

Masterthesis Arbeid- & Organisatiepsychologie

Re-integratie bij langdurig zieke werknemers: hangen sekse en andere werknemerskenmerken samen met de duur van het re-integratietraject en de aard van de ingezette re-integratie-instrumenten?

Return to work of long term absent employees: Do gender and other employee characteristics go together with the length of the re-integration and the kind of deployed re-integration tools?



Ellen Reitsema-Scheltinga
s0182176

8 april 2010

Begeleiders:

Mw. Dr. Tinka van Vuuren

Mw. Dr. Piety Runhaar

Universiteit Twente; Faculteit Gedragwetenschappen

Abstract

The aim of this study is to investigate differences between long term absent male and female employees. The reason for this investigation is the introduction of the Law for Work and Income (WIA). This law was introduced in 2006 instead of the Law of Disability Insurance (WAO), and makes both the employer and employee responsible for the return to work of long term absent employees. The WIA is only actuated after 104 weeks; this used to be 52 weeks for the WAO. The consequence of this change is that employers are to pay their long-term absent employees a year longer by themselves. Another change is the introduction of adverse financial consequences if the employer and the long-term absent employee do not actively participate in the process of return to work. We expect that the introduction of the WIA has had an influence on this process.

In this study we investigate whether the gender differences found in research before the introduction of the WIA, can still be found in the new situation. We investigated if there are differences between long-term absent female and male employees with respect to the length of absence, instruments deployed and certain employee characteristics, namely age, professional level and the nature of the disease. We also investigated whether the employee characteristics have a moderating effect on the relation between gender and instruments deployed. Finally, we investigated whether the employee characteristics have a significant relationship with the length of absence and if gender moderates this relationship.

The data used in this study were gathered by the TNO for research on return to work of long-term absent employees (Piek et al., 2008). The data is collected by means of 1294 telephone interviews by companies with at least two employees. In this study, only respondents with at least one employee who has been sick for minimal thirteen weeks were selected (N=608).

Results show that there are gender differences in employee characteristics: women are younger than men when they are long-term absent, have a higher professional level and do have more psychological complaints. Men clearly have more cardiovascular diseases than women. No gender differences were found in musculoskeletal disorders. In contrast to what we expected, gender has no significant relationship with length of absence. A possible explanation is that due to the introduction of the WIA, the return to work policies for women are improved. Furthermore, gender does not have a significant effect on the reintegration instruments employed. The employee characteristics professional level, psychological complains and musculoskeletal disorders were found to have a moderating effect on this

relationship. When we take these employee characteristics into account, there are some gender differences at the instruments deployed. Finally, the results show that there is no significant relationship between the employee characteristics and the length of absence.

Samenvatting

In dit rapport wordt het resultaat gepresenteerd van ons onderzoek naar sekseverschillen bij re-integratie van zieke werknemers. Aanleiding voor dit onderzoek is de invoering van de WIA (Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen) in 2006 als vervanging voor de WAO (Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering). De WIA legt in veel grotere mate dan de WAO de verantwoordelijkheid voor het re-integreren bij de werkgevers en werknemers neer. De WIA gaat pas in werking na 104 weken, dit was 52 weken bij de WAO. Hierdoor moet de werkgever de langdurig zieke werknemer een jaar langer zelf uitbetalen. Wanneer werkgever en de zieke werknemer niet actief deelnemen aan het re-integratieproces heeft dit voor beiden negatieve financiële gevolgen. De verwachting was dat de invoering van de WIA invloed heeft gehad op het re-integratiebeleid. In dit onderzoek wordt onderzocht of de eerder gevonden sekseverschillen bij re-integratie van langdurig zieke werknemers na de invoering van de WIA zijn blijven bestaan of dat er veranderingen zijn opgetreden. Er is onderzocht of er verschillen zijn in duur van het re-integratietraject tussen zieke mannelijke en vrouwelijke werknemers, of re-integratie-instrumenten bij mannelijke en vrouwelijke werknemers anders ingezet worden en of werknemerskenmerken (leeftijd, aard ziekte en beroepsniveau) verschillen tussen zieke mannelijke en vrouwelijke werknemers. Ook is onderzocht of deze werknemersfactoren een significante relatie hebben met de duur van het verzuim en of sekse invloed heeft op deze mogelijke samenhang.

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens die zijn verzameld voor een onderzoek naar de re-integratie van zieke werknemers dat in 2008 is uitgevoerd door TNO in opdracht van de Raad voor Werk en Inkomen. De gegevens van deze dataset zijn verzameld door het afnemen van 1294 telefonische interviews bij (vestigingen van) bedrijven met minimaal twee werkzame werknemers. Voor dit artikel zijn de gegevens van 608 geïnterviewde bedrijven gebruikt. Deze bedrijven hebben namelijk aangegeven minstens één zieke werknemer gehad te hebben die minimaal 13 weken ziek is geweest.

De resultaten laten zien dat er sekseverschillen bestaan in de werknemerskenmerken: vrouwen worden op een gemiddeld lagere leeftijd langdurig ziek dan mannen, hebben gemiddeld een hoger beroepsniveau dan mannelijke werknemers en hebben vaker dan mannen last van psychische klachten. Mannen hebben daarentegen duidelijk vaker last van hart- en vaatziekten dan vrouwen. Bij klachten aan het bewegingsapparaat zijn er geen verschillen gevonden tussen mannelijke en vrouwelijke werknemers. In tegenstelling tot wat wij verwachtten is er geen sekseverschil in de duur van het re-integratietraject. Dit is

opmerkelijk, aangezien veel literatuur aangeeft dat er wel een verschil zou zijn. Mogelijk heeft de WIA ervoor gezorgd dat het re-integratiebeleid bij vrouwen verbeterd is. Ook bij het soort ingezette re-integratie-instrumenten zijn er geen verschillen tussen zieke mannelijke en vrouwelijke werknemers gevonden. Wel hebben de werknemerskenmerken beroepsniveau, klachten aan het bewegingsapparaat en psychische klachten een moderatoreffect op deze relatie. Wanneer deze werknemerskenmerken meegenomen worden zijn er wel sekseverschillen te ontdekken in de ingezette re-integratie-instrumenten. De werknemerskenmerken leeftijd, beroepsniveau en aard van de ziekte blijken geen samenhang te hebben met de duur van het verzuim. Ook sekse heeft geen (moderator) effect op deze relatie.

Inleiding

Vrouwen hebben een hoger risico dan mannen om in de WAO te komen en zijn moeilijker te re-integreren dan mannen. Deze conclusie is in de afgelopen jaren regelmatig getrokken (zie o.a. De Rijk et al., 2002; Vinke et al., 1999). Naar het arbeidsongeschiktheidsrisico en succes van re-integratie van mannelijke en vrouwelijke werknemers is in de afgelopen jaren regelmatig onderzoek gedaan. In het onderzoek van De Rijk et al. (2002) is te lezen dat statistieken laten zien dat vrouwen een hoger WAO-risico hebben dan mannen. Daarnaast wordt aangegeven dat de kans op re-integratiesucces bij mannen en de kans op hernieuwde uitval bij vrouwen groter is. Volgens het onderzoek van de Rijk et al. (2002) is er geen verschil tussen mannen en vrouwen met betrekking tot de arbeidsmotivatie of tot de wens tot werkhervatting. Vrouwen voelen zich wel wat vaker angstig/onzeker over een eventuele werkhervatting dan mannen. Een andere conclusie uit dit onderzoek is dat de sociale omgeving van de uitgevallen vrouwelijke werknemers minder motiverend voor werkhervatting is dan de sociale omgeving van de uitgevallen mannelijke werknemers. Ook bedrijven lijken minder gericht op werkhervatting van vrouwelijke werknemers dan van mannelijke werknemers. Dit kan verklaard worden door het feit dat vrouwen vaker in deeltijd werken en minder leidinggevende posities bekleden. Bavel et al. (2004) concluderen dat vrouwen in alle leeftijdscategorieën een hoger risico dan mannen hebben om in de WAO te komen. De kans op werkhervatting is in het eerste ziektejaar voor vrouwen kleiner dan voor mannen. Ook blijkt dat vrouwen twee keer zoveel kans hebben om na een jaar nog steeds ziek te zijn dan mannen; achtentwintig versus veertien procent. Zo'n negentig procent van de zieke werknemers doet een poging om het werk weer te hervatten. Dit geldt in dezelfde mate voor mannen als vrouwen. Echter, bij vrouwen mislukken deze pogingen vaker.

Met re-integratie wordt bedoeld dat een werknemer na ziekmelding weer terugkeert naar de eigen of een andere werkplek. Werkgever en werknemer hebben wettelijk gezien verschillende verplichtingen die ze moeten nakomen om de zieke werknemer zo goed mogelijk te laten re-integreren. In de afgelopen jaren is de wetgeving op het gebied van re-integratie veranderd. Op 1 april 2002 is de Wet Verbetering Poortwachter (WVP) in werking getreden. Het doel van deze wet is om tot betere re-integratie en werkhervatting van uitgevallen werknemers te komen en zodoende de instroom in de WAO te beperken. Werkgevers en werknemers hebben door deze wet meer verantwoordelijkheid gekregen. De werkgever moet zich ervoor inspannen om de werknemer weer bij de huidige werkgever aan

het werk te krijgen. Dit wordt eerste spoor re-integratie genoemd. Wanneer dit niet mogelijk is moet de werkgever de werknemer begeleiden naar een functie buiten het eigen bedrijf door bijvoorbeeld bemiddeling. Dit wordt tweede spoor re-integratie genoemd. Werknemers zijn verplicht om mee te werken aan hun re-integratie. Ze mogen hun herstel niet belemmeren, moeten meewerken aan onderzoek naar hun arbeidsongeschiktheid en passend werk aanvaarden. Op 1 januari 2004 is de Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (Wvlz) in werking getreden. Hierdoor komt een werknemer pas na 24 maanden ziekte eventueel in aanmerking voor een uitkering op grond van de WAO en is de werkgever gedurende die eerste twee ziektejaren verantwoordelijk voor de loondoorbetaling. In beide jaren moet de werkgever minimaal 70% van het loon doorbetalen. In deze 24 maanden zijn vaste momenten vastgesteld waarop de werkgever, werknemer en bedrijfsarts actie moeten ondernemen.

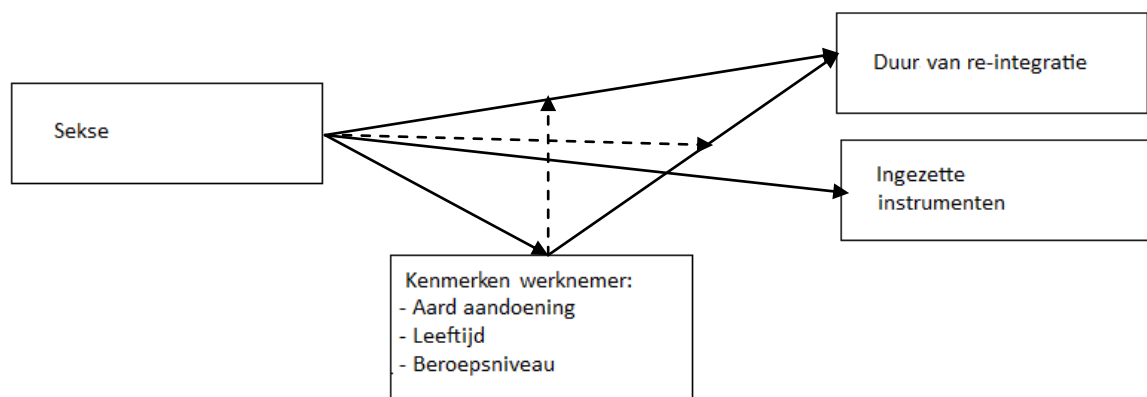
Sinds 1 januari 2006 is de WIA (Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen) in werking getreden. Deze is ingesteld omdat er teveel mensen in de WAO kwamen en is hier een vervanging voor. Deze nieuwe wet is onze aanleiding voor het opnieuw onderzoeken van al eerder onderzochte verbanden zoals sekseverschillen bij re-integratie en de invloed van andere werknemerkenmerken op de duur van het re-integratietraject. Er zijn namelijk duidelijke verschillen tussen de WAO en de WIA en wij verwachten dat dit invloed heeft op de re-integratie van langdurig zieke werknemers. Een belangrijke verandering is dat de WAO na 52 weken ziekte inging, de WIA 104 weken. Hierdoor moet de werkgever het loon van de langdurig zieke werknemer een jaar langer doorbetalen. Mogelijk is dit voor de werkgever een prikkel om anders met re-integratie om te gaan. Een andere verandering is dat de ondergrens van de WIA hoger is dan voor de WAO. Pas als het loonverlies minstens 35% is, komt iemand voor een WIA-uitkering in aanmerking. Voor de WAO was de ondergrens 15%. De WIA is erop gericht om gedeeltelijk arbeidsgeschikten aan het werk te houden. Van zowel werkgever als werknemer wordt een actieve rol verwacht. Wanneer de werknemer gedeeltelijk in het arbeidsproces blijft of binnen twee jaar weer aan de slag gaat is dit zowel voor werkgever als werknemer in financieel opzicht gunstig. Wanneer een werknemer niet of te weinig werkt krijgt hij of zij een uitkering op minimumloon. Wanneer hij gedeeltelijk blijft werken mag hij in elk geval 30% en soms zelfs 100% van de inkomsten houden. Voor werkgever is dit financieel gunstig omdat hij dan geen hogere WGA-premie hoeft te betalen. Samengevat stimuleert de WIA werkgever en werknemer om actiever bezig te zijn met de re-integratie van de langdurig zieke werknemer. Wanneer één of beide partijen niet meewerken heeft dit negatieve gevolgen, wanneer ze wel actief met de re-integratie bezig zijn worden ze

hiervoor beloont. Wij verwachten daarom dat deze wet invloed heeft gehad op het re-integratieproces en exploreren in dit onderzoek de mogelijke veranderingen wat betreft de invloed van sekseverschillen en andere werknemerskenmerken op de re-integratie.

Onderzoeksvragen en hypothesen

Voor dit onderzoek is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *‘Hebben sekse en andere werknemersfactoren invloed op de duur van het re-integratietraject en de ingezette instrumenten?’* De mogelijke relaties die wij gaan onderzoeken staan in onderstaand figuur 1 weergegeven.

Figuur 1: Onderzoeksmodel



Om deze onderzoeksvraag goed te kunnen beantwoorden is deze onderzoeksvraag opgesplitst in vier deelvragen.

Deelvraag 1:

Zijn er verschillen in de duur van het re-integratietraject bij langdurig zieke mannelijke en vrouwelijke werknemers?

Deelvraag 2:

Zijn er verschillen in het type ingezette re-integratie-instrumenten voor langdurig zieke mannelijke en vrouwelijke werknemers?

Deelvraag 3:

- a. *Verschillen mannelijke en vrouwelijke zieke werknemers van elkaar wat betreft de leeftijd waarop ze ziek worden, het beroepsniveau dat ze hebben en de aard van de ziekte (werknemersfactoren)?*
- b. *Verklaren werknemerskenmerken eventuele verschillen in het type ingezette re-integratie-instrumenten tussen mannelijke en vrouwelijke langdurig zieke werknemers?*
- c. *Verklaren werknemerskenmerken eventuele verschillen in de duur van het re-integratietraject tussen mannelijke en vrouwelijke langdurig zieke werknemers?*

Deelvraag 4:

Zijn er verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke langdurig zieke werknemers wat betreft de mate waarin de werknemersfactoren leeftijd, beroepsniveau en aard van de aandoening samenhangen met de duur van het traject?

