- 1 emotionele uitputting: het gevoel dat men niet meer uit de emotionele reserves kan putten en anderen weinig meer te bieden heeft in psychologische zin;
- 2 depersonalisatie: het ontwikkelen van een negatieve en cynische houding tegenover patiënten, cliënten, leerlingen, gedetineerden;
- 3 verminderde persoonlijke bekwaamheid: het idee of gevoel dat men minder bekwaam is dan voorheen, wat gepaard gaat met een negatieve zelfevaluatie.

#### **Sociaal-psychologische verklaringen**

Verskillende sociaal-psychologische processen spelen een rol bij het ontstaan van burn-out.

- Gebrek aan beheersing: het kunnen hanteren van de potentieel stressvolle situatie of gebeurtenis, en meer in het algemeen: de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op de omgeving, wordt als positief ervaren. Echter, juist het gedrag van anderen, zoals leerlingen en patiënten, is in veel gevallen slechts tot op zekere hoogte beïnvloedbaar, hoezeer men zich ook inzet. Voor bijvoorbeeld verpleegkundigen geldt bovendien dat ze allerlei beslissingen niet

zelf mogen nemen en vaak geen invloed hebben op hun werktijden en werk-omstandigheden. Met name bij verpleegkundigen met een hoog gevoel van eigenwaarde blijkt een dergelijk gebrek aan controle gepaard te gaan met burn-out (Buunk & Schaufeli, 1993).

- **Aangeleerde hulpeloosheid:** deze theorie veronderstelt dat een gebrek aan beheersbaarheid in eerste instantie zal leiden tot gevoelens van woede of vijandigheid en pogingen weer greep te krijgen op de situatie. Wanneer men er herhaaldelijk niet in slaagt om situaties onder controle te krijgen, kunnen gevoelens van aangeleerde hulpeloosheid optreden. Daarmee wordt een toestand bedoeld waarin men zelfs niet meer wil proberen greep op de situatie te krijgen, ook al zou dat wel tot resultaat kunnen leiden. De vergeefse pogingen in het verleden om de situatie te beïnvloeden, hebben dan tot een soort moedeloosheid geleid (Seligman, 1979).
- **Dispositionele attributies:** de problemen die men in het werk ervaart, worden toegeschreven (geattribueerd) aan persoonlijke (dispositionele) tekorten. Men denkt bijvoorbeeld 'Er is iets mis met mij' of 'Ik ben niet geschikt voor dit werk'. Dit soort attributies wordt versterkt wanneer er sprake is van chronische stress en wanneer er over veel problemen niet gesproken wordt, waardoor men denkt de enige te zijn die dergelijke problemen ervaart. Met name wanneer men een tekort aan beheersing toeschrijft aan algemene stabiele persoonsfactoren ('Ik ben nu eenmaal iemand die weinig kan'), zullen vaak gevoelens van depressie voorkomen (Debersnagel, 1989).
- **Sociale vergelijking:** wanneer men ziet dat anderen burn-out-symptomen vertonen, kan dat ertoe leiden dat die symptomen worden overgenomen, in stand worden gehouden of versterkt worden, ervan uitgaande dat dergelijke symptomen min of meer 'normaal' zijn bij dit soort werk. In een onderzoek van Groenestijn e.a. (1992) bleek inderdaad dat verpleegkundigen met een sterke behoefte aan sociale vergelijking meer afgebrand waren wanneer ze meenden dat veel van hun collega's ook burn-out-symptomen vertoonden.
- **Rolambiguïteit:** juist in beroepen waarin met mensen wordt gewerkt, is de afbakening van de rol vaak niet duidelijk en ontbreekt het aan feedback van collega's en superieuren over het eigen werk. In tal van studies is gebleken dat juist rolambiguïteit leidt tot burn-out. Dignam e.a. (1986) onderzochten bijvoorbeeld gevangenisbewaarders en reserveerden het begrip 'burn-out' voor de combinatie van emotionele uitputting en depersonalisatie; ze vonden een vrij hoge samenhang tussen rolambiguïteit en burn-out.
- **Verstoorde uitwisseling:** in de mensgerichte beroepen is men als het ware gedwongen tot het steeds weer oproepen van positieve, belangstellende, meelevende gevoelens. Dat vereist zeer veel energie, waarvoor men vaak weinig terugkrijgt. Ook al weet men als hulpverlener dat de relatie met de cliënt of patiënt per definitie eenzijdig is, toch gaat het ook hier om relaties waarvoor de professional verwacht iets van de ander terug te krijgen, bijvoorbeeld in de vorm van uitingen van erkentelijkheid, of vermindering van angst en stress bij de patiënt of cliënt. Als een soort defensieve reactie kunnen dan gevoelens van depersonalisatie ontstaan; men wordt onverschillig en cynisch, waar-

schijnlijk omdat men niet langer in staat is positieve gevoelens op te brengen (Van Yperen e.a., 1992). Dit proces wordt nog versterkt door eventuele negatieve gevoelens die het omgaan met cliënten, patienten of leerlingen met zich kan brengen. Deze gevoelens kunnen echter niet worden geventileerd, omdat daarmee het (zelf)beeld van de zorgzame, hulpvaardige, ondersteunende en begrijpende hulpverlener wordt verstoord. Zo is de cirkel weer rond.

