Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

De Verbaannorm

Een exploratief onderzoek naar een ziekteverzuimnorm en de invloed daarop van psychologische factoren

Doctoraalscriptie

Maaike van Herpt

ANR.: 42 03 79

Universiteit van Tilburg

Faculteit der Sociale Wetenschappen

Vakgroep Arbeids- en Organisatiepsychologie

Falke & Verbaan, Eindhoven

Januari – Oktober 2003

Afstudeerbegeleiding Falke & Verbaan: Drs. S. van der Mee

Afstudeerbegeleiding UvT: Drs. W. F. M. van Dijk

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Voorwoord

Stel je voor: “er zijn twee hongerige muizen die een onbeheerde kom slagroom zien staan. Gretig storten de twee muizen zich in de diepe kom en doen zich tegoed aan de heerlijke slagroom. Maar nadat zij hun buikje rond hebben gegeten kunnen zij niet meer uit de kom geraken. De ene muis geeft al snel op en verdrinkt. De andere muis spartelt in de kom en probeert met al zijn kracht het hoofd ‘boven water’ te houden. Hierdoor verandert de slagroom na een tijdje in boter en de muis klimt uit de kom.”

Een paar maanden geleden, toen de scriptie die nu voor me ligt nog in een beginstadium was, en ik eerlijk gezegd niet wist of ik het ooit tot een goed einde zou kunnen brengen, vertelde iemand mij dit simpele verhaaltje in een geslaagde poging me op te beuren. Op de een of andere manier heb ik dit steeds onthouden. Ik zie mezelf graag als deze tweede muis, maar terugkijkend op de afgelopen vier jaren, met name het schrijven van deze scriptie, ben ik erachter gekomen DAT ik die tweede muis ben.

Aanvankelijk wilde ik afzien van een clichégevoelig dankwoord. Maar ik kan het toch niet laten:
Pap en mam: bedankt dat jullie het (financieel) mogelijk hebben gemaakt dat ik deze studie kon afronden. Ik ben blij dat jullie altijd in me geloven en trots op me zijn.
Mathijs: bedankt dat je er altijd voor me bent en weet dat ik iets kan wanneer ik daar zelf niet zeker van ben
Wim: bedankt voor de goede begeleiding. Je hebt me op een fijne manier erg geholpen.
Suzanne en mijn andere collega’s bij Falke & Verbaan: bedankt voor de steun, het advies, de kritiek en natuurlijk de gezelligheid die nooit mocht ontbreken. Ik heb een leuke tijd beleefd en ontzettend veel van jullie geleerd.

En verder voor iedereen die zich door deze woorden voelt aangesproken:
kei bedankt!!

Maaike

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Inhoudsopgave

	Voorwoord	**2**
	Inhoudsopgave	**3**
	Samenvatting	**6**
Hoofdstuk 1	**Inleiding**	**8**
1.1	Inleiding	**8**
1.2	De organisatie	**10**
1.3	Doelstelling en centrale onderzoeksvragen	**11**
1.4	Opbouw van de scriptie	**12**
Hoofdstuk 2	**Het theoretisch kader van ziekteverzuim, de Verbaannorm, arbeidsoriëntatie, organisatiebinding en beheersingsoriëntatie**	**13**
2.1	Inleiding theoretisch kader	**13**
2.2	Ziekteverzuim omschreven	**13**
2.3	Theorieën over ziekteverzuim	**15**
	2.3.1 Buitenlandse theorievorming rondom verzuim	**16**
	2.3.2 Nederlandse theorievorming rondom verzuim	**18**
2.4	Determinanten van ziekteverzuim	**22**
	2.4.1 Algemeen maatschappelijke factoren	**22**
	2.4.2 Determinanten op persoonsniveau en in de privé-sfeer	**23**
	2.4.3 Determinanten vanuit arbeid en arbeidsomstandigheden	**26**
2.5	De Verbaannorm	**28**
2.6	Arbeidsoriëntatie	**30**
2.7	Organisatiebinding	**31**
2.8	Beheersingsoriëntatie	**33**
Hoofdstuk 3	**Het theoretisch kader voor de inschatting van het laagst haalbare ziekteverzuim**	**34**
3.1	Verzuimcultuur, de verzuimnorm en attitudes	**34**
3.2	Theory of reasoned action	**36**