Dit onderzoek wordt uitgevoerd om het inzicht in de verschillen in re-integratie tussen mannelijke en vrouwelijk werknemers te vergroten. Het doel van dit onderzoek is om na te gaan in hoeverre de verandering van wetgeving op het gebied van ziekteverzuimaanpak en arbeidsongeschiktheid van invloed is op de re-integratie tussen mannelijke en vrouwelijk werknemers. Met dit onderzoek willen we een bijdrage leveren aan het verminderen en verkorten van langdurig verzuim van zieke werknemers. We hopen door de uitkomsten van dit onderzoek meer duidelijkheid te kunnen geven over de invloed van sekse en andere werknemersfactoren (leeftijd, beroepsniveau en aard van de aandoening) op de duur van het verzuim en de ingezette re-integratie-instrumenten. Wanneer deze duidelijkheid er is kan het re-integratiebeleid hierop aangepast worden.

Verschillen in duur van het re-integratietraject

Uit het onderzoek van Van Vuuren en Ybema (2009) blijkt dat 34% van de zieke werknemers weer met succes volledig aan het werk is gegaan. Bij 30% van de zieke werknemers is de re-integratie mislukt. Bij 36% van de verzuimgevallen loopt de re-integratie nog. Zoals eerder genoemd concluderen Bavel et al. (2004) dat de kans op werkhervatting in het eerste ziektejaar voor vrouwen kleiner is dan voor mannen. Verder doen mannen en vrouwen even vaak een poging om te hervatten, maar deze pogingen mislukken bij vrouwen vaker. In het onderzoek van De Rijk et al. (2002) is te lezen dat vrouwen een hoger WAO-risico hebben dan mannen. Daarnaast wordt aangegeven dat de kans op re-integratiesucces bij mannen en de kans op hernieuwde uitval bij vrouwen groter is. De Rijk et al. (2002) concluderen dat blijkbaar de werkgever, de arbodienst en de eigen sociale omgeving er minder in slaagt om bij langdurig zieke vrouwelijke werknemers de werkhervatting binnen het eerste verzuimjaar op een adequate wijze vorm te geven dan bij langdurig zieke mannelijke werknemers. Mogelijke redenen hiervoor zijn volgende De Rijk et al. (2002): vrouwen voelen zich vergeleken met mannelijke zieke werknemers vaker wat angstig en onzeker over eventuele werkhervatting, de sociale omgeving van een langdurige zieke vrouwelijke werknemers is minder motiverend met betrekking tot werkhervatting dan de sociale omgeving van langdurige zieke mannelijke werknemers, bedrijfsartsen denken dat langdurige zieke vrouwelijke werknemers minder positief staan tegenover werkhervatting dan langdurig zieke mannelijke werknemers en bedrijven nemen minder maatregelen of initiatieven om vrouwelijke werknemers te behouden. Dit kan verklaard worden door de soort functies waarin vrouwen werken, (vaak parttime, tijdelijke dienstverband en lagere administratieve functies) werknemers in deze functies zijn makkelijker te vervangen. Verder geven De Rijk et al. (2002) aan dat in bedrijven waar veel vrouwen werken de arbozorg minder goed georganiseerd is.

Ook volgens Vinke et al. (1999) hebben vrouwelijke werknemers een groter risico in de WAO te belanden dan mannelijke werknemers en eenmaal in de WAO een geringere kans op reïntegratie. Vinke et al. (1999) geven hier een aantal mogelijke verklaringen voor. Ten eerste blijken vrouwen meer beperkingen te ervaren dan mannen en wachten daardoor meer op herstel voordat ze weer aan het werk gaan (mannen gaan na een kleine verbetering al weer aan het werk). De bedrijfsartsen van de vrouwen gaan hierin mee. Opvallend is dat bedrijfsartsen het belang van de werknemer bij re-integratie significant hoger inschatten voor mannelijke werknemers. Langdurig zieke mannelijke werknemers blijken meer dan langdurig zieke vrouwelijke werknemers zelf ideeën te hebben over mogelijke aanpassingen van hun

werk; bij deze langdurig zieke mannelijke werknemers blijken de eigen ideeën later ook meer dan bij langdurig zieke vrouwelijke werknemers gerealiseerd te zijn. Verder geven Vinke et al. (1999) aan dat mannelijke en vrouwelijke werknemers in hun identiteit van werknemer anders waargenomen en gewaardeerd worden. Hun activiteiten worden verschillend waargenomen en gewaardeerd en de tolerantie voor fouten in het werk is groter ten opzichte van mannen. Werknemers van mannen blijken hun werknemer meer te missen van werkgevers van vrouwen. Vrouwen worden betaald vervangen. Mannen worden gemist om hun werkkwaliteiten, vrouwen omdat hun werkgever meer zelf moet doen. Waarschijnlijk speelt het hierbij een rol dat mannen vaker fulltime werken en vrouwen vaker parttime. Tenslotte werkt volgens Vinke et al. (1999) het ‘kostwinnersyndroom’ tegen vrouwen: parttime werkende vrouwen worden minder serieus genomen en hebben minder kansen om hogerop te komen. Organisaties lijken als vanzelfsprekend meer te investeren in mannen. De meeste onderzoeken concluderen dat de re-integratie bij langdurig zieke vrouwelijke werknemers moeilijker verloopt dan bij langdurig zieke mannelijke werknemers. Er zijn ook een paar andere resultaten te vinden: Van Vuuren en Van Gent (2002) beschrijven dat in tegenstelling tot hun verwachting uit hun onderzoek blijkt mannen geen hogere re-integratiekansen hebben dan vrouwen. Uit de SZW-analyse van WAO-gegevens per bedrijfssector blijkt dat vrouwen wel een hogere kans hebben om de WAO te komen, maar dat niet blijkt dat mannen een hogere herstelkans hebben dan vrouwen. Wel lijkt het erop dat voor jongere mannen de kans op herstel groter is dan voor jongere vrouwen (SZW, 2000). Al het bovenstaande onderzoek is gedaan voor de invoering van de WIA. Dit onderzoek gaat na of deze resultaten zijn beïnvloed door de invoering van de WIA. Aangezien de meeste literatuur concludeert dat de re-integratie voor langdurige zieke vrouwelijke werknemers moeizamer verloopt dan voor langdurig zieke mannelijke werknemers volgen wij deze verwachting in onze eerste hypothese:

H1: ‘Bij vrouwelijke werknemers duurt de re-integratie gemiddeld langer dan bij mannelijke dan bij mannelijke werknemers.’

Instrumentgebruik per sekse

Young et al. (2005) beschrijven in hun artikel de belangen van verschillende partijen (werknemer, uitbeter, gezondheidszorg aanbieders, werkgever en de maatschappij) wat betreft de terugkeer van een zieke werknemer. Aangegeven wordt dat het succes van de terugkomst afhangt van de mate waarin deze re-integratie samenhangt met andere doelen van

de verschillende partijen. Ze werken allemaal samen in het re-integratieproces, maar hebben ook nevelsdoelen die ze willen bereiken. Soms ten koste van de re-integratie van de zieke werknemer. Hierdoor kan het bijvoorbeeld gebeuren dat er voor een zieke werknemer helemaal geen instrumenten in worden gezet omdat dit financieel gezien meer kost dan het oplevert om de zieke werknemer te laten re-integreren.

Er zijn een aantal onderzoeken gedaan naar het inzetten van re-integratie-instrumenten bij langdurige zieke werknemers. Uit het onderzoek van Piek et al. (2008) blijkt bijvoorbeeld dat het doen van werkaanpassingen (minder uren werken, inhoud van het werk aanpassen en werktijden aanpassen) en het geven van individuele begeleiding of coaching het meest worden ingezet om re-integratie bij zieke werknemers te bevorderen. Bij een op de vijf werkgevers wordt geprobeerd de zieke te laten hervatten in een andere functie.

Verdonk et al. (2008) noemen een aantal verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft de sociale context. Mannen hechten meer waarde aan loon, voordelen, macht, autoriteit en status. Vrouwen hechten meer waarde aan een gezamenlijke werkomgeving die gekenmerkt wordt door sociale steun, teamwork en de kwaliteit van communicatie. Vrouwen ervaren meer rolconflicten dan mannen. Vrouwen willen niet onderdoen voor mannen en stellen hierdoor te weinig grenzen. Het ziekteverzuim van vrouwen heeft vaak te maken met dat het werk teveel van hen vraagt en dat vrouwen hierin geen goede grenzen aangeven. Bavel et al. (2004) geven aan dat mannen minder het gevoel hebben dat ze ondersteuning nodig hebben. Zij zoeken minder snel steun of hulp en praten minder over hun probleem. Mannen zijn eerder geneigd om zelf oplossingen te zoeken voor hun problemen of proberen te overleven door nog harder te gaan werken. Ook Houtman et al. (2001) geeft aan dat vrouwen een andere copingstijl hebben dan mannen: vrouwen zijn meer geneigd sociale steun te zoeken dan mannen. Houtman geeft verder aan dat het gevoel competent te zijn bij mannen gerelateerd is aan een geringere kans op depressie. Bij vrouwen is deze relatie alleen aanwezig bij afwezigheid van sociale steun.

Weinig onderzoeken gaan in op de vraag of voor langdurige zieke mannelijke en vrouwelijke werknemers andere re-integratie-instrumenten worden ingezet. Van Vuuren en Van Gent (2002) concluderen dat er voor mannelijke werknemers vaker werkaanpassingen worden ingezet dan voor vrouwelijke werknemers. Bij mannen wordt vaker het werktempo verlaagd, wordt vaker aangegeven dat zij extra hulp van collega's ontvangen en worden er vaker taken weggelaten uit hun takenpakket. Daarnaast wordt er voor mannelijke langdurige zieke werknemers vaker hulpmiddelen aangeschaft. Voor vrouwen wordt daarentegen vaker hulp ingeschakeld, bijvoorbeeld de personeelsfunctionaris, de bedrijfsarts van de arbodienst,

een adviescentrum of psycholoog. Mogelijk gebeurt dit vaker bij vrouwelijke langdurige zieke werknemers omdat zij meer behoefte hebben aan praten en het krijgen van sociale steun (Houtman et al., 2001; Verdonk et al., 2008) dan mannelijke langdurig zieke werknemers. Verdonk et al. (2008) schrijven dat wanneer vrouwen eenmaal ziek zijn, actieve coaching een goed middel is om ze te laten re-integreren omdat ze op deze manier leren om nieuwe strategieën op het werk toe te passen. Ook leren ze door dit instrument om niet alleen zichzelf de schuld te geven. Verdonk et al. (2008) zetten hier wel een kanttekening bij: actieve coaching werkt volgens hen alleen als ook de organisatie waarden en condities (deels) kunnen veranderen. Van Vuuren en Van Gent (2002) hebben geconcludeerd dat voor vrouwen vaker hulp in wordt geschakeld, bijvoorbeeld een psycholoog.

In onze tweede deelvraag wordt onderzocht of er verschillen zijn tussen mannelijke en vrouwelijke werknemers in het soort ingezette instrumenten. In voorgaand schrijven is beschreven dat mannelijke en vrouwelijke langdurig zieke werknemers anders op ziekte reageren. Om deze reden verwachten wij dat de re-integratie-instrumenten anders ingezet worden voor langdurige zieke mannelijke en vrouwelijke werknemers. Een aantal voorbeelden van instrumenten waarvoor dit verschil onderzocht wordt zijn het aanpassen van het werk, individuele begeleiding of coaching en het hervatten in een andere functie. Alle onderzochte instrumenten staan in de paragraaf over de methode genoemd.

Uit bovenstaande onderzoeken kunnen we afleiden dat vrouwen vaak meer open staan voor sociale steun en meer het gesprek zoeken over zaken waar ze mee zitten (Bavel et al., 2004; Houtman et al., 2001). Verder hebben vrouwen in grotere mate dan mannen moeite om grenzen aan te geven (Verdonk et al., 2008). Van Vuuren en Van Gent (2002) concluderen dat voor vrouwen vaker hulp wordt ingeschakeld van bijvoorbeeld een psycholoog. Hierdoor verwachten we dat het re-integratie-instrument ‘individuele begeleiding of coaching’ een veel ingezet instrument is voor langdurig zieke vrouwelijke werknemers. In overeenstemming met voorgaande is hypothese 2 opgesteld:

H 2: ‘Voor vrouwelijke werknemers wordt vaker het instrument ‘begeleiding of behandeling’ ingezet dan voor mannelijke medewerkers.’

Volgens Verdonk et al. (2008) kan het niet inzetten van voorzieningen in theorie zowel duiden op zeer makkelijke gevallen (geen voorzieningen nodig) of juist zeer moeilijke gevallen (geen slagingskansen). Voor bepaalde groepen wordt relatief vaker niets gedaan: ouderen en laaggeschoolden. (Verdonk et al., 2008; Piek et al., 2008). Mannen hebben

gemiddeld een lagere opleiding dan vrouwen en hebben gemiddeld een hogere leeftijd (Vinke et al., 1999) wanneer ze arbeidsongeschikt raken. Hierdoor lijkt het voor de hand te liggen dat voor mannelijke werknemers vaker geen re-integratie-instrument ingezet wordt dan voor vrouwelijke werknemers. Dit wordt onderzocht door middel van hypothese 3:

H3: ‘Voor mannelijke werknemers wordt vaker helemaal geen re-integratie-instrument ingezet dan voor vrouwelijke werknemers.’

Werknemerskenmerken

Uit het onderzoek dat al gedaan is blijkt dat er verschillende factoren invloed hebben op een goede re-integratie. Volgens onder andere De Koning et al. (2008) is het duidelijk dat de gezondheid van re-integratiecliënten invloed heeft op hun kans op werkhervatting en op de effecten van instrumenten. In eerder onderzoek (o.a. Van der Gulden & Nauta, 2008; De Rijk et al., 2002; Veerman et al., 2001) worden verschillende werknemerskenmerken genoemd die van invloed kunnen zijn. Wij onderzoeken in deelvraag 3 of de werknemerskenmerken leeftijd, beroepsniveau en aard van de aandoening anders zijn voor mannelijke dan voor vrouwelijke zieke werknemers en of deze werknemerskenmerken invloed hebben op de relatie tussen sekse in de ingezette instrumenten.

In hypothese 4 en 5 wordt getest of er verschillen zijn tussen langdurig zieke mannelijke en vrouwelijke werknemers wat betreft de leeftijd en het beroepsniveau. Vinke et al. (1999) hebben gevonden dat vrouwelijke werknemers op een gemiddeld lagere leeftijd langdurig ziek worden. De Rijk et al. (2002) beschrijven dat vrouwelijke werknemers vaker uitvallen in de leeftijd van 16 – 35 jaar (35,2% tegenover 21,6% bij de mannelijke werknemers), dat er nauwelijks verschil is in de leeftijdscategorie 36 – 45 jaar en dat mannelijke werknemers vaker uitvallen in de leeftijdscategorie 46 – 60 jaar (49,2% tegenover 35,2% bij de vrouwelijke werknemers). Van der Gulden en Nauta (2008) geven aan dat vrouwen in de beroepsbevolking gemiddeld jonger zijn dan mannen en daardoor op een jongere leeftijd uitvallen dan mannen. Op grond hiervan verwacht ik dat vrouwen op een gemiddeld jongere leeftijd uitvallen dan mannen, deze verwachting wordt getest door middel van hypothese 4:

H4: ‘Vrouwelijke werknemers raken op een gemiddeld lagere leeftijd arbeidsongeschikt dan mannelijke werknemers.’