#### 6.1.4

#### Psychosomatische symptomen

Er zijn verschillende verklaringen voor het ontstaan van psychosomatische of functionele klachten. In sommige verklaringen ligt de nadruk op een verstoring in het fysiologische evenwicht; deze verklaring is echter onbevredigend, omdat mensen hun eigen lichaamsprocessen bijzonder onnauwkeurig waarnemen. Er is geen directe relatie tussen de feitelijke fysiologische processen en de subjectieve beleving van lichamelijke verschijnselen. Mensen kunnen lichamelijke sensaties ervaren, zoals hoofdpijn en rugklachten, zonder dat er enige fysiologische verandering heeft plaatsgevonden; omgekeerd kan het voorkomen dat feitelijke fysiologische stoornissen, zoals een hoge bloeddruk of zelfs een lichte hartaanval, niet of nauwelijks worden opgemerkt.

Maar hoe ontstaan dan psychosomatische symptomen – zoals vage rugklachten, hoofdpijn – als reactie op stress? Volgens de sociaal-psychologische theorie van Pennebaker (1982) doen zich juist wanneer mensen onder stress verkeren, tal van weinig specifieke lichamelijke veranderingen voor die voor verschillende interpretaties vatbaar zijn. Met name in een dergelijke situatie kunnen psychosomatische klachten ontstaan. Onder meer de volgende drie sociaal-cognitieve processen kunnen een rol spelen bij het optreden van zulke klachten (zie ook Cohen & Williamson, 1991):

- 1 Selectieve waarneming: wanneer er weinig prikkels uit de omgeving komen, waardoor men zich verveelt, of wanneer er juist sprake is van een overweldigende hoeveelheid prikkels in de omgeving, die leiden tot lichamelijke sensaties, is de kans groot dat men de aandacht gaat richten op de processen die zich in het lichaam afspelen. Wanneer er een redelijke hoeveelheid prikkels aanwezig is die goed te verwerken zijn, zal men zich daarentegen minder richten op wat zich in het lichaam afspeelt. Vanuit dit gezichtspunt is het ook goed verklaarbaar dat, zoals in hoofdstuk 1 reeds is beschreven, allerlei stressreacties meer voorkomen bij zowel mensen van wie het werk gekenmerkt wordt door overbelasting als bij mensen die te maken hebben met onderbelasting in hun werk (Kahn, 1981).
- 2 Benoemen van ervaringen als symptomen: mensen hebben vaak bepaalde ideeën over wat symptomen zijn van een bepaalde ziekte (Cohen & Williamson, 1991). Ook sociale informatie kan ertoe leiden dat men de hypothese aanneemt dat men een bepaalde kwaal of een bepaald symptoom heeft; men ziet bijvoorbeeld iemand anders ziek worden, of leest of hoort informatie over een bepaalde ziekte. Zo blijkt uit experimenteel onderzoek van Penne-

baker (1982) dat mensen aan wie terloops wordt verteld dat er griep rondgaat, later meer griepachtige symptomen rapporteren. Ook blijkt uit experimenteel onderzoek dat symptomen als hoesten direct geïmiteerd kunnen worden, zeker wanneer er een plausibele reden voor gegeven wordt.

- 3 Zoeken van bevestiging: men gaat selectief zoeken naar bevestiging van de aangenomen hypothese dat men lijdt aan het veronderstelde ziektebeeld; omdat lichamelijke processen vage, voor meerdere uitleg vatbare signalen afgeven, is het vaak niet moeilijk om althans gedeeltelijke ondersteuning van een dergelijke hypothese te krijgen. Bovendien heeft men, door te letten op wat zich in het lichaam afspeelt, een grotere kans dat men ook werkelijk iets waarneemt. Uit experimenten blijkt dat men mensen wanneer hun verteld wordt dat een ultrasoon geluid de huidtemperatuur doet toenemen, feitelijke veranderingen in huidtemperatuur interpreteren als warmer worden van de huid. Omgekeerd nemen proefpersonen aan wie wordt meegedeeld dat het geluid leidt tot een afname in huidtemperatuur, veranderingen waar als het kouder worden van de huid (Pennebaker, 1982).

#### Opgave 6.1

Hoe kunt u vanuit de theorie van Pennebaker verklaren dat medische studenten in de eerste jaren van hun studie vaak allerlei lichamelijke ziektesymptomen ontwikkelen?