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

3.3 De internalisatie van verzuimnormen **38**

3.4 Sociale projectie **39**

Hoofdstuk 4 Het onderzoek **41**

4.1 Probleemstelling **41**

4.2 Doelstelling **41**

4.3 Vraagstelling **41**

4.4 Hypothesen en verwachtingen **42**

4.4.1 Het exploratieve deel: onderzoeksvragen 1 t/m 4 **42**

4.4.2 Het toetsende deel: hypothesen 1 t/m 7 **42**

4.5 Onderzoeksdesign **45**

Hoofdstuk 5 Methoden van het onderzoek **47**

5.1 Onderzoeksgroep **47**

5.2 Keuze van het instrument **48**

5.3 Procedure **50**

5.4 Statistische methoden **51**

5.4.1 Herijken van de Verbaannorm **51**

5.4.1 Keuze van de statistische methoden **52**

Hoofdstuk 6 Resultaten **54**

6.1 Beschrijving van de responsgroep **54**

6.2 Overige resultaten **55**

6.2.1 Betrouwbaarheidanalyse en factoranalyse per subschaal **55**

6.2.2 Resultaten per onderzoeksvraag/hypothese **57**

6.2.2.1 Het exploratieve deel: onderzoeksvraag 1 t/m 4 **57**

6.2.2.2 Het toetsende deel: hypothese 1 t/m 7 **59**

6.2.2.2.1 De correlaties van de ILHV met arbeidsoriëntatie, organisatiebinding en beheersingsoriëntatie. **61**

Hoofdstuk 7 Conclusie, discussie en aanbevelingen **62**

7.1 De herijkte Verbaannorm **62**

7.2 De onderzoeksvragen **64**

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

7.3 De hypothesen **66**

Literatuurlijst **70**

Bijlagen **76**

Bijlage 1: Berekening van de Verbaannorm **76**

Bijlage 2: De vragenlijst **78**

Bijlage 3: Verdeling van de werkzame beroepsbevolking naar leeftijd en onderwijsniveau (1999) **83**

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Samenvatting

Iedere organisatie streeft naar een laag ziekteverzuim. Maar het terugdringen van dit ziekteverzuim is geen eenvoudige zaak, vooral ook omdat niet altijd duidelijk is welk streven realistisch is. De *Verbaannorm* helpt organisaties dan ook bij het stellen van haalbare verzuimdoelen ten behoeve van het verzuimbeleid. De Verbaannorm is in 1984 ontwikkeld door Verbaan en kan per organisatie berekend worden als een indicatie voor het laagst haalbare verzuimpercentage binnen die organisatie. De huidige Verbaannorm heeft als uitgangspunt dat een gemiddeld ziekteverzuim- percentage van 5% het laagst haalbare is voor Nederland (Verbaan, 1986).

In dit afstudeeronderzoek, dat exploratief van aard is, is onderzocht of de Verbaannorm reëel is óf dat het juist nodig is deze norm te herijken, en welke factoren van invloed zijn op de inschatting van het laagst haalbare verzuim. Er is vanuit (de klanten van) Falke & Verbaan namelijk behoefte aan een maatschappelijk geaccepteerde verzuimnorm. Verder is het denkbaar, gezien de veranderingen in de Nederlandse samenleving van de afgelopen 20 jaar, dat het maatschappelijk geaccepteerde verzuimniveau gestegen of gedaald is.
De volgende vraagstellingen staan centraal in dit onderzoek:

1. Is het uitgangspunt van 5% van de huidige Verbaannorm reëel? Ofwel: dient de Verbaannorm herijkt te worden?
2. Wat is de samenhang tussen de *inschatting die respondenten maken betreffende het laagst haalbare verzuimpercentage voor Nederland* (ILHV) en de variabelen ‘arbeidsoriëntatie’, ‘organisatiebinding’ en ‘beheersingsoriëntatie’?