De Rijk et al. (2002) hebben geconcludeerd dat langdurig zieke mannelijke werknemers gemiddeld een lager beroepsniveau hebben dan langdurig zieke vrouwelijke werknemers. Langdurig zieke mannelijke werknemers zijn duidelijk meer vertegenwoordigd op lager beroepsniveau (handarbeid) dan vrouwelijke. Ook hebben ze vaker een lagere opleiding gevolgd. Van de mannen heeft 18,5% lager onderwijs gevolgd, tegenover 9,3% van de vrouwen. Vrouwen hebben in 31,5% van de gevallen een mavo/havo opleiding gevolgd, tegen 21,5% van de mannen. Bij het beroepsniveau havo/vwo/mbo en het hoger onderwijs zijn er volgens De Rijk et al. (2002) nauwelijks verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke werknemers. Het CBS (2007) geeft aan dat het aantal vrouwen dat een HBO of universitaire opleiding afrond in de afgelopen jaren is gestegen en dat dit percentage tegenwoordig zelfs hoger ligt dan bij mannen (HBO 56% vrouwen, WO 53% vrouwen). Vinke et al. (1999) geven aan dat het verschil in beroepsniveau vooral komt door het grote verschil in mannen- en vrouwenberoepen. Het opleidingsniveau van vrouwen in vrouwenberoepen zoals bijvoorbeeld de zorg of het onderwijs ligt hoog, met nadruk op MBO-niveau. Het opleidingsniveau van mannen bij typische mannenberoepen, zoals bijvoorbeeld de bouw, is juist laag (basisonderwijs en LBO). De hoger opgeleide mannelijke werknemers werken vaak in de gemengde beroepen. In deze gemengde beroepen ligt het opleidingsniveau van vrouwelijke werknemers nog steeds hoog, maar minder hoog dan bij de mannen in dit soort beroepen. Hypothese 5 onderzoekt of mannelijke zieke werknemers inderdaad een gemiddeld lager beroepsniveau hebben dan vrouwelijke zieke werknemers.

H5: ‘Mannelijke zieke werknemers hebben gemiddeld een lager beroepsniveau dan vrouwelijke zieke werknemers.’

Uit eerdere onderzoeken blijkt dat veel jonge, hoogopgeleide vrouwen uitvallen. Volgens Verdonk et al. (2008) is een reden hiervoor dat vrouwen denken dat hard werken nu eenmaal bij hun werkt hoort. Ze zijn gedreven, gaan voor de uitkomsten waar ze naar verlangen (beloning, inkomsten, waardering etc) en stellen vaak te weinig grenzen. Ze zijn bang dat grenzen stellen sociaal niet geaccepteerd wordt en willen niet onderdoen voor mannen. Volgens Verdonk et al. (2008) wordt door (te) hard werken de balans verstoord tussen werk en vrije tijd. De reserves van deze vrouwen raken hierdoor op en vrouwen gaan hun prestaties als inadequaats zien. Hierdoor daalt hun zelfvertrouwen en komen vrouwen in een rolconflict (behoefte van de vrouw en eisen van de organisatie). Van der Gulden et al. (2008) concluderen dat de hoge uitval van jonge hoger opgeleide vrouwen samenhangt met

onvoldoende assertiviteit, onvoldoende begeleiding en het negeren van problemen op de werkvloer door werkgevers. Deze vrouwen werken hard, enerzijds uit faalangst, anderzijds door de verslavende kick van hard werken. Van der Gulden et al. (2008) geven aan dat het voor deze groep vrouwen niet altijd gunstig is om eerst weer bij de eigen werkgever het werk te hervatten. De angst om weer in het oude werkpatroon te vervallen is groot: de vrouw is inmiddels wel veranderd, maar de werksituatie vaak niet.

We nemen aan dat jonge, hoogopgeleide vrouwen inderdaad veel langdurig ziek worden. Van der Gulden et al. (2008) geven aan dat bij de eigen werkgever hervatten niet altijd de beste optie is. We hebben in eerder onderzoek niet kunnen vinden welke re-integratie-instrumenten voor deze jonge, hoog opgeleide vrouwen worden ingezet. Aangezien deze vrouwen moeite hebben met grenzen stellen, assertiviteit en last hebben van rolconflicten verwachten wij dat het instrument ‘individuele begeleiding of coaching’ veel voor deze langdurig zieke jonge en hoog opgeleide vrouwelijke werknemers wordt ingezet. Deze verwachting wordt door middel van hypothese 6 en 7 getoetst.

H 6: ‘Voor jonge vrouwelijke werknemers (≤ 35) wordt het instrument ‘individuele begeleiding of coaching’ meer ingezet dan voor jonge mannelijke werknemers (< 35).’

H7: ‘Voor vrouwelijke werknemers met een hoger beroepsniveau wordt het instrument ‘individuele begeleiding of coaching’ meer ingezet dan voor mannelijke werknemers met een hoger beroepsniveau.’

Veerman et al. (2001) beschrijven een aantal risicofactoren voor een langdurig verzuim wegens psychische klachten: geslacht (vrouwen hebben een hoger risico), zeer geringe carrièremogelijkheden, laag opleidingsniveau, op het werk geen eigen oplossingen mogen bedenken, geen plezier in het werk hebben en alleenstaand zijn. Houtman et al. (2007) hebben geconcludeerd dat in veel beroepen waar veel vrouwen werken de psychosociale risico's hoog zijn, namelijk in de zorg, het onderwijs en de horeca. Door middel van hypothese 8 wordt onderzocht of vrouwelijke langdurig zieke werknemers inderdaad vaker last hebben van psychische klachten dan langdurig zieke mannelijke werknemers.

H8: ‘Vrouwelijke langdurig zieke werknemers hebben vaker psychische klachten dan langdurig zieke mannelijke werknemers.’

Vinke et al. (1999) geven aan dat aandoeningen aan het bewegingsapparaat het meest frequent voorkomen bij mannen. Het Bureau Beroepsziekten van het FNV (www.bbzfnn.nl/ Beroepsziekten) geeft aan dat het tillen en dragen van zware gewichten, een werkhouding waarin met enige regelmaat langdurig of frequent in ongewenste houdingen wordt gewerkt en het werken met aangedreven (hand)gereedschappen door het trillen en schokken risicohandelingen zijn voor klachten aan het bewegingsapparaat. Deze handelingen komen veel voor in mannenberoepen zoals de bouw. Ook Houtman et al. (2007) geven aan dat de fysieke risico's het grootst zijn in de beroepen waar veel mannen werken zoals de bouw en productie van goederen. Of mannen inderdaad meer klachten aan het bewegingsapparaat hebben wordt onderzocht door middel van hypothese 9:

H9: 'Mannelijke zieke werknemers hebben vaker klachten aan het bewegingsapparaat dan vrouwelijke werknemers.'

Piek et al. (2008) beschrijven welke instrumenten over het algemeen worden gebruikt per aard van de ziekte: 'Werkplekaanpassingen' en 'wachtlijstbemiddeling' doen werkgevers meer voor werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat en minder voor werknemers met psychische klachten. Daarentegen blijken werkgevers individuele begeleiding en coaching meer toe te passen bij werknemers met psychische klachten. Van Vuuren en Van Gent (2002) concluderen dat voor vrouwen vaker hulp wordt ingeschakeld van de arbodienst of bijvoorbeeld een psycholoog. Door middel van hypothese 10 wordt onderzocht of voor mannelijke werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat vaker gebruikt wordt gemaakt van het instrument 'werkplek aanpassen en/of het verstrekken van hulpmiddelen' dan bij vrouwelijke werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat. In hypothese 11 wordt onderzocht of voor vrouwelijke werknemers met psychische klachten vaker het instrument 'individuele begeleiding of coaching' wordt ingezet dan voor mannelijke werknemers met hetzelfde soort klachten.

H10: 'Bij mannelijke werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat wordt er meer gebruik gemaakt van het instrument 'werkplek aanpassen of verstrekken van hulpmiddelen' dan bij vrouwelijke werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat.'

H 11: ‘Bij vrouwelijke werknemers met psychische klachten wordt er meer gebruik gemaakt van de instrumenten individuele begeleiding of coaching dan bij mannelijke werknemers met psychische klachten.’

Invloed van werknemerskenmerken en sekse op de duur van het re-integratietraject.

In deelvraag 4 wordt onderzocht of werknemerskenmerken (de soort aandoening, leeftijd, beroepsniveau) en sekse invloed hebben op de duur van re-integratie.

Uit eerder gedane onderzoeken blijkt dat meerdere factoren invloed kunnen hebben op succes of duur van de re-integratie. Hieronder worden de werknemerskenmerken aard aandoening, leeftijd en beroepsniveau beschreven. De mogelijke relatie tussen geslacht en duur van de re-integratie is beschreven bij deelvraag 1.

Beroepsniveau

Uit Heyma et al. (2003) blijkt dat re-integratie-instrumenten effectiever zijn bij HBO-ers en WO-ers dan bij andere opleidingsniveaus. Ook Nijboer et al. (1993) concluderen dat hervatters (succesvolle re-integratie) gemiddeld een iets hoger opleidingsniveau hebben dan niet hervatters. Of dit na de invoering van de WIA nog steeds klopt wordt onderzocht door middel van hypothese 12:

H12: ‘Langdurig zieke werknemers met een hoger beroepsniveau hervatten sneller dan langdurig zieke werknemers met een middelbaar, lager of elementair beroepsniveau.’

Aard aandoening

Ook het soort klachten waardoor zieke medewerkers verzuimen, lijkt mee te spelen (Bavel et al., 2004; De Rijk et al., 2002). Mannen gaan vaker dan vrouwen weer aan het werk als ze klachten hebben aan het bewegingsapparaat. Vrouwen met psychische klachten hebben daarentegen een grotere kans om weer aan het werk te gaan dan mannen met psychische klachten. Wanneer het voor mannelijke en vrouwelijke werknemers samen bekeken wordt blijken psychisch arbeidsongeschikten veel sneller uit de WAO te komen dan mensen die vanwege hart- en vaatziekten een WAO-uitkering ontvangen. (Jehoel-Gijbers, 2007; Nijboer et al., 1993). Verder blijkt dat mensen met klachten aan het bewegingsapparaat vaker het werk hervatten dan mensen met psychische klachten (De Koning et al., 2008). Nijboer et al. (1993) beschrijven wat hier een verklaring voor kan zijn: wat betreft de mensen met een psychische aandoening heeft dit waarschijnlijk te maken met het wisselvallige verloop van de

aandoening, een gering zelfvertrouwen bij deze zieke werknemers, werkaanpassingen die moeilijk te realiseren lijken en stigmatisering. Wat betreft de kansen op werk voor personen met een hartaandoening kan een verklaring zijn dat als na een jaar afwezigheid geen voldoende herstel is opgetreden, de kans klein is dat überhaupt nog voldoende herstel optreedt om weer aan het werk te gaan. In hypothese 13 wordt onderzocht of psychische klachten voor vrouwen inderdaad een kortere verzuimduur betekend dan voor mannen.

H13: ‘Vrouwelijke werknemers met psychische klachten gaan sneller weer aan het werk dan mannelijke werknemers met psychische klachten.’

Leeftijd

Oudere werknemers hebben een hoger arbeidsongeschiktheidsrisico (De Rijk et al., 2002). Jehoel-Gijbers (2007) concludeert dat leeftijd een zelfstandig effect heeft op arbeidsparticipatie. Men stroomt eerder uit naar werk naarmate men jonger is. Ook Van Vuuren et al. (2009) beschrijven dat leeftijd invloed heeft op een succesvolle werkhervatting: de kans op tijdige en succesvolle werkhervatting is kleiner bij personen ouder dan 55 jaar. Een mogelijke reden waarom oudere langdurig zieke werknemers moeilijker re-integreren is omdat deze mensen meer ziekte door slijtage of hart- en vaatziekten hebben die niet meer overgaan. Nijboer et al. (1993) zijn het hier deels mee eens: De leeftijd van medewerkers die succesvol re-integreren ligt volgens hen veelal tussen de 30 en 50 jaar, terwijl de degenen waarbij re-integratie mislukt meestal jonger zijn dan 30 of ouder dan 50 jaar. Een mogelijke reden waarom volgens Nijboer ook de langdurig zieke werknemers onder de 30 jaar moeilijk re-integreren is dat deze mensen nog weinig werkervaring hebben opgedaan. Hierdoor zijn ze minder onmisbaar en is het lastiger om ander werk voor hen te zoeken. Door middel van hypothese 14 wordt onderzocht of oudere werknemers gemiddeld langer verzuimen dan jongere werknemers.

H14: ‘De duur van het verzuim is langer bij oudere werknemers dan bij jongere werknemers.’

Methode

2.1. Dataverzameling en steekproef

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de gegevens die zijn verzameld in een onderzoek naar de re-integratie van zieke werknemers dat is uitgevoerd door TNO in opdracht van de Raad voor Werk en Inkomen (Piek et al., 2008). De gegevens van deze dataset zijn verzameld door het afnemen van 1294 telefonische interviews bij (vestigingen van) bedrijven met minimaal twee werkzame werknemers. Voor dit artikel zijn de gegevens van 608 geïnterviewde bedrijven gebruikt. Deze bedrijven hebben namelijk aangegeven minstens één zieke werknemer gehad te hebben die minimaal 13 weken ziek is geweest. Onderdeel van de afgenomen vragenlijst was een aantal vragen over één specifieke zieke medewerker. Wanneer de werkgever meerdere zieke werknemers (gehad) heeft werd hem gevraagd de werknemer te kiezen waarvan hij de situatie het beste kent. De vragen die bij elk bedrijf over de specifieke werknemer zijn beantwoord zijn gebruikt voor dit artikel.

Piek et al. (2008) hebben onder andere geconcludeerd dat het laten kiezen van één werknemer door de werkgever niet zorgt voor een positieve selectie van succesverhalen. Er is hooguit sprake van een lichte oververtegenwoordiging van probleemgevallen. Ze hebben gevonden dat in 19% van de gevallen de re-integratie slechter verliep dan normaal en in 2% van de gevallen verliep de re-integratie beter dan normaal. Bij het overgrote deel van de werkgevers (80%) zijn er echter geen aanwijzingen dat de besproken zieke werknemer niet representatief zou zijn.

2.2. Onderzochte variabelen

In de voorgaande hypothesen zijn verwachtingen opgesteld over mogelijke relaties tussen de volgende variabelen: werknemerskenmerken (geslacht, leeftijd, beroepsniveau en aard van de ziekte), de ingezette re-integratie-instrumenten en duur van het verzuim. Hieronder staan deze variabelen beschreven.