Processen zoals die hier geschetst zijn, kunnen er soms toe leiden dat binnen organisaties massale symptoombesmetting plaatsvindt. In stressvolle werksituaties doen zich vaak allerlei ambigue en onplezierige lichaamsgewaarwordingen voor. Wanneer nu een collega bepaalde symptomen gaat vertonen, en daarvoor bepaalde aspecten van de werkomgeving (zoals de airconditioning of chemische stoffen) verantwoordelijk stelt, kunnen anderen bij zichzelf naar aanwijzingen voor dezelfde symptomen zoeken. Dergelijke processen worden voorts versterkt door geruchten en door het levendige bewijs dat collega's allerlei symptomen manifesteren.

#### **Box 6.1: Voorbeeld symptoombesmetting**

Er zijn inderdaad intrigerende case-studies gerapporteerd over gevallen waarbij er in organisaties symptoombesmetting optrad als reactie op een of ander ingebeeld fysisch of chemisch gevaar. Colligan (1985) beschrijft een dergelijk incident in een fabriek waar aluminium meubels werden gemaakt. In deze fabriek kreeg op een gegeven dag een vrouwelijke werknemer 's morgens last van allerlei klachten, zoals hoofdpijn, misselijkheid, duizeligheid en een brandende keel. Ze klaagde daarbij over een of andere vreemde geur. Een paar minuten later hadden drie andere werknemers dezelfde symptomen en binnen een half uur nog zes anderen. Hoewel er geen sprake bleek te zijn van een te hoog koolstofmonoxidegehalte in de lucht, werden toch de ventilatoren aangezet. Niettemin hadden na een uur in totaal

negenentwintig vrouwen bepaalde symptomen ontwikkeld. In lichamelijk opzicht was er echter niets afwijkends aan de hand; medisch onderzoek in een nabijgelegen ziekenhuis liet geen enkele lichamelijke afwijking zien en de meeste werknemers konden weer snel naar huis. Er was ook geen sprake van een gevaarlijk gas of iets dergelijks; uitvoering onderzoek door onafhankelijke deskundigen op de dag van de 'epidemie' wees uit dat alle gassen binnen acceptabele grenzen lagen. Wat was er dan wel aan de hand? Uit later verricht psychologisch onderzoek bleek dat de werknemers die symptomen vertoond hadden, meer last ondervonden van stress op hun werk; zo ervoeren ze meer toekomstonzekerheid, conflicterende opdrachten en gebrek aan invloed. Bovendien werden ze gekenmerkt door een slechtere gezondheid en sterkere neigingen tot histerie en hypochondrie. Daar kwam nog bij dat er een kans was dat de fabriek gesloten zou worden, en dat er weinig ander werk in de omgeving was. Al dit ongenoegen werd als het ware omgezet in lichamelijke klachten. Colligan wijst erop dat het feit dat de meeste werknemers elkaar kenden, de sociale beïnvloeding vergemakkelijkte; uit experimenteel sociaal-psychologisch onderzoek is immers bekend dat mensen in cohesieve groepen relatief meer door elkaar beïnvloed worden. Wat dus beleefd werd als een lichamelijke reactie op een fysieke dreiging, was in feite een sociaal-psychologisch fenomeen.

## 6.2

### Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim in Nederland is in vergelijking met onze beide buurlanden relatief hoog. Grosfeld (1988) vergeleek de verzuimcijfers van Nederland met die van België en West-Duitsland. Hij constateerde dat ons land op kop lag met een verzuimpercentage van 12%, gevolgd door West-Duitsland en België met respectievelijk 8% en 6%. Dat wil dus zeggen dat er per jaar van iedere honderd kalenderdagen waarop normaal gewerkt wordt, twaalf verloren gaan door ziekte.

Ook lag de gemiddelde verzuimduur in Nederland hoger dan in onze beide buurlanden. Deze verzuimduur is trouwens de afgelopen decennia zeer sterk gestegen: vanaf 1967 met gemiddeld 43% bij de mannen en zelfs 80% bij de vrouwen. Nadere analyse door Grosfeld (1988) wijst uit dat deze stijging vooral voor rekening komt van het langdurig verzuim. Alhoewel het meeste verzuim van korte duur is (na drie maanden is 96,5% weer aan het werk) veroorzaakt de overige 3,5% maar liefst 30% van het totale aantal verzuimdagen. Zoals bekend, is de werking van de Ziektewet beperkt tot de duur van één jaar. Daarna komt er in de regel een afkeuringsprocedure volgens de WAO op gang. Ook het aantal werknemers in de WAO is fors gestegen. Bij de invoering in 1976 werd geschat dat er maximaal 150000 mensen een beroep



op deze in internationaal opzicht unieke wet zouden doen. Dit aantal werd echter al onmiddellijk na de invoeringsdatum gehaald. In de jaren zeventig bedroeg de jaarlijkse groei van het aantal WAO-uitkeringen steeds ca. 10%. Reeds in 1981 was 13% van de potentiële beroepsbevolking afgekeurd volgens de WAO/AAW. Vanaf 1982 heeft deze spectaculaire groei plaatsgemaakt voor een lichte teruggang. Eind 1988 ontvingen ruim 750 000 mensen een uitkering krachtens de WAO of de AAW. (De AAW is de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet voor niet-loontrekkenden, zoals kleine zelfstandigen en boeren.)