Om antwoord te krijgen op deze vraagstellingen is gebruik gemaakt van een vragenlijst die bestaat uit enerzijds zelf ontwikkelde vragen, en anderzijds uit (delen van) drie bestaande vragenlijsten, die de arbeidsoriëntatie, organisatiebinding en beheersingsoriëntatie meten.
De vragenlijst is verzonden naar de afdeling P&O en de directie van 328 organisaties, verdeeld over 5 sectoren. Nadat een groot aantal bedrijven ook nog telefonisch is benaderd, was de respons uiteindelijk 34%: 217 bruikbare vragenlijsten zijn teruggekomen. Hiernaast hebben 57 respondenten telefonisch een ILHV opgegeven (zonder de andere vragen te beantwoorden).

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Uit de analyses is gebleken dat het uitgangspunt van de Verbaannorm niet meer reëel is, of niet meer past binnen wat maatschappelijk geaccepteerd is. Herijking van de norm leverde een nieuwe, subjectieve verzuimnorm op van 4,3%, waarvan gehoopt wordt dat deze maatschappelijke geaccepteerd is. Advies aan Falke & Verbaan is om in de toekomst met deze nieuwe, herijkte norm te werken bij het bepalen van het laagst haalbare verzuimniveau binnen een organisatie.

Uit de onderzochte relaties van de ILHV met respectievelijk de score van de respondenten op een arbeidsoriëntatie, een component van organisatiebinding en beheersingsoriëntatie, bleek slechts de affectieve organisatiebinding een significante, negatieve samenhang te vertonen met de ILHV. Verder blijkt uit het onderzoek dat er een positieve samenhang bestaat tussen het werkelijke verzuimpercentage binnen een organisatie en de ILHV.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Inleiding

Ziekteverzuim krijgt de laatste jaren veel aandacht in de diverse media. Een opvallend gegeven is dat de hoogte van het verzuim binnen veel sectoren een groot probleem vormt. Ook het ziekteverzuim van Nederland in zijn totaliteit is behoorlijk hoog: landelijk lag het gemiddelde verzuimpercentage in 2002 op ongeveer 5,4% (CBS, 2003). In navolging van Minister-president Lubbers (1993) kunnen we ons afvragen of Nederland ziek is. Ten opzichte van andere Europese landen heeft Nederland zowel een hoog ziekteverzuim als veel arbeidsongeschikten. Kijken we daarentegen naar de hoge levensverwachting, dan behoort Nederland tot de meest gezonde landen ter wereld. Bovendien hebben we een goede gezondheidszorg die wel veel kost maar voor brede lagen van de bevolking toegankelijk is. Uit onderzoek blijkt dat de Nederlandse werknemer doorgaans goed gezond en tevreden met zijn werk is (Gaillard, 1996). Dit alles levert een schijnbaar tegenstrijdig en gecompliceerd plaatje op: Nederland is blijkbaar niet ziek, maar heeft toch een hoog ziekteverzuim. Dit verzuim, waarbij men geen evidente klachten heeft maar toch verzuimt van de werkplek, is overheersend in Nederland en wordt het “grijze” ziekteverzuim genoemd.
De overheid houdt zich volop bezig met deze verzuimproblematiek door onder meer het verstrekken van subsidies voor verzuimprojecten en het invoeren van nieuwe wet- en regelgeving. Zo werd op 1 april 2002, mede naar aanleiding van de hoge WAO- instroom, de Wet Verbetering Poortwachter ingevoerd. Deze wet bevat maatregelen welke tot doel hebben een uitgevallen medewerker eerder en effectiever te reïntegreren. Kenmerkend voor deze ‘nieuwe’ wet is dat de inspanningsverplichting van zowel werknemer als werkgever zijn aangescherpt.