Werknemerskenmerken

De werkgevers zijn gevraagd aan te geven wat voor de betreffende werknemer van toepassing is.

- *Geslacht:*

Geslacht wordt gemeten aan de hand van één vraag, namelijk: “Wat is het geslacht van de betreffende werknemer?” Deze vraag was te beantwoorden door te kiezen uit drie

antwoordmogelijkheden: man, vrouw of weet niet. De mogelijkheid 'weet niet' is niet meegenomen in de analyse, de andere twee mogelijkheden wel.

- *Leeftijd:*

Ook leeftijd wordt door middel van één vraag gemeten: "Wat was de leeftijd (op tijdstip van uitval) van de betreffende werknemer?" Hierop kon geantwoord worden met de leeftijd in jaren of met 'weet niet'. De respondenten die 'weet niet' aangaven zijn niet meegenomen in de berekeningen. Leeftijd is onderverdeeld in groepen: 15-24 jaar, 25-34 jaar, 35-44 jaar, 45-54 jaar en 55-64 jaar. Daarnaast is leeftijd onderverdeeld in twee groepen: medewerkers tot en met vijfendertig jaar en medewerkers ouder dan vijfendertig jaar.

- *Beroepsniveau:*

Beroepsniveau wordt gemeten met de vraag "Wat was het beroepsniveau van de betreffende werknemer?" Er kon tussen vier beroepsniveaus gekozen worden: Elementair beroepsniveau (ongeschoolde arbeid), Lager beroepsniveau (functie op VMBO of LBO-niveau), Middelbaar beroepsniveau (functie op MBO-niveau) en Hoger beroepsniveau (functie op HBO of wetenschappelijk niveau). Wanneer de werkgever geen beroepsniveau kon noemen werd 'weet niet' ingevuld. Deze waarden zijn voor het beroepsniveau niet meegenomen in de berekeningen.

- *Aard van de aandoening:*

Welke soort aandoening ervoor gezorgd heeft dat de werknemer verzuimt of heeft verzuimd wordt onderzocht door de vraag "Wat was de aard van de aandoening die het ziekteverzuim veroorzaakte?" Van de antwoordmogelijkheden op de vraag wat de aard van de aandoening was of is zijn drie mogelijkheden gebruikt: klachten aan het bewegingsapparaat, psychische klachten en hart- en vaatziekten. Uit de mogelijkheden 'overige aandoeningen' en 'weet niet' kunnen we weinig afleiden. Om deze reden zijn ze niet meegenomen in de berekeningen en zijn ze uit de analyse gehaald.

Ingezette voorzieningen

Om na te gaan welke voorzieningen of instrumenten de werkgever bij de zieke werknemer heeft ingezet werd de volgende vraag gesteld: "Welke voorzieningen heeft u voor deze werknemer ingezet om hem/haar in uw eigen organisatie aan het werk te houden? Hierbij gaat het om de daadwerkelijke inzet van voorzieningen of activiteiten, alleen een aanbod valt er niet onder." Hierop konden de volgende antwoorden gegeven worden:

- Minder uren werken (tijdelijk/structureel)
- De inhoud van het werk/takenpakket aanpassen (tijdelijk/structureel)

- De werktijden of rooster aanpassen (tijdelijk/structureel)
- De werkplek aanpassen of verstrekken van hulpmiddelen
- Hervatten in een andere functie
- Tijdelijk hervatten bij een andere werkgever (detachering)
- Scholing, training, opleiding of cursus
- Wachtlijstbemiddeling
- Individuele begeleiding of coaching
- Door de werkgever betaalde therapie of behandeling
- Andere voorzieningen, namelijk
- Geen voorzieningen ingezet.

Wanneer er meer voorzieningen of instrumenten zijn ingezet werden meerdere antwoorden gegeven. De antwoordmogelijkheid ‘andere voorzieningen, namelijk’ is uit de analyse gehaald omdat deze verzamelnaam teveel soorten voorzieningen kan betekenen.

Duur van verzuim:

De duur van het verzuim wordt gemeten met de vraag “Hoeveel maanden duurde (of duurt) het ziekteverzuim van de werknemer?” Duur verzuim is opgesplitst in groepen: 0 - 3 maanden, 4 - 6 maanden, 7 - 9 maanden, 10 - 12 maanden, 13 - 15 maanden, 16 - 18 maanden, 19 - 21 maanden, 22 - 24 maanden en meer dan 24 maanden.

Databewerking en analyse

De data zijn geanalyseerd door middel van SPSS 15. Hypothese 1 tot en met 3 en hypothese 8 en 9 zijn getoetst door middel van de Pearson’s Chi-square toets. Geslacht is voor al deze hypothesen als onafhankelijke variabele ingevoerd, de afhankelijke variabelen verschilde per hypothese. Voor hypothese 1 is dit duur verzuim, bij hypothese 2 en 3 zijn dit alle re-integratie-instrumenten. Bij hypothese 8 en 9 zijn klachten aan het bewegingsapparaat, psychische klachten en hart- en vaatziekten als afhankelijke variabelen gebruikt.

Voor hypothese 4 en 5 is gebruik gemaakt van de Analysis of Variance toets (ANOVA). Ook hier is geslacht ingevoerd als onafhankelijke variabele, de afhankelijke variabele is voor hypothese 4 leeftijd en voor hypothese 5 beroepsniveau.

Hypothese 6, 7, 10 en 11 zijn onderzocht door middel van de Multivariate Analysis of Variance toets (Manova). Onafhankelijke variabele is geslacht en afhankelijke variabelen zijn de inzet van alle re-integratie-instrumenten. Om hypothesen 12 tot en met 14 te onderzoeken is de One-way Analysis of Covariance toets (Ancova) ingezet. Voor deze berekeningen zijn

de werknemersfactoren onafhankelijke variabelen en is duur van het verzuim de afhankelijke variabele.

Modererende variabelen

Bij hypothese 6 en 7 zijn twee modererende variabelen opgenomen waarvan verondersteld wordt dat ze de relatie tussen geslacht en inzet van de re-integratie-instrumenten beïnvloeden, namelijk leeftijd en beroepsniveau. Voor hypothesen 10 en 11 is een andere modererende variabele opgenomen, namelijk aard van de ziekte. Hypothese 6,7, 10 en 11 zijn berekend door middel van de Multivariate Analysis of Variance toets (Manova)

Één modererende variabele is opgenomen voor hypothese 13, namelijk geslacht.

Verondersteld wordt dat geslacht de relatie tussen aard van de aandoening en duur verzuim beïnvloedt. Om hypothese 13 te berekenen is de One-way Analysis of Covariance toets (Ancova) ingezet. Aard van de aandoening is als onafhankelijke variabele opgenomen, duur van het verzuim als afhankelijke en geslacht is als moderator ingevoerd.

Resultaten

3.1. Beschrijving steekproef en werknemersfactoren

Voor dit onderzoek zijn de gegevens van 605 zieke werknemers gebruikt. Er zijn 329 mannen (54%) en 276 vrouwen (46%) in deze steekproef vertegenwoordigd. Doordat niet alle vragen over de zieke werknemers ingevuld zijn, worden de aantallen in de berekeningen die hieronder volgen soms net iets kleiner: de aantallen variëren tussen de 599 en 605. In tabel 1 zijn de sekseverschillen per werknemersfactor (aard aandoening, leeftijd en beroepsniveau) weergegeven. De resultaten uit deze tabel worden daarna verder beschreven.

Tabel 1 Sekseverschillen in werknemersfactoren (N = 599 - 605)

	Man(%)	Vrouw(%)	p	N
Aard aandoening				605
Psychische klachten	37,4	45,3	0,005**	239
Bewegingsapparaat	41,6	39,5	0,326	246
Hart- en vaatziekten	14,9	2,9	0,000***	57
Leeftijd			0,001***	596
15-24 jaar	4,6	4,1		26
25-34 jaar	12,0	25,8		109
35-44 jaar	30,8	28,0		176
45-54 jaar	34,2	32,1		198
55 - 64 jaar	18,5	10,0		87
Beroepsniveau			0,001***	599
Elementair beroepsniveau	6,5	5,1		35
Lager beroepsniveau	38,6	20,4		181
Middelbaar beroepsniveau	34,3	43,6		231
Hoger beroepsniveau	20,7	30,9		152

***: $p < 0,001$; *: $p < 0,05$

Aard aandoening

Er is berekend of er sekseverschillen zijn bij de verschillende soorten aandoeningen: psychische klachten, klachten aan het bewegingsapparaat en hart- en vaatziekten. Psychische klachten komen meer voor onder vrouwelijke werknemers, $\chi^2 (1, n= 239) = 6,671$, $p < 0,01$. Er is geen significant verschil gevonden tussen langdurig zieke mannelijke en vrouwelijke werknemers wat betreft het voorkomen van aandoeningen aan het bewegingsapparaat, $\chi^2 (1, n= 246) = 0,205$, $p > .05$. Hart- en vaatziekten zijn aandoeningen die duidelijk meer onder mannen voorkomen, $\chi^2 (1, n= 57) = 23,919$, $p < 0,001$. Dit verschil is zo groot dat de aandoening hart- en vaatziekten verder niet in de berekeningen is meegenomen. Er waren te

weinig vrouwelijke werknemers in de steekproef aanwezig om verschillen tussen mannen en vrouwen met dit soort klachten goed te kunnen toetsen (8 vrouwen versus 49 mannen).

Leeftijd

Vrouwelijke werknemers raken op een gemiddeld lagere leeftijd arbeidsongeschikt dan mannelijke werknemers, $F(1, 594) = 12,019$, $p < .001$. Wanneer het verschil tussen mannen en vrouwen per leeftijdsgroep wordt bekeken zijn er twee verschillen te zien. Vrouwen zijn in de leeftijdsklassen 25 – 34 jaar dubbel zo vaak ziek als mannen. Verder zijn zieke mannelijke werknemers in de leeftijdsklasse 55 -64 jaar duidelijk meer vertegenwoordigd dan zieke vrouwelijke werknemers. In de andere leeftijdsklassen zijn geen grote verschillen te zien.

Beroepsniveau

Mannen blijken gemiddeld een lager beroepsniveau te hebben dan vrouwen, $F(1, 597) = 19,586$, $p < .001$). Wanneer het beroepsniveau vergeleken wordt tussen mannen en vrouwen valt op dat mannen bijna twee keer zo vaak een lager beroepsniveau hebben dan vrouwen. Op middelbaar en hoger beroepsniveau zijn er ongeveer tien procent meer vrouwen dan mannen vertegenwoordigd. Op het elementair beroepsniveau zijn weinig verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke werknemers te zien.

3.2. Duur van het re-integratietraject bij mannelijke en vrouwelijke zieke werknemers

Er is geen verschil gevonden tussen zieke mannelijke en vrouwelijke werknemers wat betreft de duur van het re-integratietraject, $\chi^2(8, 592) = 8,515$, $p > 0,05$. Bij mannen duurt dit traject gemiddeld 13,76 maanden, bij vrouwen 13,58 maanden.

3.3. Invloed van geslacht op ingezette re-integratie-instrumenten

Berekend is of er verschillen bestaan wat betreft de ingezette re-integratie-instrumenten tussen langdurig zieke mannelijke en vrouwelijke werknemers. Bij geen enkel soort re-integratie-instrument waren significante verschillen te vinden tussen langdurig zieke mannelijke en vrouwelijke zieke werknemers (zie tabel 2).

Tabel 2: Resultaten van de Chi-kwadraat toets: ‘Invloed van geslacht op keuze re-integratie-instrument’ (N = 605, df=1)

	<i>Chi- square</i>	<i>p =</i>
Minder uren werken	0,902	0,171
Inhoud van het werk of takenpakket aanpassen	0,004	0,474
Werktijden of rooster aanpassen	0,088	0,383
Werkplek aanpassen of verstrekken hulpmiddelen	1,913	0,083
Hervatten in een andere functie	0,375	0,271
Tijdelijk hervatten bij andere werkgever	0,000	0,512
Scholing, opleiding, training of cursus	0,673	0,206
Wachlijstbemiddeling	0,516	0,237
Individuele begeleiding of coaching	0,000	0,508
Door werkgever betaalde therapie of behandeling	1,716	0,095
Geen voorzieningen ingezet	1,120	0,145

3.4. Invloed van werknemersfactoren op de relatie tussen sekse en ingezette instrumenten.

De volgende werknemersfactoren zijn onderzocht: leeftijd, beroepsniveau en aard aandoening. Deze drie factoren worden hieronder beschreven.

Leeftijd

Voor jonge langdurig zieke vrouwelijke werknemers (jonger ≤ 35) wordt het instrument ‘coaching en begeleiding’ niet meer ingezet dan voor jonge langdurig zieke mannelijke werknemers. ($F(3,592) = 0,597$; $p > .05$). Uit de uitkomsten van de MANOVA toets (zie tabel 3) blijkt dat er maar één significant effect te vinden was: leeftijd hangt samen met het inzetten van het instrument ‘door werkgever betaalde therapie of behandeling’ ($F(3,592) = 7,484$; $p < .01$). Dit instrument wordt meer gebruikt bij werknemers vanaf 35 jaar dan bij werknemers tot en met 35 jaar. Het gemiddelde aantal keren (in procenten) dat het instrument ‘door werkgever betaalde therapie of behandeling’ is ingezet wordt per leeftijdscategorie weergegeven in tabel 4.

Tabel 3: Resultaten van MANOVA toets (N= 592, df= 3)

	Geslacht		Leeftijd		Geslacht x Leeftijd	
	F	p	F	p	F	p
Minder uren werken	.161	0,689	1.943	0,164	.166	0,684
Inhoud van werk aanpassen	.174	0,667	3.517	0,061	.004	0,953
Werktijden of rooster aanpassen	.358	0,550	.185	0,667	.418	0,518
Werkplek aanpassen	.312	0,557	.290	0,590	2.838	0,093
Hervatten in andere functie	.343	0,588	.325	0,569	.003	0,954
Detachering	.778	0,378	.111	0,739	3.325	0,069
Scholing, training, opleiding, cursus	1.065	0,302	1.129	0,288	.602	0,438
Wachttijstbemiddeling	.337	0,562	.043	0,836	.215	0,643
Indiv. begeleiding of coaching	.417	0,519	2.710	0,100	.597	0,440
Door w.g. betaalde therapie/beh.	2.549	0,111	7.484	0,006**	.077	0,782
Geen voorzieningen ingezet	1.122	0,290	.001	0,971	.032	0,858

** p ≤ .01

Tabel 4: Percentages relatie leeftijd en instrument ‘door werkgever betaalde behandeling’

%	Door w.g. betaalde Behandeling
Leeftijd	
≤ 35 jaar	18,6
> 35 jaar	81,4

Beroepsniveau

In tabel 5 zijn de resultaten te vinden waarop conclusies getrokken kunnen worden over de samenhang tussen beroepsniveau en de ingezette instrumenten. Ook wordt de samenhang tussen beroepsniveau en geslacht met ingezette instrumenten weergegeven.