Met ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn aanzienlijke bedragen gemoeid. Per jaar wordt door de sociale fondsen 6,5 miljard gulden uitgegeven in het kader van de Ziektewet en 16 miljard gulden ten behoeve van de WAO/AAW. Dit correspondeert met 2, respectievelijk 4,5% van het netto nationale inkomen. Paragraaf 6.1 handelde over de lange-termijnstress en de gevolgen van werkstress. Er werd daarbij opgemerkt dat verzuim, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid als naar buiten toe zichtbare gevolgen van deze stress beschouwd kunnen worden.

De relatie tussen werkstress en verzuim is echter indirect en complex. Lichamelijke of psychische klachten, resulterend uit werkstress, leiden in de meeste gevallen niet automatisch tot ziekteverzuim. De werknemer moet als het ware beslissen om te verzuimen. Ziekteverzuim is dus te beschouwen als bewust gedrag. Het eenvoudigst ligt de situatie bij wat Koopman-Iwema & Buyse (1986) wit verzuim noemen. In dat geval gaat het om verzuim op grond van een objectief aantoonbare ziekte of aandoening (hartinfarct, botbreuk). Het meeste verzuim is echter grijs van aard, aldus de beide auteurs. Dat wil zeggen dat de diagnose minder goed vast te stellen is. De instelling van de werknemer en diens interpretatie van de klachten spelen dan een grotere rol. Ten slotte wordt er nog gesproken van zwart verzuim wanneer een werknemer zich ziek meldt zonder het daadwerkelijk te zijn. Het gaat hier dus om oneigenlijk gebruik van de sociale wetgeving.

## 6.2.1

### Visies op ziekteverzuim

Globaal gesproken kan men onderscheid maken tussen drie soorten visies op ziekteverzuim. Het eerste type legt sterke nadruk op persoonskenmerken van degene die verzuimt. Het tweede type stelt de relatie mens-arbeidsmilieu centraal, terwijl ten slotte bij sommige benaderingen het accent ligt op de arbeidsomstandigheden. Deze drie visies zullen nu kort worden besproken. De eenvoudigste opvatting is die waarna bepaalde persoonskenmerken verantwoordelijk worden gesteld voor het optreden van ziekteverzuim. In dat geval wordt van individuele verzuimgeneigdheid gesproken. Werknemers verschillen onderling sterk op dit kenmerk, zo wordt verondersteld. Onderzoek naar zogenoemde 'veelverzuimers' heeft echter weinig eenduidige resultaten opgeleverd. Bij nader inzien blijkt dat het op verschillende tijdstippen steeds om andere mensen gaat. De 'veelverzuimers' vormen dus geen homogene groep.

Een ander persoonskenmerk dat in verband wordt gebracht met ziekteverzuim, is terugtrekkingsgeneigdheid. Er wordt verondersteld dat ziekteverzuim een vorm van terugtrekgedrag is uit een onaangename arbeidssituatie. Uit deze opvatting volgt dat de arbeidssituatie als onaangenaam wordt ervaren door werknemers die verzuimen. Onderzoek toonde echter aan dat arbeidssatisfactie nauwelijks met ziekteverzuim samenhangt (Nicholson e.a., 1977).

In de interactionele visie op ziekteverzuim staat het begrip 'aanpassing' centraal. Er is iets mis met de aanpassing van de werknemer aan de organisatie of aan de omstandigheden van het werk. Deze aanpassing is in feite als een soort evenwicht te beschouwen tussen de persoon en diens werkomgeving. Bij ziekteverzuim is de verhouding tussen de draagkracht van de werknemer en de draaglast van de omgeving verstoord. De balans is doorgeslagen; de draaglast gaat de draagkracht te boven. Een dergelijke benadering komt men vooral in de bedrijfsgeneeskunde tegen (Ettema, 1973) en is vergelijkbaar met het persoon-omgeving-aansluitingsmodel (hoofdstuk 1).

In een iets andere vorm vindt men de interactionele visie terug in de kosten-baten-analyse, waarvan sommigen veronderstellen dat werknemers deze voortdurend maken. Bij ziekteverzuim valt deze analyse negatief uit: de kosten zijn groter dan de baten. Verzuim wordt derhalve gezien als een negatief betaalmiddel voor het verstoorde evenwicht tussen datgene wat de organisatie biedt, en datgene wat van de werknemer wordt verlangd. Men meent te weinig baten te krijgen in verhouding tot de kosten, en ziekteverzuim is dan een manier om de baten voor zichzelf, en de kosten voor de organisatie te verhogen en zo de ervaren onbillijkheid in de uitwisseling met de organisatie te corrigeren. Uit een onderzoek van Geurts e.a. (1991) bleek dat produktiewerkers van een metaalverwerkend bedrijf des te vaker verzuimden naarmate ze zich meer benadeeld voelden in de uitwisseling met de organisatie. De derde en laatste visie op ziekteverzuim, de omgevingsgebonden visie, gaat uit van defecten in de werkomgeving: externe omstandigheden worden primair verantwoordelijk geacht voor het ziekteverzuim. Daarbij gaat het om twee orientaties. In het ene geval worden er tekorten gesignaleerd in de sociale organisatie van het werk. In het andere geval gaat het om tekortkomingen in het werk zelf.