Op organisatieniveau is een bovenmatig ziekteverzuim een enorme maar ook een moeilijk in te schatten kostenpost; de waarde van een werknemer voor een organisatie is moeilijk uit te drukken in geld. De kosten van verzuim bestaan zowel uit directe als indirecte kosten. Met name deze indirecte kosten vormen een probleem als het gaat om een nauwkeurige weergave ervan. Dat ziekteverzuim en WAO veel kost, niet alléén uitgedrukt in geld, is echter zeker:

- Loondoorbetaling bij ziekteverzuim;
- Eventuele kosten voor het inhuren en inwerken van vervangend personeel;
- Omzetverlies en verslechterde concurrentiepositie;

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

- Premieverhoging ziekteverzuimverzekering en WAO-premie (Pemba[1]);
- Kosten voor de extra dienstverlening van de Arbo-dienst;
- Verhoogde werkdruk voor ander personeel met als mogelijke gevolgen verzuim, overwerkkosten, kwaliteitsverlies, lagere arbeidssatisfactie, hoger verloop etc.;
- Extra administratief werk, etc.

Gezien deze kosten en andere nadelige consequenties van een bovenmatig ziekteverzuim, zijn organisaties gebaat bij een zo laag mogelijk ziekteverzuim. Maar het beperken van het ziekteverzuim binnen een organisatie is zeker geen eenvoudige zaak. Het vergt tijd en inspanning van verschillende groepen en kan zelfs een gehele cultuuromslag vereisen. Gesteld kan worden dat het terugdringen van bovenmatig ziekteverzuim binnen een organisatie, in meer of mindere mate, een organisatieverandering teweegbrengt. Om tot deze organisatieverandering en een daling in het ziekteverzuim te komen, is onder andere het helder maken van doel, gewenst resultaat en tussentijdse doelen van de verandering van belang (Cummings & Worley, 1993). Een instrument om deze verzuimdoelen te stellen is **de Verbaannorm.**

De Verbaannorm is in 1984 door Verbaan ontwikkeld, op basis van empirisch onderzoek (Verbaan, 1986). De Verbaannorm geeft een indicatie van het laagst haalbare ziekteverzuimpercentage voor een organisatie (onderdeel), rekening houdend met de opbouw van het personeelsbestand wat betreft leeftijd en opleidingsniveau. In 1994 heeft Rijvers onderzoek gedaan naar de noodzaak om de Verbaannorm te herijken, met name in verband met het feit dat sinds 1984 het percentage vrouwen dat deelnam aan het arbeidsproces was toegenomen. Uit dit onderzoek is gebleken dat een herijking niet nodig was (Rijvers, 1994). Nu, na weer bijna 10 jaar, rijst de vraag of de Verbaannorm wellicht verbeterd kan worden. De klanten van Falke & Verbaan, en daarmee Falke & Verbaan zelf, hebben behoefte aan een verzuimnorm die maatschappelijk geaccepteerd is; een norm die organisaties, verspreid over Nederland en verschillende sectoren, zelf hebben aangedragen en waar ze dus achter staan. De kracht van zo'n algemeen geaccepteerde norm is dat het de kans vergroot dat organisaties een

[1] *Premiedifferentiatie En Marktwering Bij Arbeidsongeschiktheid.*
Iedere organisatie in Nederland betaalt een basispremie die ieder jaar door de overheid wordt vastgesteld. Daarnaast betalen organisaties nog een gedifferentieerde premie die bepaald wordt op basis van de uitbetaalde WAO-uitkering aan werknemers van het bedrijf. De PEMBA-premie gaat uit van het principe: de ziekmaker betaalt (meer).

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

breed draagvlak bereiken voor de gestelde doelen en deze daardoor uiteindelijk ook bereiken. Ook is een herijking van de Verbaannorm denkbaar gezien de veranderingen van de afgelopen jaren in de Nederlandse samenleving. De 24-uurs economie doet zijn intrede en alles moet steeds maar sneller en beter: we leven in een haastcultuur. Denk ook aan verschijnselen als automatisering, meer vrouwen in het arbeidsproces, veranderde arbeidsomstandigheden en vergrijzing van de Nederlandse bevolking. Het is mogelijk dat een en ander tot gevolg heeft gehad dat het maatschappelijk geaccepteerde verzuimniveau gedaald of gestegen is, of mensen op een andere manier tegen verzuim aan zijn gaan kijken.