Tabel 5: Resultaten van MANOVA toets (N= 595, df= 3)

	Geslacht		Beroepsniveau		Geslacht x Beroepsniveau	
	F	p	F	p	F	p
Minder uren werken	.720	0,396	.238	0,626	3.407	0,065
Inhoud van werk aanpassen	.030	0,862	2.058	0,152	2.959	0,086
Werktijden of rooster aanpassen	.042	0,838	2.330	0,127	.694	0,405
Werkplek aanpassen	1.461	0,227	.001	0,972	.001	0,970
Hervatten in andere functie	.320	0,572	.636	0,426	.005	0,945
Detachering	.275	0,600	.535	0,465	.413	0,521
Scholing, training, opleiding, cursus	2.493	0,115	.125	0,724	2.363	0,125
Wachttijstbemiddeling	1.287	0,257	.058	0,810	.495	0,482
Indiv. begeleiding of coaching	1.800	0,180	3.041	0,082	6.810	0,009**
Door w.g. betaalde therapie/beh.	.022	0,882	1.179	0,278	3.574	0,059
Geen voorzieningen ingezet	2.007	0,157	4.659	0,031*	.088	0,767

* p ≤ .05; ** p ≤ .01

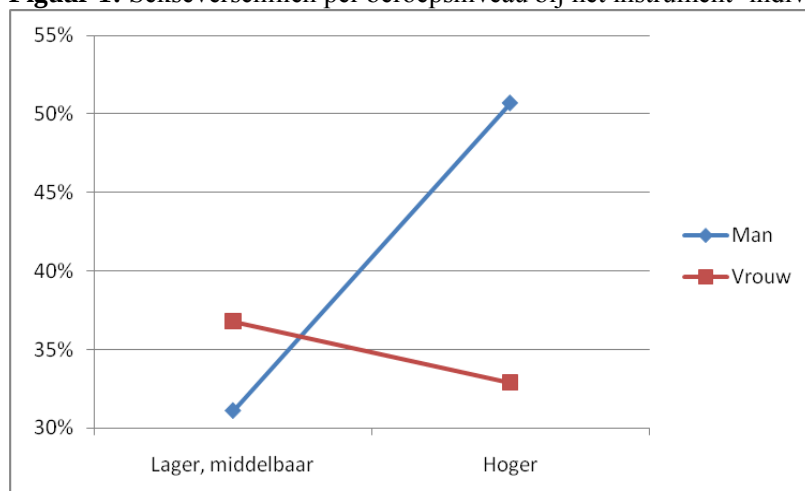
Het beroepsniveau hangt maar met één instrument samen: bij een lager of middelbaar beroepsniveau wordt er vaker geen voorziening ingezet dan bij een hoger beroepsniveau ($F(3,595) = 4,659$; $p < .05$). Zowel geslacht als beroepsniveau hebben geen significante samenhang met het wel of niet inzetten van de instrumenten ‘individuele begeleiding en coaching’ en ‘door werkgever betaalde therapie of behandeling’. Wanneer echter de interactie wordt berekend is er wel een samenhang met het instrument ‘individuele begeleiding en coaching’ ($F(3,595) = 6,810$; $p < 0,01$). Voor mannen wordt het instrument ‘individuele begeleiding of coaching’ duidelijk vaker ingezet bij een hoger beroepsniveau dan bij een lager of middelbaar beroepsniveau. Bij vrouwen is er nauwelijks verschil. Bij hen wordt het instrument ‘individuele begeleiding of coaching’ iets vaker ingezet bij een lager of middelbaar beroepsniveau dan bij een hoger beroepsniveau. In tabel 6 wordt voor de significante relaties de gemiddelden in percentages weergegeven. In figuur 1 is per beroepsniveau de samenhang tussen mannen en vrouwen en het instrument ‘individuele begeleiding en coaching’ weergegeven.

Tabel 6: Percentages relatie geslacht en/of beroepsniveau op ingezette instrumenten

%	Geen voorziening ingezet	Indiv. begeleiding/ coaching
Hoger beroepsniveau	2,0	-
- Mannen	-	50,7
- Vrouwen	-	32,9
Elementair, lager of middelbaar beroepsniveau	6,0	-
- Mannen	-	31,1
- Vrouwen	-	36,8

Aan bovenstaande gemiddelden is ook te zien dat het instrument ‘individuele begeleiding of coaching’ bij mannelijke werknemers met een hoger beroepsniveau bijna twintig procent meer ingezet wordt dan bij vrouwelijke medewerkers met een hoger beroepsniveau.

Figuur 1: Sekseverschillen per beroepsniveau bij het instrument ‘individuele begeleiding en coaching’



Psychische klachten

Psychische klachten hebben een samenhang met het wel of niet inzetten van de instrumenten ‘werkplek aanpassen en/of het verstrekken van hulpmiddelen’ ($F(3,601) = 4,070$; $p < 0,05$) en ‘door de werkgever betaalde therapie of behandeling’ ($F(3,601) = 7,079$; $p < 0,01$). Wanneer iemand psychische klachten heeft wordt het instrument ‘werkplek aanpassen en/of het verstrekken van hulpmiddelen’ vaker niet dan wel ingezet. Het instrument ‘door de werkgever betaalde therapie of behandeling’ wordt daarentegen vaker wel dan niet ingezet bij psychische klachten. In tabel 7 zijn de resultaten van de MANOVA toets weergegeven.

Tabel 7: Resultaten van MANOVA toets (N= 601, df= 3)

	Geslacht		Psychische klachten		Geslacht x Psychische klachten	
	F	p	F	p	F	P
Minder uren werken	.001	0,981	.344	0,588	2.002	0,158
Inhoud van werk aanpassen	.122	0,727	.670	0,413	4.095	0,043*
Werktijden of rooster aanpassen	.223	0,637	.022	0,883	7.696	0,006**
Werkplek aanpassen	1.620	0,204	4.070	0,044*	3.913	0,048*
Hervatten in andere functie	1.541	0,215	2.195	0,139	3.450	0,064
Detachering	.000	0,999	.071	0,789	.594	0,441
Scholing, training, opleiding, cursus	1.215	0,271	.601	0,439	1.562	0,212
Wachttijstbemiddeling	.862	0,354	3.386	0,066	1.318	0,251
Indiv. begeleiding of coaching	.481	0,488	3.576	0,059	7.657	0,006**
Door w.g. betaalde therapie/beh.	.659	0,417	7.079	0,008**	2.178	0,140
Geen voorzieningen ingezet	1.841	0,175	.698	0,404	.075	0,784

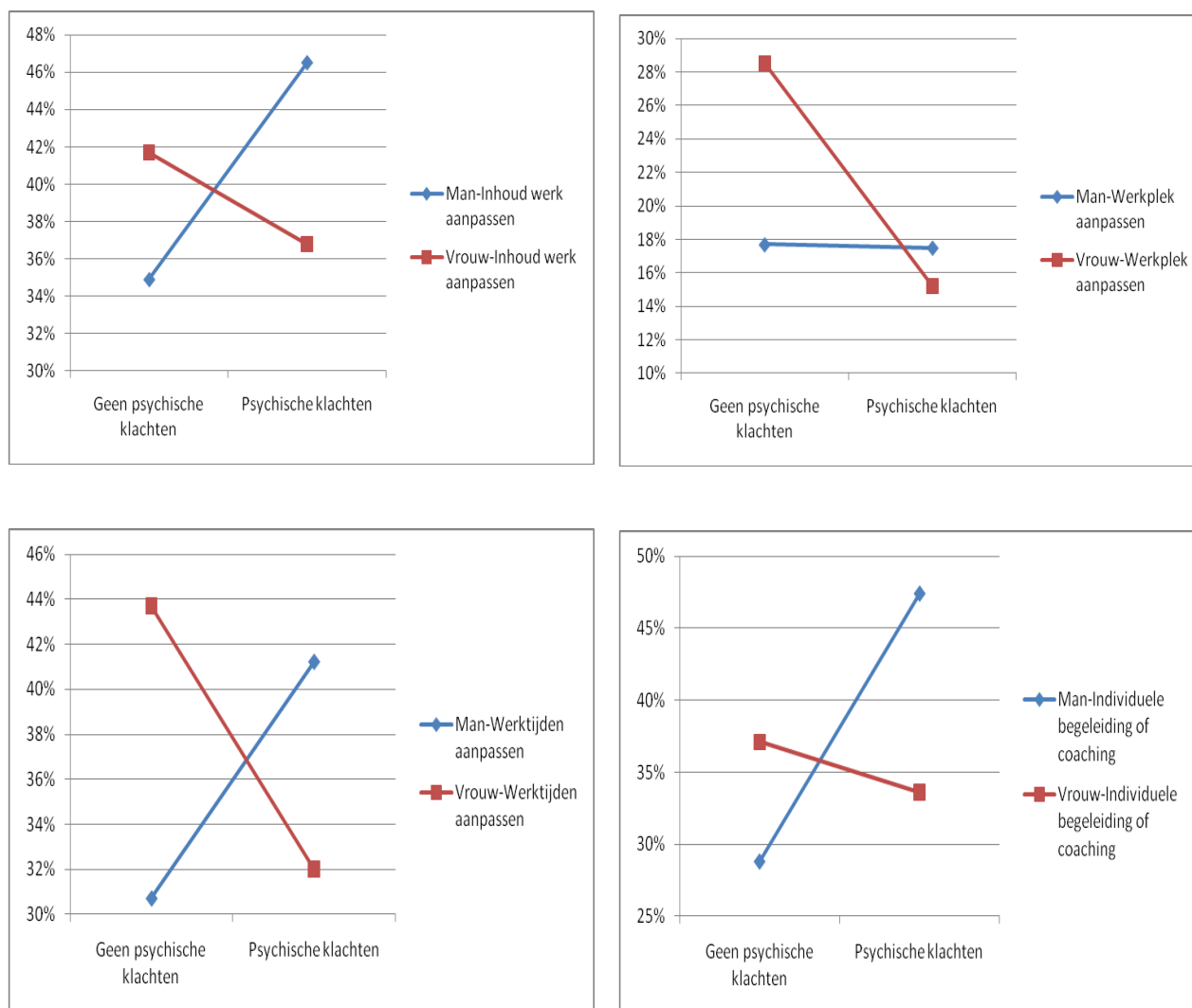
* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Het interactie-effect tussen geslacht en psychische klachten is aangetoond voor vier instrumenten. Alle vier instrumenten waar een significant verschil tussen langdurige zieke werknemers gevonden is worden vaker voor langdurige zieke mannelijke werknemers met psychische klachten ingezet dan voor langdurig zieke vrouwelijke werknemers met psychische klachten. Bij de volgende vier instrumenten in een samenhang vastgesteld: ‘inhoud van het werk en/of takenpakket aanpassen’ ($F(3,601) = 4,095$; $p < .05$), ‘werktijden of rooster aanpassen’ ($F(3,601) = 7,696$; $p < 0,01$), ‘werkplek aanpassen en/of verstrekken van hulpmiddelen’ ($F(3,601) = 3,913$; $p < 0,05$) en ‘individuele begeleiding of coaching’ ($F(3,601) = 7,657$; $p < 0,01$). In tabel 8 worden de gemiddelden in percentages weergegeven van de significante relaties die gevonden zijn. In Figuur 2 zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen met en zonder psychische klachten voor de vier instrumenten te zien.

Tabel 8: Percentages relatie geslacht en/of psychische klachten op ingezette instrumenten

%	Inhoud werk aanpassen	Werkplek aanpassen	Werktijden aanpassen	Door w.g. betaalde behandeling	Indiv. begeleiding/ coaching
Psychische klachten	-	16,3	-	22,6	-
- Mannen	46,5	17,5	41,2	-	47,4
- Vrouwen	36,8	15,2	32,0	-	33,6
Geen psychische klachten	-	21,7	-	13,4	-
- Mannen	34,9	17,7	30,7	-	28,8
- Vrouwen	41,7	28,5	43,7	-	37,1

Figuur 2: Sekseverschillen per instrument bij psychische klachten



Klachten aan het bewegingsapparaat

Zoals in tabel 9 te zien is hebben klachten aan het bewegingsapparaat een samenhang met het wel of niet inzetten van vier soorten instrumenten. Deze klachten blijken het meest samen te hangen met het gebruik van het instrument ‘werkplek aanpassen en/of het verstrekken van hulpmiddelen’, $F(3,601) = 24,908$; $p < 0,001$. Dit instrument wordt duidelijk vaker ingezet bij klachten aan het bewegingsapparaat dan bij andere klachten. Een ander instrument waar klachten aan het bewegingsapparaat mee samenhangen is het instrument ‘scholing, training, opleiding of cursus’, $F(3,601) = 11,241$; $p < 0,001$. Ook dit instrument wordt duidelijk vaker ingezet bij klachten aan het bewegingsapparaat dan bij andere klachten. Het hebben van klachten aan het bewegingsapparaat hangt verder samen met de instrumenten ‘inhoud van het werk/takenpakket aanpassen’ ($F(3,601) = 5,692$; $p < 0,05$) en ‘geen voorzieningen ingezet’ ($F(3,601) = 5,771$; $p < 0,05$). ‘Inhoud van het werk/takenpakket aanpassen’ werd vaker ingezet bij klachten aan het bewegingsapparaat dan bij andere klachten. Het niet inzetten van voorzieningen of instrumenten wordt bij klachten aan het bewegingsapparaat niet vaak gedaan. Het niet inzetten van voorzieningen wordt namelijk vaker niet genoemd dan wel.