Om met het eerste te beginnen: de manier waarop in een organisatie rollen worden bekleed, kan de aanleiding tot veel problemen vormen (zie hoofdstuk 3). Zo kan iemand gedwongen zijn om twee tegenstrijdige rollen te spelen (extern rolconflict), of kunnen er tegengestelde eisen aan iemand in een bepaalde rol worden gesteld (intern rolconflict). Ook kan er te weinig informatie zijn om de rol goed te kunnen vervullen (rolonduidelijkheid). Zoals gezegd, kunnen dergelijke situaties aanleiding geven tot allerlei psychologische en psychosomatische klachten, die op hun beurt dikwijls leiden tot ziekteverzuim (Van Dijkhuizen, 1980).

Er zijn enige pogingen ondernomen om de tekortkomingen in het werk te verminderen en de kwaliteit van de arbeid te verhogen door middel van taak-

roulatie, taakverrijking en het instellen van autonome groepen (zie hoofdstuk 2). Het valt echter moeilijk vast te stellen wat de invloed van dergelijke sociotechnische maatregelen op het ziekteverzuim is (Allegro, 1973).

622

### Ziekteverzuim als beslissingsproces

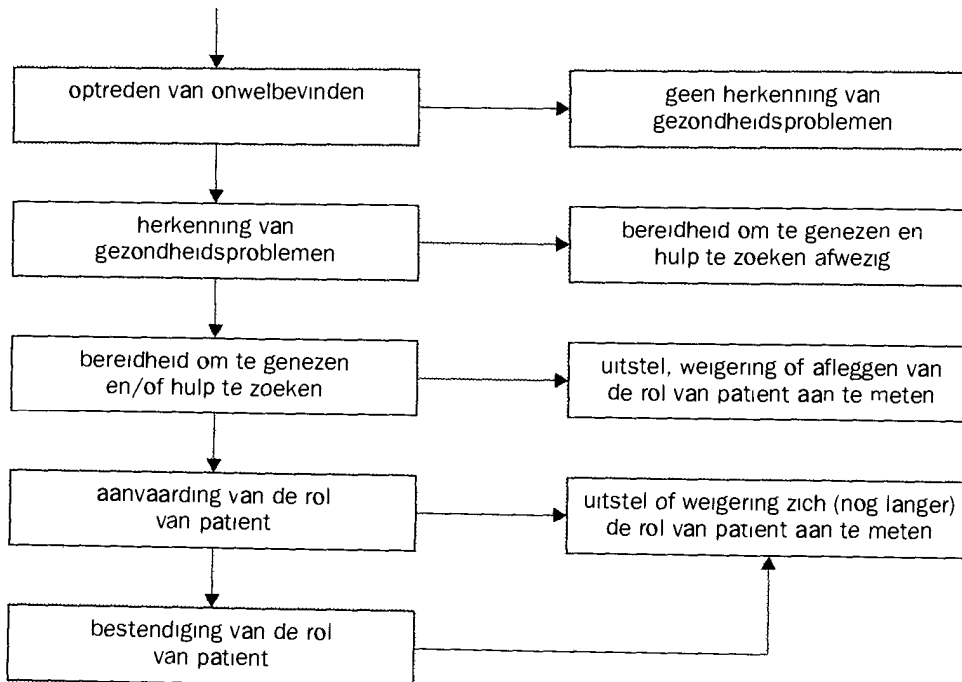
De drie genoemde visies op ziekteverzuim zijn in zekere zin als indirecte benaderingen te beschouwen. Ziekteverzuim wordt hier immers opgevat als een resultaat van iets anders, dat in de persoon zelf lag, in de werkomgeving of in beide. Ziekteverzuim kan echter ook direct als concreet gedrag worden geanalyseerd. Het gaat dan niet langer om de achtergronden of determinanten van het verzuim, maar om het proces zelf. Een uitgewerkt beslistkundig model vindt men bij Philipsen (1969). De kern van zijn opvatting is dat de werknemer een zekere beslissingsvrijheid heeft in de diverse stadia die voorafgaan aan het feitelijke verzuim. Het verloop van een ziektegeval wordt door Philipsen in vijf opeenvolgende fasen ingedeeld:

- 1 zich onwel bevinden
- 2 herkennen van gezondheidsproblemen
- 3 bereidheid om genezing en/of hulp te zoeken
- 4 aanvaarding van de rol van patient
- 5 bestendinging van de patientenrol.