Tabel 9: Resultaten van MANOVA toets ($N = 601$, $df = 3$)

	Geslacht		Klachten bewegings-apparaat		Geslacht x Klachten bewegingsapparaat	
	F	p	F	p	F	p
Minder uren werken	.494	0,482	.126	0,723	2.929	0,088
Inhoud van werk aanpassen	.441	0,507	5.692	0,017*	6.145	0,013*
Werktijden of rooster aanpassen	2.099	0,148	.830	0,363	4.762	0,029*
Werkplek aanpassen	4.471	0,035*	24.908	0,000***	7.476	0,006**
Hervatten in andere functie	.094	0,759	.495	0,482	4.348	0,037*
Detachering	.016	0,899	2.297	0,130	.221	0,638
Scholing, training, opleiding, cursus	.333	0,564	11.241	0,001***	2.525	0,113
Wachttijstbemiddeling	.681	0,410	2.573	0,109	.042	0,837
Indiv. begeleiding of coaching	.527	0,468	1.856	0,174	11.281	0,001***
Door w.g. betaalde therapie/beh.	3.105	0,079	2.109	0,147	3.169	0,076
Geen voorzieningen ingezet	.050	0,300	5.771	0,017*	.526	0,468

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

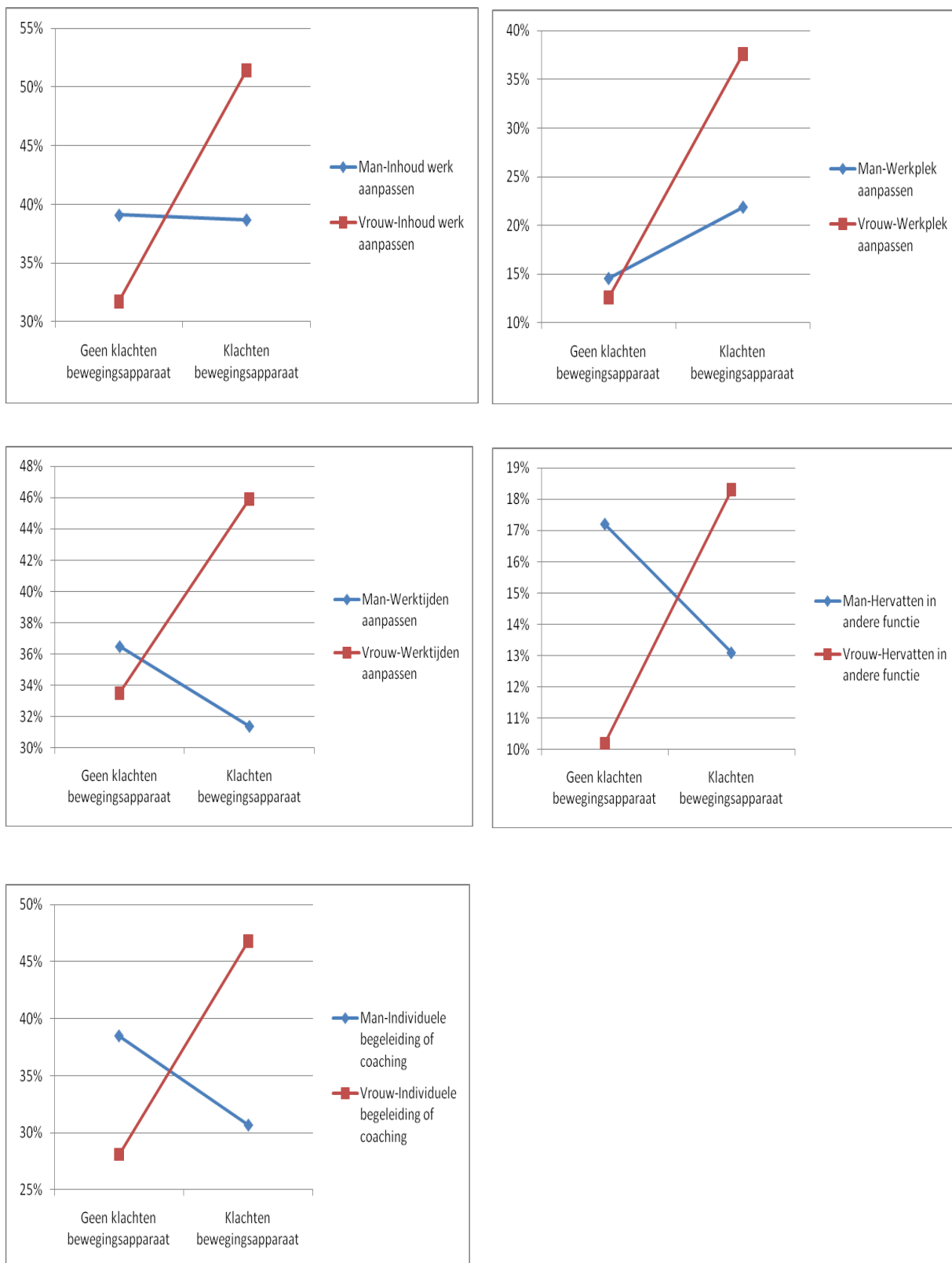
Wanneer gekeken wordt naar de mate waarin het geslacht de relatie beïnvloed tussen het wel of niet optreden van klachten aan het bewegingsapparaat en de ingezette instrumenten zijn er vijf instrumenten waar het interactie-effect op van toepassing is. Al deze vijf re-integratie-instrumenten worden meer ingezet bij vrouwelijke werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat dan bij mannelijke werknemers met hetzelfde soort klachten. Deze

instrumenten zijn: ‘werkplek aanpassen en/of het verstrekken van hulpmiddelen’ ($F(3,601) = 7,476$; $p < 0,01$), ‘individuele begeleiding of coaching’ ($F(3,601) = 11,281$; $p < 0,001$), ‘inhoud van het werk/takenpakket aanpassen’ ($F(3,601) = 6,145$; $p < 0,05$) ‘werktijden of rooster aanpassen’ ($F(3,601) = 4,762$; $p < 0,05$) en ‘hervatten in een andere functie’ ($F(3,601) = 4,348$; $p < 0,05$). In tabel 10 is het gemiddelde aantal dat een instrument is ingezet bij (mannen en vrouwen met) klachten aan het bewegingsapparaat in procenten weergegeven. In figuur 7 zijn deze verschillen per instrument in een grafiek te zien.

Tabel 10: Percentages relatie geslacht en/of klachten aan bewegingsapparaat op ingezette instrumenten

%	Inhoud werk aanpassen	Werkplek aanpassen	Werktijden aanpassen	Scholing, training, opleiding	Hervatten in andere functie	Indiv. begeleiding/ coaching	Geen voorziening
Klachten aan het bewegingsapparaat	44,1	28,7	-	14,2	-	-	2,4
- Mannen	38,7	21,9	31,4	-	13,1	30,7	-
- Vrouwen	51,4	37,6	45,9	-	18,3	46,8	-
Geen klachten aan het bewegingsapparaat	35,0	13,4	-	6,3	-	-	6,8
- Mannen	39,1	14,6	36,5	-	17,2	38,5	-
- Vrouwen	31,7	12,6	33,5	-	10,2	28,1	-

Figuur 3: Sekseverschillen per instrument bij klachten aan het bewegingsapparaat



Invloed van werknemersfactoren en sekse op duur van het verzuim

We hebben berekend of de werknemersfactoren (beroepsniveau, leeftijd, psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat) invloed hebben op de duur van het verzuim of er een interactie-effect is tussen de werknemersfactoren en geslacht op duur verzuim. In tabel 11 is te zien dat er geen significant effect van werknemersfactoren op de duur van het verzuim gevonden is. Eerder is al geconcludeerd dat sekse geen significante samenhang heeft met duur van het verzuim. Sekse heeft ook geen modererend effect op de relatie tussen werknemersfactoren en duur van het verzuim.

Tabel 11: Resultaten van One-way ANCOVA toets (N= 585-592, df=1)

	Duur verzuim	
	F	p
Beroepsniveau	2.772	0,212
- Geslacht	.345	0,345
- Beroepsniveau x geslacht	.465	0,454
Leeftijd	3.748	0,114
-Geslacht	.386	0,552
-Leeftijd x geslacht	1.413	0,228
Psychische klachten	1.251	0,464
- Geslacht	1.978	0,394
-Psychische klachten x geslacht	.028	0,868
Klachten bewegingsapparaat	5.845	0,250
-Geslacht	.002	0,972
-Klachten bew. apparaat x geslacht	.730	0,393

Conclusie en discussie

Het doel van dit onderzoek was om het inzicht te vergroten op het gebied van sekseverschillen bij re-integratie van zieke werknemers en te onderzoeken of na de invoering van de WIA in 2006 veranderingen op dit gebied zijn opgetreden. Onder andere volgens De Rijk et al. (2002), Vinke et al. (1999) en Bavel et al. (2004) verloopt de re-integratie van vrouwelijke medewerkers moeizamer of minder succesvol dan die van mannelijke medewerkers. In dit onderzoek is onderzocht of deze verschillen ook in dit onderzoek terug te vinden zijn of dat de WIA dermate veel invloed heeft gehad op het re-integratieproces dat de situatie voor mannelijke en vrouwelijke langdurige zieke werknemers veranderd is. Door middel van vier deelvragen en veertien hypothesen zijn verschillende mogelijke relaties onderzocht. Er is niet alleen gekeken naar een mogelijk sekseverschil wat betreft de duur van het verzuim, maar ook naar een mogelijk verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft de ingezette re-integratie-instrumenten. Verder is gekeken naar de invloed die werknemerskenmerken hebben op de ingezette re-integratie-instrumenten en of werknemerskenmerken een moderatoreffect hebben op de relatie tussen sekse en de ingezette instrumenten beïnvloeden. Tot slot is onderzocht of werknemerskenmerken een samenhang hebben met de duur van re-integratie en of sekse een moderatoreffect heeft op deze mogelijke relatie. Door gebruik te maken van de verzamelde data van Piek et al. (2008) met een steekproef van 608 geschikte respondenten is er meer duidelijk geworden op het gebied van sekseverschillen binnen de re-integratie van zieke werknemers.

Invloed van geslacht op duur van het verzuim

Onze verwachting vanuit de literatuur was dat vrouwelijke zieke werknemers moeilijker te re-integreren zijn (De Rijk et al., 2002; Vinke et al., 1999 en Bavel et al., 2004) en dat de duur van het verzuim daarom langer zou duren. Wanneer we naar de resultaten van dit onderzoek kijken zijn er geen verschillen te zien wat betreft de duur van het re-integratietraject bij mannelijke en vrouwelijk werknemers. Ook tijdens WAO zijn er een aantal onderzoeken uitgevoerd waarin geen sekseverschillen zijn gevonden (Van Vuuren & Van Gent, 2002; Van der Giezen, 2000), maar het meeste onderzoek uit deze tijd vond dit wel. Mogelijk was er in de tijd van de WAO al geen sprake was van verschillen in begeleiding en re-integratie. Dit onderzoek laat zien dat er in de tijd van de WIA zeker geen sekseverschillen te vinden zijn. Dit kan erop wijzen op dat mannen en vrouwen nu meer gelijk worden behandeld. Het is goed mogelijk dat dit een gevolg is van de WVP (Wet loondoorbetaling bij ziekte) en de

WIA. Mogelijk heeft de WIA dermate veel invloed gehad op het re-integratieproces dat deze wet ervoor gezorgd heeft dat voor mannen en vrouwen evenveel gedaan wordt. Uit eerder onderzoek (De Rijk et al., 2002) blijkt dat bedrijven voor langdurig zieke mannelijke werknemers meer maatregelen en initiatieven namen dan voor langdurig zieke vrouwelijke werknemers. Door de WIA wordt er meer druk gelegd op de re-integratie van zowel mannen als vrouwen. Dit zou het gevolg kunnen hebben dat er geen significante verschillen in re-integratieduur meer bestaan tussen langdurig zieke vrouwelijke en mannelijke werknemers. Een theorie die dit mechanisme verklaard is de theorie van de “Operante conditionering” van Skinner (1953). Bij operante conditionering wordt gedrag gevormd door de consequenties van dit gedrag.

Er zijn vier manieren om gedrag toe of juist af te laten nemen:

- *Positieve bekrachtiging*: het geven van een aangename prikkel na gewenst gedrag om dit gedrag toe te laten nemen.
- *Negatieve bekrachtiging*: het weghalen van een onaangename prikkel na gewenst gedrag om dit gedrag toe te laten nemen.
- *Positieve straf*: geven van onaangename prikkel na ongewenst gedrag om dit gedrag af te laten nemen.
- *Negatieve straf*: weghalen van aangename prikkel na ongewenst gedrag om gedrag af te laten nemen.

Aangezien de WIA veel meer uitgaat van beloning en straf dan de WAO zal dit invloed hebben op het re-integratieproces. Doordat de werknemer financieel beloond wordt wanneer hij weer (gedeeltelijk) aan het werk gaat, wordt positieve bekrachtiging ingezet. Bij de werkgever wordt door de WIA juist negatieve bekrachtiging ingezet: wanneer hij de werknemer weer aan het werk krijgt hoeft hij niet meer premie te gaan betalen. Wanneer de werknemer arbeidsongeschikt blijft gaat de premie wel omhoog (positieve straf). Eerder werd de werkgever voornamelijk beloond door het feit dat zijn werknemer weer aan het werk was. Mannen zijn vaak moeilijker te vervangen dan vrouwen omdat vrouwen vaker in deeltijd werken en minder leidinggevende functies bekleden, daarom zou er in het verleden door de werkgever meer zijn ingezet op de terugkomst van de langdurig zieke mannelijke werknemers. Door de invoering van de WIA wordt het voor de werkgever en werknemer belangrijker om ook vrouwen zo snel mogelijk weer aan het werk te hebben. Wanneer ze hier minder energie of geld in blijven steken zorgt dit voor negatieve financiële gevolgen. Wanneer ze er wel in slagen om de langdurig zieke vrouwelijke werknemer weer aan het werk

te krijgen blijft deze negatieve prikkel uit. Verder zorgen beloningen en straffen er volgens de theorie van de operante conditionering voor dat wanneer een werkgever beloond wordt voor het feit dat een (vrouwelijke) werknemer weer aan het werk is, hij de volgende keer dat een (vrouwelijke) werknemer langdurig ziek is, zich weer zal inspannen om de beloning of de vermijding van straf te verwezenlijken.

Invloed van sekse op ingezette re-integratie-instrumenten

In de lijn van Bavel et al. (2004) en Verdonk et al. (2008) hadden we verwacht dat doordat mannen en vrouwen andere behoeften hebben er sekseverschillen zouden bestaan bij de ingezette re-integratie-instrumenten. In navolging van het rapport van Verdonk et al. (2008) verwachtten wij dat voor vrouwelijke werknemers vaker het instrument ‘individuele begeleiding of behandeling’ ingezet zou worden dan voor mannelijke werknemers. Deze verwachting bleken we echter niet te kunnen bevestigen.

Het niet inzetten van voorzieningen gebeurt volgens Piek et al. (2008) en Verdonk et al. (2008) vaak bij ouderen en laaggeschoolden. Vinke et al. (1999) geven aan dat mannen gemiddeld een lager opleiding hebben en op een hogere leeftijd arbeidsongeschikt raken. Verwacht werd daarom dat voor mannelijke werknemers vaker helemaal geen re-integratie-instrument ingezet zou worden dan voor vrouwelijke werknemers. Ook deze verwachting kan niet bevestigd worden. Sterker nog, er bleek bij de inzet van geen enkel instrument een sekseverschil te zijn. Geslacht heeft geen direct effect op het inzetten van re-integratie-instrumenten. Een mogelijke verklaring hiervoor is de Sociale Cognitieve theorie (Bandura, 1977) Volgens deze theorie komen menselijke gedachten, affect en gedrag tot stand door voortdurende wederzijdse interactie tussen persoonlijke of cognitieve factoren, gedrags- en omgevingsdeterminanten. Het bedenken welke instrumenten bij een langdurig zieke werknemer passen, het belang of gevoel dat een werkgever bij een werknemer heeft en het daadwerkelijk inzetten van een instrument komen voort meerdere factoren dan alleen de persoonlijkheidsfactor sekse. Naar aanleiding van deze theorie (Bandura, 1977) nemen we aan dat ook de omgeving (wat is bijvoorbeeld nodig om weer in de oude functie en bij dit specifieke bedrijf te hervatten of hoe is de thuissituatie van de werknemer), andere persoonlijke of cognitieve factoren (wat kan een werknemer bijvoorbeeld qua intelligentie aan of door wat voor soort aandoening is een werknemer ziek) en gedragsdeterminanten (hoe is bijvoorbeeld de relatie tussen werkgever en werknemer, hoe gaan ze met elkaar om) invloed heeft op het bedenken en inzetten van re-integratie-instrumenten.

Sekseverschillen in werknemerskenmerken

Wanneer we kijken naar de werknemersfactoren zijn hier een aantal sekseverschillen te ontdekken. Opvallend is dat deze verschillen grotendeels al eerder in onderzoek gevonden zijn. Hierdoor nemen we aan dat de invoering van de WIA geen invloed heeft op de sekseverschillen in werknemerskenmerken van langdurig zieke werknemers.

Verwacht werd dat vrouwelijke werknemers op een gemiddeld lagere leeftijd langdurig ziek worden dan mannelijke werknemers (Vinke et al., 1999; De Rijk et al., 2002). Deze verwachting blijkt te kloppen. Opvallende verschillen tussen man en vrouw waren vooral te zien in de leeftijdsklasse 25 – 34 jaar en 55 – 64 jaar. Vrouwelijke werknemers zijn in de leeftijdsklasse 25 – 34 dubbel zo vaak langdurig ziek dan mannelijke werknemers. Dit ligt in lijn van wat Van der Gulden en Nauta (2008) aangeven: jonge vrouwelijke werknemers hebben moeite met het stellen van grenzen, zijn niet assertief genoeg en krijgen te weinig begeleiding waardoor de uitval in deze leeftijdscategorie vrij hoog ligt. Jonge mannelijke werknemers lijken hier minder last van te hebben. Mannelijke medewerkers zijn daarentegen duidelijk vaker langdurig ziek in de leeftijdsklasse 55 – 64 dan vrouwen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat er in vergelijking met de mannelijke werknemers weinig vrouwelijke werknemers in deze leeftijdscategorie werken. Ekamper (2006) geeft een verklaring voor het feit dat vrouwelijke werknemers gemiddeld jonger zijn en geeft aan dat de leeftijd van de vrouwen in de afgelopen jaren is gestegen: in 1975 nam in Nederland de arbeidsdeelname van vrouwen vanaf leeftijdsgroep 25-29 jaar sterk af, omdat vrouwen vaak stopten met werken als er kinderen kwamen. In 1985 is nog steeds een daling vanaf die leeftijdsgroep te zien, maar de arbeidsdeelname ligt tussen de leeftijden 25 en 55 op een veel hoger niveau dan in 1975. Anno 2005 is nog steeds een kleine (kinder)dip te zien, maar wederom is het niveau gestegen ten opzichte van de eerdere jaren. De geboorte van kinderen is tegenwoordig steeds minder een aanleiding om te stoppen met werken. In 2003 bleef negentig procent van de Nederlandse moeders na de geboorte van hun eerste kind doorwerken. In 1997 was dat nog driekwart. De toegenomen arbeidsdeelname en de stijging van de beroepsleeftijd van vrouwen in Nederland komt volgens Ekamper (2006) vrijwel volledig door een toename van deeltijdwerk. Slechts een kwart van de vrouwen werkte in 2005 in een voltijd baan. Van mannen werkte daarentegen ruim 80 procent voltijds. Vrouwen in de leeftijdsgroep 25-29 jaar werken het meest in voltijd banen (bijna de helft). Vanaf hun dertigste, meestal vanwege het krijgen van het eerste kind, gaan vrouwen meer in deeltijd werken. Wanneer gekeken wordt naar de tabellen in het rapport van Ekamper (2006) is te zien dat mannen vanaf vijftig jaar duidelijk

meer werken dan vrouwen. Dit heeft zeer waarschijnlijk te maken met het feit dat de vrouwen die nu deze leeftijd hebben vroeger bij het krijgen van kinderen gestopt zijn met werken.

Vinke et al. (1999) hebben geconcludeerd dat mannen gemiddeld een lager beroepsniveau hebben dan vrouwen. Ook Van der Gulden en Nauta (2008) geven aan dat werkende vrouwen gemiddeld hoger opgeleid zijn dan werkende mannen. Deze verwachting hebben we getoetst en kon bevestigd worden. Wanneer het beroepsniveau vergeleken wordt valt op dat in onze steekproef van zieke werknemers mannen bijna twee keer zo vaak een lager beroepsniveau hebben dan vrouwen. Op middelbaar en hoger beroepsniveau zijn er ongeveer tien procent meer vrouwen dan mannen vertegenwoordigd. Op elementair beroepsniveau is er nauwelijks verschil. Van der Gulden en Nauta (2008) geven een mogelijke verklaring voor het gemiddeld hogere beroepsniveau van vrouwen: hoger opgeleide vrouwen verlaten de arbeidsmarkt minder vaak als ze kinderen krijgen dan lager opgeleide vrouwen. Ze geven aan dat om deze reden de man-vrouwverdeling in het hogere beroepsniveau meer gelijk is. Ook Merens en Hermans (2009) geven dit aan. Volgens hen stopt op dit moment één op de tien vrouwen na de geboorte van het eerste kind met werken. Laagopgeleide vrouwen doen dit twee maal zo vaak als hoogopgeleide vrouwen. Wanneer we echter naar onze resultaten kijken zijn vrouwen onder de zieke werknemers ongeveer 10% meer vertegenwoordigd in het hoger beroepsniveau. We nemen daarom aan dat de verklaring van Van der Gulden en Nauta (2008) niet de enige verklaring is. Een andere mogelijke verklaring is de inhaalslag die vrouwen de afgelopen jaren hebben gemaakt. Op dit moment volgen meer vrouwen dan mannen hoger onderwijs en studeren er ook meer vrouwen dan mannen af (www.cbs.nl). Mogelijk beïnvloedt deze trend het hoge aantal vrouwen met een hoge beroepsbevolking. Ook Merens en Hermans (2009) concluderen dat meisjes het beter doen in het onderwijs dan jongens. Meisjes gaan volgens hen vaker naar de havo en het vwo dan jongens, blijven minder vaak zitten en maken vaker hun school af. Op het hbo en op de universiteit zijn vrouwen inmiddels al in de meerderheid. Een laatste verklaring is dat hoger opgeleide vrouwelijke werknemers naar verhouding meer langdurig ziek worden dan de mannelijke hoog opgeleide werknemers. Vrouwen hebben namelijk wel vaker dan mannen een langdurige ziekte of aandoening (Merens & Hermans, 2009).

Onder andere Veerman et al. (2001) beschrijven dat vrouwen meer risico lopen op psychische klachten dan mannen. Deze bewering is getoetst en kan bevestigd worden. Psychische klachten komen inderdaad meer voor onder vrouwelijke werknemers. Vinke et al. (1999) komen met een mogelijke verklaring: omdat de groep mannen in mannensectoren met

klachten aan het bewegingsapparaat in het WAO-bestand relatief groot is, komen in het totale WAO-bestand psychische klachten bij mannen minder voor dan bij vrouwen.

Naar aanleiding van het rapport van Vinke et al. (1999) hadden we verwacht dat mannelijke werknemers vaker klachten zouden hebben aan het bewegingsapparaat dan vrouwelijke werknemers. Deze verwachting kan niet bevestigd worden, er is geen verschil in prevalentie van dit soort klachten bij mannelijke en vrouwelijke werknemers. Dit kan verklaard worden door de invloed van de soort sector waar mannen en vrouwen werken en bijbehorend opleidingsniveau. Volgens Vinke et al. (1999) komen klachten aan het bewegingsapparaat veel voor bij mannen die werken in typische mannenberoepen zoals de bouw (47%), maar ook bij de vrouwen die werkzaam zijn in de typische vrouwenberoepen zoals de zorg (40,1%). Deze aandoeningen komen het minst voor bij mannen in de gemengde beroepen zoals grafisch vormgever of advocaat (27,8%) gevolgd door vrouwen in gemengde beroepen (33,3%). Mannenberoepen zijn beroepen waar minder dan 15% vrouw is, bij vrouwenberoepen is meer dan 65% vrouw en bij gemengde beroepen zit het aantal vrouwen tussen de 15% en 65%. Opvallend aan deze resultaten is dat zowel mannen als vrouwen in gemengde sectoren duidelijk minder last hebben van aandoeningen aan het bewegingsapparaat dan mannen in mannensectoren en vrouwen in vrouwensectoren. Dit kan verklaard worden doordat het beroepsniveau in de gemengde sectoren duidelijk hoger is dan in de typische mannen- of vrouwenberoepen. Volgens het CBS zijn de beroepen met ongeveer evenveel mannen als vrouwen voor de helft van hoger of wetenschappelijk niveau. Het zijn dus vooral de hogere beroepen waar ongeveer evenveel mannen als vrouwen werken. In dit onderzoek wordt sector niet als variabele meegenomen.

Hart- en vaatziekten blijkt een aandoening te zijn die vooral onder mannen voorkomt. Dit verschil bleek zo groot dat deze aandoening verder niet in de berekeningen meegenomen kon worden. Deze conclusie wordt bevestigd door het Nederlandse Huisartsen Genootschap. Op de website van dit genootschap (www.nhg.artsennet.nl) wordt beschreven dat het risico op hart- en vaatziekten toeneemt met de leeftijd en dat het risico voor mannen groter is dan voor vrouwen.

Invloed van sekse en werknemerskenmerken (moderator) op ingezette instrumenten

Naar aanleiding van Van der Gulden en Naute (2008) hadden we verwacht dat voor jonge vrouwelijke werknemers vaker het instrument ‘individuele begeleiding/coaching’ ingezet zou worden dan voor jonge mannelijke werknemers. Deze verwachting bleek niet te kloppen. Er was zelfs vrijwel geen enkel moderatoreffect te vinden van leeftijd op de relatie tussen sekse

en ingezette instrumenten. De enige samenhang van leeftijd met het inzetten van een instrument was bij het instrument ‘door werkgever betaalde therapie of behandeling’. Dit instrument wordt meer gebruikt bij werknemers vanaf 35 jaar dan bij werknemers tot en met 35 jaar.

Verder is de hypothese getoetst of voor vrouwelijk werknemers met een hoger beroepsniveau het instrument ‘individuele begeleiding/coaching’ vaker ingezet wordt dan voor mannelijke werknemers met een hoger beroepsniveau (Van der Gulden en Naute, 2008). Ook deze verwachting kan niet bevestigd worden. Sterker nog, er is wel een verschil tussen mannen en vrouwen met een hoger beroepsniveau wat betreft het inzetten van het instrument ‘individuele begeleiding of coaching’, maar dit is het omgekeerde van wat we verwacht hadden. Voor mannen met een hoger beroepsniveau wordt dit instrument duidelijk vaker ingezet dan voor vrouwen met een hoger beroepsniveau. Henderikse en Van Beek (2000) geven aan dat er nog steeds relatief weinig vrouwen in een management positie zitten en dat vrouwen last hebben van het ‘glazen plafond’.

Merens en Hermans (2009) concluderen in hun rapport dat minder dan 10% van de topfuncties in het bedrijfsleven wordt vervuld door vrouwen. Mogelijk beïnvloedt dit het sekseverschil bij hoger opgeleide werknemers wat betreft het inzetten van het instrument ‘individuele begeleiding of coaching’. Individuele begeleiding of coaching is een relatief duur re-integratie-instrument. Mogelijk wordt dit instrument veel bij topfuncties ingezet. Dit zou de hoeveelheid hoger opgeleide mannen waarbij dit instrument wordt ingezet verklaren. Een andere mogelijke verklaring is voor het feit dat dit instrument bij mannen met een hoger beroepsniveau vaker ingezet wordt dan bij vergelijkbare vrouwen is dat vrouwen zelf al meer geneigd zijn om hulp te zoeken.

De Rijk et al. (2002) geven aan dat mannen minder behoefte voelen aan ondersteuning en dat mannen minder hulp te vragen. Vrouwen zoeken eerder steun en gaan praten met collega’s, hun partner, vriendinnen en familie. Mannen zijn eerder geneigd zelf oplossingen te zoeken voor hun problemen of proberen te overleven door nog harder te gaan werken. Mogelijk zorgen vrouwen zelf voor individuele begeleiding of coaching of vangen ze dit op door met mensen om zich heen te praten. Doordat mannen dit initiatief minder snel nemen, maar dit wel nodig hebben wordt dit een taak van de werkgever. Een uitkomst uit dit onderzoek dat deze verklaring kan ondersteunen is het feit dat voor dat mannelijke werknemers met psychische klachten vaker het instrument ‘individuele begeleiding of coaching’ wordt ingezet dan voor vrouwelijke werknemers. Het zou interessant zijn om in vervolgonderzoek te kijken of bij mannen het hebben van psychische klachten en een hoger beroepsniveau samenhangen.

Bij mannen en vrouwen met een middelbaar, lager of elementair beroepsniveau is er nauwelijks verschil bij het inzetten van het instrument ‘individuele begeleiding of coaching’. Bij de andere ingezette instrumenten was geen modererend effect te vinden van beroepsniveau op de relatie tussen sekse en ingezette instrumenten.

De aard van de aandoening blijkt meer samenhang te hebben met het ingezette soort instrument dan leeftijd of beroepsniveau. Mogelijk heeft de aard van de aandoening meer invloed op de terugkeer naar werk dan leeftijd of beroepsniveau. Naar aanleiding van Van Vuuren en Van Gent (2002) werd verwacht dat bij mannelijke werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat meer gebruik gemaakt zou worden van het instrument ‘werkplek aanpassen of verstrekken van hulpmiddelen’ dan bij vrouwelijke werknemers met hetzelfde soort klachten. Er was wel een significant verschil te vinden tussen mannelijke en vrouwelijke werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat, maar dit bleek het omgekeerde van wat wij verwacht hadden. Het instrument ‘werkplek aanpassen of verstrekken van hulpmiddelen’ wordt meer ingezet bij vrouwen met deze aard van de aandoening dan bij vergelijkbare mannen. Er waren nog vier instrumenten die anders ingezet worden voor mannen en vrouwen met klachten aan het bewegingsapparaat: individuele begeleiding of coaching, inhoud van het werk aanpassen, werktijden of rooster aanpassen en hervatten in een andere functie. Al deze instrumenten werden meer ingezet bij vrouwelijke werknemers dan bij mannelijke werknemers. Een mogelijke verklaring voor het feit dat deze instrumenten vaker bij vrouwelijke werknemers worden ingezet dan bij mannen kan liggen aan het soort klachten aan het bewegingsapparaat. Picavet et al. (2000) heeft onderzocht van welke klachten mannen en vrouwen voornamelijk last hebben. Zij halen resultaten aan van Houtman et al. (1998) waaruit blijkt dat vrouwen meer last hebben van hun nek, schouders en hoge rug dan mannen. Mannen hebben daarentegen voornamelijk last hun knieën. Vinke et al. (1999) geven aan dat aandoeningen aan het bewegingsapparaat vooral voorkomen bij mannen en vrouwen in typische mannen- en vrouwenberoepen. Mogelijk hebben de sectoren waarin mannen en vrouwen domineren invloed op het soort klachten aan het bewegingsapparaat.

Veerman et al. (2001) beschrijft dat onder andere vrouw zijn een risicofactor is voor langdurig verzuim wegens psychische klachten. Van Vuuren en Van Gent (2002) beschrijven dat voor vrouwen vaker hulp wordt ingeschakeld van bijvoorbeeld een psycholoog. We hebben onderzocht of er bij vrouwelijke werknemers met psychische klachten meer gebruik wordt gemaakt van de instrumenten ‘individuele begeleiding of coaching’ dan bij mannelijke werknemers met psychische klachten. Het omgekeerde bleek waar te zijn: voor mannen met een psychische aandoening wordt dit instrument meer ingezet dan voor vrouwen.