In ieder stadium kan men besluiten zich ziek te melden. Men kan er echter in iedere fase als het ware ook uitstappen. Zo kan men 'besluiten' om geen gezondheidsproblemen te herkennen, bijvoorbeeld door dit zich-onwelvoelen toe te schrijven aan het feit dat men te zwaar getafeld heeft. Of men gaat niet naar de dokter, alhoewel men wel erkent iets onder de leden te hebben. Men kan ook naar de dokter gaan maar weigeren zich als patient te gedragen, door bijvoorbeeld toch gewoon naar het werk te gaan (zie figuur 6.1).

**Figuur 6.1** Het verloop van een ziektegeval als beslissingsmodel

Bron Philipsen, 1969, blz 24



Natuurlijk hangt de beslissingsvrijheid die men heeft in sterke mate van de aard van de aandoening af. Bij acute, zeer ernstige aandoeningen is deze vrijheid gering of zelfs helemaal afwezig, denk aan een hartinfarct of een hersenbloeding. Bij niet-acute ernstige aandoeningen, zoals de meeste vormen van kanker en tuberculose, is de vrijheid al een stuk groter. Bij niet-ernstige subjectieve aandoeningen, waaronder hoofdpijn, griep en overspannenheid, is de keuzevrijheid aanzienlijk. Uit schattingen in Nederland blijkt dat maar liefst 72% van de aandoeningen in deze laatste categorie valt. Dit illustreert nog eens het belang van het analyseren van dergelijke keuzeprocessen.

Philipsen stelde vast dat er vele factoren zijn die het verloop van het ziektegeval beïnvloeden. Deze factoren kunnen worden gelokaliseerd in de samenleving, de gezondheidszorg, de privé-sfeer en het bedrijf. Draaisma & Smulders (1978) onderzochten de invloed van deze vier verzuimbronnen op de beslissing om zich al dan niet ziek te melden. Zo vonden beide onderzoekers dat de vergrijzing van de beroepsbevolking (een maatschappelijke factor) het ziekteverzuim stimuleert. Een minder strenge ziektewetcontrole (een factor uit de gezondheidszorg) beïnvloedt het verzuim eveneens in positieve zin. Hetzelfde geldt voor een grotere reisafstand (een factor uit de privé-sfeer) en

het verrichten van individueel tariefwerk (een factor uit het bedrijf). Daarentegen hadden andere bedrijfsgebonden factoren als een democratische manier van leidinggeven, soepele snipperdagregelingen en een gering personeelsverloop een gunstige invloed op het ziekteverzuim.

### 6.3

#### Interventies

Interventies met betrekking tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid kunnen vanuit twee invalshoeken bekeken worden: vanuit de organisatie en vanuit de betrokken werknemer. De organisatie zal het economische aspect zwaar laten wegen. Dat betekent in de praktijk dat vooral het ziekteverzuim tot 52 weken een probleem vormt. Na deze periode wordt de werknemer immers in de regel arbeidsongeschikt verklaard en verdwijnt daarmee uit het zicht. Bij de individuele werknemer echter beginnen dan de problemen pas goed. In geval van arbeidsongeschiktheid is hij of zij meestal voorgoed buiten het arbeidsproces geplaatst. Dit alles houdt in dat bij organisaties vooral interventies om het ziekteverzuim van minder dan 52 weken terug te dringen, prioriteit hebben. Voor individuele werknemers daarentegen zijn vooral interventies met betrekking tot arbeidsongeschiktheid van belang. Om ziekteverzuim dat minder dan een jaar duurt in een organisatie terug te brengen, staan er in beginsel twee verschillende wegen open: een directe en een indirecte.

In het eerste geval wordt het ziekteverzuim als ongewenst gedrag beschouwd, dat veranderd dient te worden. Voor interventies kan men aanknopen bij het beslissingsmodel van Philipsen dat een beschrijving van dit verzuimgedrag geeft. Bij directe interventies wordt geprobeerd om dit gedrag rechtstreeks op de gewenste manier te beïnvloeden. Een voorbeeld hiervan is het korten op de ziektewetuitkering. Door deze sanctie worden de kosten van het verzuim voor het individu (letterlijk!) groter en hoopt men het beslissingsgedrag van de werknemer dusdanig te beïnvloeden dat deze aan het werk blijft. Andersom kan men, in plaats van de verzuimende werknemer te straffen, natuurlijk ook de niet-verzuimende werknemer belonen. Behalve het nemen van verzuimremmende financiële maatregelen, kan men ook de verzuimattitude veranderen.

Bij de indirecte strategie worden de verzuimbronnen in het werk zelf of in de sociale organisatie van het werk aangepakt. De verwachting is dan dat door een verbetering van de kwaliteit van de arbeid de gezondheid van de werknemers wordt bevorderd, waardoor er minder aanleiding is om wegens ziekte te verzuimen. In een aantal gevallen is het verband tussen arbeidsomstandigheden, ziekte en ziekteverzuim glashelder, zoals bij het werken met gevaarlijke stoffen. Blootstelling aan dergelijke stoffen levert zonder uitzondering een gevaar voor de gezondheid op en leidt rechtstreeks tot ziekteverzuim. We zagen echter reeds dat het bij het overgrote gedeelte van de verzuimmeldingen niet gaat om dergelijke acuut-objectieve aandoeningen, maar juist om niet-acute subjectieve klachten. De vraag is dan ook of de indirecte methode om het ziekteverzuim te verlagen, hier een oplossing biedt.

## 6.4 Hulpverlening aan arbeidsongeschikten

De hulpverlening aan arbeidsongeschikten is een zeer gecompliceerde zaak, omdat er zoveel aspecten aan zitten. Behalve lichamelijke en psychische klachten spelen ook juridische, financiële, sociale en uitkeringstechnische problemen een rol. Een aantal jaren geleden is er een bundel verschenen waarin een overzicht wordt gegeven van het hele scala van hulpverleningsactiviteiten en -instanties (Eyck & De Goede, 1981). Het volgende overzicht is hier grotendeels op gebaseerd.

Een belangrijk onderscheid is dat tussen zelfhulp en professionele hulp. Bij het eerste gaat het om initiatieven voor en door arbeidsongeschikten. De afgelopen jaren zijn er tal van dergelijke (belangen)organisaties ontstaan. Zelfhulporganisaties vervullen een aantal functies:

- 1 ontmoetingsfunctie. Bij het ontmoeten van lotgenoten wordt men zich bewust van het gemeenschappelijke in ieders individuele situatie. Men is niet de enige die wel eens huilt. Bovendien schuilt er ook een recreatief element in de zelfhulpgroep (bijvoorbeeld samen een kaartje leggen).
- 2 sluisfunctie. Veel arbeidsongeschikten zijn 'loketmoe', ze zijn al te vaak afgescheept. De sluisfunctie heeft als doel het (weer) opbouwen van de weerbaarheid, zodat men daarna weer op normale en zelfbewuste wijze aan het sociale verkeer, bijvoorbeeld met instanties, kan deelnemen.
- 3 spreekuurfunctie. Problemen van velerlei aard kunnen op het spreekuur behandeld worden. Op grond van de gedetailleerde ervaringskennis kunnen arbeidsongeschikten bovendien gericht naar een van de talloze instanties worden verwezen.
- 4 educatieve functie. Het gaat hierbij om onderwijs, vorming en scholing. Bijvoorbeeld een cursus 'Afscheid van arbeid', of een voorlichtingsbijeenkomst over medicijngebruik of over juridische beroepszaken.
- 5 emancipatiefunctie. Door het opkomen voor de collectieve belangen van arbeidsongeschikten wordt hun maatschappelijke positie verbeterd. Door de lage drempel zijn zelfhulporganisaties van arbeidsongeschikten goed toegankelijk. De combinatie van individugerichte hulpverlening en collectieve belangenbehartiging maakt dergelijke organisaties tot belangrijke bronnen van innovatie in de welzijns- en gezondheidszorg.

De professionele hulpverlening aan arbeidsongeschikten, door mensen die hier speciaal voor zijn opgeleid en er ook voor betaald worden, heeft vele gezichten. We noemen hier in het kort de belangrijkste vormen van professionele hulpverlening.

- Rechtskundige bijstand: dit is voor veel arbeidsongeschikten van groot belang. De afkeuringsprocedures zijn ingewikkeld en geven vaak aanleiding tot conflicten. Denk bijvoorbeeld aan het 'afschatten', waarbij de mate van arbeidsongeschiktheid wordt bepaald. De wet- en regelgeving is erg ingewikkeld, onder meer omdat er vele instanties bij de procedure betrokken zijn

Er bestaat daar om een grote behoefte aan juridische informatie. Bovendien leiden sommige klachten tot beroepsprocedures, waarvoor rechtskundige bijstand onontbeerlijk is.