Mogelijk heeft sector invloed op dit verschil tussen mannelijke en vrouwelijke werknemers met psychische klachten. Reijenga et al. (2004) geven een mogelijke verklaring: maatregelen die in de zorginstellingen genomen worden zijn voornamelijk preventief en procedureel. Specifieke re-integratiemaatregelen voor langdurig zieke werknemers krijgen weinig prioriteit in de zorg. Verder concluderen Reijenga et al. (2004) dat er wel veel preventieve cursussen in de zorg worden gegeven, maar dat het nogal eens schort aan maatwerk voor zieke werknemers. Mogelijk verklaard het feit dat vrouwen meer in sectoren werken waar minder aan re-integratie wordt gedaan waarom het instrument ‘individuele begeleiding of coaching’ voor langdurig zieke vrouwelijke werknemers minder vaak ingezet wordt dan voor langdurig zieke mannelijke werknemers.

Invloed van werknemersfactoren en sekse (moderator) op duur verzuim

Naar aanleiding van onder andere Heyma et al. (2003), Bavel et al. (2004), Jehoel-Gijbers (2007) en Piek et al. (2008) verwachtten we dat de werknemersfactoren (beroepsniveau, leeftijd, psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat) invloed zouden hebben op de duur van het verzuim. Hoewel er ruim voldoende aanwijzingen waren voor deze verwachtingen bleek geen enkele verwachting bevestigd te kunnen worden. Er is een eerder onderzoek dat dezelfde conclusie heeft getrokken. Van Vuuren en Van Gent (2002) hebben eerder al geconcludeerd dat jonge werknemers even vaak herstellen als oudere werknemers en dat werknemers met psychische klachten even vaak hervatten als werknemers die uitvallen met andere klachten. Piek et al. (2008) noemen een andere werknemersfactor die invloed heeft op de duur van het verzuim en de kans op succes: eigen initiatief. De perceptie van de werkgever dat een werknemer zelf initiatief neemt om zijn of haar re-integratie vorm te geven blijkt sterk positief samen te hangen met de succeskans. Deze werknemers hebben een 2,4 zo grote kans (140%) op volledige werkhervatting dan werknemers die geen eigen initiatief hebben ontplooid (zie ook Van Vuuren & Ybema, 2009). Naast werknemersfactoren hebben ook andere factoren invloed op de duur van het verzuim:

- Hoe meer belemmeringen er zijn, hoe lager de hervattingskans is (Piek et al., 2008).
- De mogelijkheid tot inspraak bij het re-integratiebeleid en een goede informatieverstrekking hangt samen met een positieve houding van werknemers bij hun re-integratie (Van Vuuren et al., 2001).
- Hoe meer aandacht van de leidinggevende, des te later de werkhervatting (Post, 2005).

- Meer mensen hervatten bij grotere (100+) dan bij kleine werkgevers (Van Vuuren et al., 2000)

Uit eerdere onderzoeken blijkt dat vrouwelijke zieke werknemers moeilijker te re-integreren zijn (De Rijk et al., 2002; Vinke et al., 1999) en dat de duur van het verzuim daarom langer zou duren. Eerder hebben we al de conclusie getrokken dat sekse geen directe invloed heeft op de duur van het verzuim. Een aanvulling hierop is dat sekse ook geen invloed heeft op de samenhang tussen werknemersfactoren en duur van het verzuim. De relatie tussen werknemersfactoren (aard van de ziekte, leeftijd en beroepsniveau) en duur van het verzuim verandert niet significant wanneer sekse als moderator meegenomen wordt.

Sterke en minder sterke kanten

Een sterke kant is dat het een onderzoek gaat over een groep langdurig zieke werknemers, die naar het oordeel van hun werkgevers behoorlijk representatief zijn voor de langdurig zieke werknemers in hun bedrijf. Er was hooguit sprake van een lichte oververtegenwoordiging van probleemgevallen. Een andere sterke kant is dat het onderzoek betrekking heeft op een grote steekproef waardoor de betrouwbaarheid vrij hoog is.

De meeste onderzoeken naar langdurig zieke werknemers gaan in op het perspectief van de zieke werknemer (Van Vuuren & Ybema, 2009).. Het huidige onderzoek levert daar een belangrijke aanvulling op door juist vanuit het perspectief van de werkgever het verloop van de re-integratie te beschrijven. Een nadeel van het gegeven dat alle uitspraken over de re-integratie afkomstig zijn van de werkgever, is dat het niet mogelijk om deze te toetsen aan de oordelen over de re-integratie van de werknemer zelf en van andere actoren, zoals de bedrijfsarts.

Bij dit onderzoek moeten ook een aantal andere kanttekeningen worden geplaatst. Een beperking is dat dit onderzoek cross-sectioneel van aard is. Uit de gevonden relaties kunnen geen conclusies met betrekking tot eventuele oorzakelijke verbanden getrokken worden. Om met zekerheid oorzaak en gevolg aan te kunnen wijzen is vervolgonderzoek nodig. Er is in dit onderzoek veel berekend. Een aantal factoren die mogelijk kunnen verklaren waarom zo weinig hypothesen bevestigd konden worden zijn niet meegenomen. In de aanbevelingen geef ik daarom aan dat bijvoorbeeld sector in vervolgonderzoek een belangrijke variabele lijkt om mee te nemen.

Aanbevelingen

Opvallend in dit onderzoek is dat geen enkele getoetste demografische variabele (leeftijd, beroepsniveau, aard van de aandoening en sekse) invloed lijkt te hebben op de duur van het verzuim. Zoals eerder aangehaald is er volgens verschillende bronnen wel degelijk een verschil te vinden voor onder andere aard van de aandoening en sekse. In vervolgonderzoek zou het interessant kunnen zijn om een vragenlijst te ontwerpen waarin re-integratiesucces aan de hand van een aantal items wordt gemeten in plaats van de duur van het traject en dan opnieuw naar sekseverschillen te gaan kijken. Deze items zouden moeten de perceptie van zowel de werkgever als de werknemer meten. Voor de werkgever zouden items opgesteld moeten worden over de uitkomsten van de re-integratie, bijvoorbeeld: 'is de werknemer weer aan het werk?' en 'voor hoeveel procent van de oorspronkelijke uren is hij/zij aan het werk?' Voor de werknemer beveel ik aan om items op te stellen over het re-integratietraject, bijvoorbeeld: 'pasten de ingezette voorzieningen bij uw behoeften' en 'had u het gevoel serieus genomen te worden door uw werkgever'.

Een andere interessante toevoeging is om te onderzoeken of de ingezette instrumenten bij mannen en vrouwen voor verschillende succesuitkomsten zorgen. Er is al verschillende keren onderzocht welke invloed re-integratie-instrumenten op re-integratiesucces hebben (De Koning et al., 2008; Piek et al., 2008; Veerman & Palmer, 2001 en Van Vuuren et al., 2009). Er is echter nog nauwelijks onderzoek gedaan naar mogelijke sekseverschillen in deze relatie. Mogelijk is het ene instrument beter om in te zetten bij vrouwelijke werknemers dan bij mannelijke werknemers.

Verder zou het interessant zijn om te onderzoeken of sector de verklarende variabele is waarom vrouwen meer last hebben van psychische klachten dan mannen of dat hier andere verklaringen voor zijn. Dit zou tot praktische aanbevelingen kunnen leiden wanneer deze oorzaken te beïnvloeden of preventief te voorkomen zijn door bijvoorbeeld werkgevers of de overheid. Een ander onderwerp voor verder onderzoek is het feit dat vrouwelijke werknemers in de leeftijdscategorie 25 -34 dubbel zo vaak langdurig ziek zijn dan mannelijke werknemers. Verdonk et al. (2008) geeft als verklaring dat jonge, hoogopgeleide vrouwen moeite hebben met grenzen stellen. Het zou interessant zijn om uit te zoeken of dit daadwerkelijk de oorzaak is. Wanneer dit het geval is zou bijvoorbeeld door middel van training veel ziekteverzuim onder jonge vrouwen voorkomen kunnen worden.

Referentielijst

- Andries, F., Grundemann, R.W.M. & Nijboer, I.D. (1993), *Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid; onderzoek naar de kans op werkhervatting na een half jaar na het einde van het ziektejaar en naar de kans van hervatters om aan het werk te komen bij de oude- of een nieuwe werkgever*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Bandura, A. (1977), Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bavel, M. van, Kordelaar, M. van & Vlugt, I. van der (2004), *Maakt u verschil? Arbeidsgerelateerde klachten en ziekteverzuim vanuit een sekse- en cultureel perspectief*. Utrecht: Transact.
- Bjork, D.W. (1993) *B.F. Skinner: Vader van het behaviorisme*, New York: Basic Books
- Ekamper, P. (2006), Werkende ouderen in België en Nederland – de cijfers. *Tijdschrift voor HRM*, 9 (1), 6-20.
- Van der Giezen, A.M., Cuelenaere, B & Prins, R. (1998), *Vrouwen vaker in de WAO?* Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie.
- Van der Giezen, A.M. (2000), *Vrouwen, (werk)omstandigheden en arbeidsongeschiktheid*. Amsterdam: LISV.
- Groot, C., Graaf-Zijl, M. de, Hop, J., Kok, L., Fermin, B., Ooms, D. & Zwinkels, W. (2007). *De lange weg naar werk. Beleid voor langdurig uitkeringsgerechtigden in de WW en de WWB. (SEO-rapport, 2007-82)*. Den Haag: Raad voor Werk en Inkomen.
- Van der Gulden, J.W.J. & Nauta, A.P.(2008), *Naar een betere zorg voor zieke werknemers; afstemmen van behandeling en werkhervatting*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Henderikse, W. & Van Beek A. (2000), *Regretted losses. Voorkomen van voortijdig en ongewenst vertrek van vrouwen uit de top*, Utrecht: De Jong & van Doorne – Huiskes en Partners in opdracht van Opportunity in Bedrijf.
- Heyma, A., W. Zwinkels & Van Seters, J. (2003), *Doelgroepindeling aanbestedingreïntegratie: De relatie tussen persoonskenmerken, kosten en effectiviteit van reïntegratietrajecten*. Den Haag: TNO Arbeid.
- Houtman, I., Van Hooff, M. & Hooftman, W. (2007), *Arbobalans 2006: Arbeidsrisico's, effecten en maatregelen in Nederland*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.
- Houtman, I.D., Goudzwaard, A., Dhondt, S., Van der Grinten, M.P., Hildebrandt, V.H.J. &

- Van der Poel, A.G.T. (1998), Dutch monitor on stress and physical load: risk factors, consequences and preventive action. *Occupational and Environmental Medicine* 55, 73-83.
- Houtman, I.L.D. & van den Heuvel, F.M.M. (2001). *Verwerkingsvermogen van vrouwen en mannen in relatie tot ziekte en uitval: een literatuurstudie*. Doetinchem: Ministerie SZW, Elsevier.
- Houtman, I.L.D., Schaufeli, W.B. & Taris, T. (2000), *Psychische vermoeidheid en werk: cijfers, trends en analyses*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Jehoel-Gijsbers G. (2007). *Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting*. Den Haag: SCP, CBS, TNO Kwaliteit van Leven.
- De Koning, J., M. Collewet & J.H. Gravesteijn-Ligthelm (2008), *Participatie en gezondheid. Thema 1: de invloed van arbeidsparticipatie en terugkeer naar werk*. Rotterdam: SEOR.
- De Koning, J., Gerderblom, A., Zandvliet, K. & Van den Boom, L. (2005), *Effectiviteit van reïntegratie: De stand van zaken*. Rotterdam: SEOR.
- Van Lankeren, M.(2005), *Competitie: niks voor vrouwen ?! Het competitieve karakter van sport als verklaring voor sekseverschillen in sportdeelname*, Amsterdam: Universiteit van Amsterdam
- Merens, A. & Hermans, B. (2009), *Emancipatiemonitor 2008*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
- Reijenga, F., Zwinkels, W. & Van Vuuren, T.(2004). *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector: een inventarisatie en analyse van oorzaken en maatregelen*. Den Haag: TNO Arbeid.
- De Rijk, A., van Lierop, B., Janssen, N. & Nijhuis, F. (2002), *Geen kwestie van motivatie maar van situatie. Een onderzoek naar man/vrouw verschillen in werkhervatting gedurende het eerste jaar na ziekmelding*. Doetinchem: Elsevier.
- SZW (2000), *Sectoranalyse WAO 1999. Een analyse van 65 sectoren op basis van mesogegevens*, Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Picavet, H.S.J., Van Gils, H.W.V. & Schouten, J.S.A.G. (2000), *Klachten van het bewegingsapparaat in de Nederlandse bevolking prevalenties, consequenties en risicogroepen*, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

- Piek, P., Van Vuuren, T., Fekke Yebema, J., Joling, C. & Huijs, J. (2008), *Re-integratie van zieke werknemers: feiten, verklaringen en mogelijkheden*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.
- Post, M. (2005), *Return to work in the first year of sickness absence, an evaluation of the Gatekeeper Improvement Act*. Groningen: Northern Centre of Healthcare Research.
- Veerman, T.J. & Palmer, E. (2001), *Who returns to work and why? A six country study on work incapacity*, New Jersey: Transaction publishers.
- Veerman, T.J., Schoemaker, C.G., Cuelenaere, B. & Bijl, R.V. (2001), *Psychische arbeidsongeschiktheid: een overzicht van actuele feiten en cijfers*, Doetinchem: Elsevier.
- Verdonk, P., de Rijk, A., Klinge, I. & van Dijk-de Vries, A. (2008), Sickness absence as interactive process: gendered experiences of young higher educated women with mental health problems, *Patient Education and Counselling*, 73, 300-306.
- Verdonk, P, Peeters, M., & Geurts, S. (2001). *Vrouwen: arbeidsongeschikt of arbeidsondergeschikt. Een uitgebreide literatuurstudie naar het arbeidsongeschiktheidsrisico van vrouwen*. Nijmegen: Wetenschapswinkel Nijmegen, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Vinke, H., Andriessen, S., Van den Heuvel, S.G., Houtmjan, I.L.D., Rijnders, S., Van Vuuren, C.V. & Wevers, C.W.J. (1999), *Vrouwen en reïntegratie; onderzoek naar de verschillen tussen mannen en vrouwen bij WAO-intrede en reïntegratie*, Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Van Vuuren C.V., Andriessen S., Van Gent M.J., Smit A.A., Vinke H. & Wevers C.W.J. (2000), *De baas en ziekte. ziekte de baas. Return to work in SME*, Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Van Vuuren C.V., Smit A.A., Van Gent M.J., Andriessen S. (2001), *De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn. Een onderzoek naar de maatregelen van actieve instellingen. Deel 1: Overzicht van de resultaten*. Onderzoek uitgevoerd door TNO Arbeid in opdracht van de OSA. OSA-publicatie ZW16, ISBN 90346 39487. Den Haag: Servicecentrum Uitgevers.
- Van Vuuren, C.V., Gent M.J. van. (2002) Reïntegratie van langdurig zieken: Gelijke kansen voor iedereen? *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 18 (1), 40-53.
- Van Vuuren, T. van, Ybema, J.F. (2009), Ervaringen van werkgevers over het eigen initiatief van langdurig zieke werknemers bij hun re-integratie, *Gedrag & Organisatie*, 22, 371-391

Young, A.E., Wasiak R., Radosloa, W., Roessler, R., McPherson, K.M., Anema, J.R. & van Poppel, N.M. (2005). Return-to-Work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 543-556.