- Revalidatie: dit heeft als doel de arbeidsongeschikte weer (gedeeltelijk) geschikt te maken voor (ander) werk. Revalidatie heeft betrekking op het hele spectrum van aandoeningen die tot de arbeidsongeschiktheid hebben geleid. De revalidatiearts vervult hierbij een centrale rol, terwijl andere disciplines eveneens een bijdrage kunnen leveren (fysiotherapeut, logopedist enzovoort). Hoewel een groot en stijgend aantal werknemers op psychische gronden wordt afgekeurd, is het aantal arbeidsongeschikten dat van psychotherapie gebruik maakt, relatief gering. De verklaring hiervoor is dat de meeste arbeidsongeschikten behoren tot de groep met een laag inkomens- en beroepsniveau. Van deze groep is bekend dat ze weinig in psychotherapie terecht komt, waarschijnlijk omdat de behandeling niet aansluit bij de manier waarop de problemen worden beleefd en geuit. Of, anders gezegd, de psychotherapeutische behandeling is (nog) niet toegesneden op dit type cliënten. In plaats van psychotherapeutische behandeling krijgen arbeidsongeschikten met emotionele of relationele problemen meestal hulp uit het Algemeen Maatschappelijk Werk. Dit is veel meer gericht op cliënten bij wie ook materiele problemen een rol spelen. Te denken valt aan moeilijkheden met uitkerende instanties, maar ook met bijzondere aanpassingen aan de woning in verband met invaliditeit.
  - Opbouwwerk: dit houdt zich op professionele wijze bezig onder andere met het ondersteunen van belangen- en zelfhulpgroepen van arbeidsongeschikten. In dat kader worden bijvoorbeeld vergadercursussen georganiseerd. Het gevaar bestaat echter dat opbouwwerkers als buitenstaanders de zelforganisatie van arbeidsongeschikten gaan overnemen. Vanuit preventieafdelingen van de ambulante geestelijke gezondheidszorg worden wel projecten voor arbeidsongeschikten uitgevoerd. Het gaat dan meestal om gespreksgroepen waarin de belevingsaspecten op de voorgrond staan. Ook kan er in dat kader informatie worden verstrekt over juridische aangelegenheden of medicijngebruik. Het is de bedoeling dat de arbeidsongeschikten door deelname aan deze projecten beter in staat zijn zich te handhaven.
- Het zal de lezer ongetwijfeld opgevallen zijn dat er in het hulpverleningsaanbod een aantal overlappingen zit. Dit illustreert eens te meer de noodzaak van onderlinge afstemming van activiteiten: een terrein waarop pas enkele voorzichtige schreden zijn gezet.

### Opgave 6.2

Stel, u zou arbeidsongeschikten moeten adviseren waar ze het beste terecht kunnen. Wat zou u achtereenvolgens aanraden aan

- a een man die overhoop ligt met zijn echtgenote en bovendien in financiële moeilijkheden verkeert?
- b een vrouw die moeilijkheden met haar uitkering heeft en zich ook erg verveelt?
- c een door een bedrijfsongeval gehandicapte WAO-er die erg graag weer (gedeeltelijk) aan de slag wil?
- d een WAO-er met psychische klachten?

Motiveer in alle gevallen uw antwoord

**6.1**

De eerste studie jaren zijn doorgaans nogal stressvol, waardoor de studenten lichamelijke klachten ervaren. Vaak is de studie nogal saai (men moet veel achter de boeken zitten) en erg zwaar (veel practica en tentamens). Beide situaties kunnen een selectieve waarneming van de eigen lichaamssignalen in de hand werken. Tegelijk krijgt men een overvloed aan informatie over de symptomen die bij allerlei ziekten horen, waardoor men bepaalde hypothesen gaat ontwikkelen over ziekten waaraan men zelf zou lijden. De vage lichamelijke klachten lenen zich vervolgens goed voor een selectief zoeken van bevestiging voor de hypothese dat men lijdt aan een bepaald ziektebeeld.

**6.2**

- a* Maatschappelijk werk, omdat deze instantie bij uitstek geschikt is voor de combinatie van materiële en immateriele (in dit geval relationele) hulpverlening.
- b* Zelfhulpgroep (wellicht opgezet door een preventieafdeling van een RIAGG of door het lokale opbouwwerk), vanwege de ontmoetings- en educatieve functie. Gaat het om een WAO-beroepsprocedure, dan zou rechtskundige bijstand noodzakelijk kunnen zijn.
- c* Revalidatie om weer zo snel en volledig mogelijk op de been te worden geholpen.
- d* In eerste instantie naar het maatschappelijk werk vanwege de lage drempel. Ambulante psychotherapie bij een RIAGG zou ook mogelijk zijn. De keuze tussen beide voorzieningen hangt met name af van de ernst van de klachten (bij zeer ernstige klachten zoals een zware depressie, is psychotherapie meer aangewezen) en van de client zelf.

**7.1**

Door reïntegratie van arbeidsongeschikten zal de uitstroom uit de WAO vergroten en daarmee zal het arbeidsongeschiktevolumen afnemen. Naast dit financiële voordeel heeft het individu voordeel: deelname aan het arbeidsproces biedt arbeidsongeschikten de mogelijkheid van sociale contacten en persoonlijke ontplooiing.

**7.2**

Er zou meer aandacht voor preventie en reïntegratie moeten komen. Dit zou kunnen in de vorm van betere ziekteverzuimbegeleiding (bijvoorbeeld vanuit het GAK) en verbetering van de kwaliteit van de arbeid door bijvoorbeeld verbetering van de arbeidsomstandigheden, vroegtijdig opsporen van risicogevalen, instelling van sociaal-medische teams en revalidatie.