Dit brengt ons bij het doel van dit afstudeeronderzoek: onderzoeken of het uitgangspunt van de Verbaannorm (zie paragraaf 5 van hoofdstuk 2) herijkt dient te worden, en wanneer dit nodig blijkt; het uitvoeren van de daadwerkelijke herijking. In dit onderzoek wordt dan ook onderzocht wat men als het laagst haalbare verzuimpercentage voor Nederland beschouwt. Tevens wordt van de variabelen arbeidsoriëntatie, organisatiebinding en beheersingsoriëntatie bekeken of en hoe deze samenhangen met deze inschatting van het laagst haalbaar verzuim. Het overkoepelende belang van het afstudeeronderzoek is een accuraat verzuimnorm-berekeningsmodel aan te bieden ten behoeve van het verzuimbeleid binnen een organisatie.

1.2 De organisatie

Falke & Verbaan is een organisatieadviesbureau dat zich al ruim 10 jaar bezighoudt met de uitvoering van onder andere verzuim- en reïntegratietrajecten. Met deze trajecten helpt zij organisaties bij het reduceren van het (bovenmatig) ziekteverzuim. Eén van de instrumenten die Falke & Verbaan daarbij hanteert is de Verbaannorm.

In de optiek van Falke & Verbaan ligt aan verzuim weliswaar een klacht of ziekte ten grondslag, maar is het uiteindelijke verzuim onderhevig aan een keuzeproces. Daarmee is verzuim dan ook een vorm van gedrag. Deze opvatting maakt het mogelijk om verzuimbeheersing en –reductie niet zozeer te benaderen vanuit een puur medische invalshoek, maar als een vorm van individuele en organisatorische gedragsbeïnvloeding. Hierbij is een centrale, regisserende rol weggelegd voor de direct leidinggevenden (Falke & Verbaan, 2003).

Het programma Integraal Verzuimmamagement van Falke & Verbaan is er volledig op gericht het verzuim binnen een organisatie structureel te reduceren. Met behulp van de ‘Quick Scan’ worden de oorzaken en achtergronden van het bovenmatig verzuim in kaart gebracht. Vervolgens wordt gezamenlijk de te varen koers bepaald en wordt er stapsgewijs toegewerkt

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

naar voldoende draagvlak en acceptatie bij de belangrijkste actoren rond verzuim: de directie, het management, de OR, de afdeling HRM en de bedrijfsarts. Tot slot draagt Falke & Verbaan er met behulp van trainingen zorg voor dat de leidinggevenden en ondersteunende diensten binnen een organisatie voldoende toegerust zijn om op een effectieve manier het verzuim structureel te reduceren.

1.3 Doelstelling en centrale onderzoeksvragen

Het overkoepelende doel van dit onderzoek is vast te stellen of het uitgangspunt van de Verbaannorm reëel is. Mocht dit laatste niet het geval zijn dan zal de Verbaannorm herijkt worden, zodat er een nieuwe verzuimnorm komt waarvan gehoopt wordt dat deze maatschappelijk geaccepteerd is, en die organisaties kunnen gebruiken als instrument om verzuimdoelen te stellen ten behoeve van het verzuimbeleid. Tevens wordt er naar gestreefd inzicht te krijgen in de samenhang van de inschatting van het laagst haalbare verzuim voor Nederland met 'arbeidsoriëntatie', 'organisatiebinding' en 'beheersingsoriëntatie'.

De volgende vraagstellingen staan centraal:

1. Is het uitgangspunt van 5% van de huidige Verbaannorm reëel? Ofwel: dient de Verbaannorm herijkt te worden?
2. Wat is de is de 'inschatting die respondenten maken omtrent het laagst haalbare ziekteverzuimpercentage voor Nederland'[2], en welke factoren beïnvloeden deze inschatting? Wat is de samenhang tussen de ILHV en de variabelen 'arbeidsoriëntatie', organisatiebinding' en 'beheersingsoriëntatie'?

De onderzoeksvragen die uit de vraagstellingen voortkomen zijn:

1. Wijkt de ILHV af van de huidige Verbaannorm van 5%?
2. Bestaat er een verschil in de ILHV tussen respondenten uit verschillende sectoren?
3. Bestaat er een samenhang tussen het werkelijke verzuimpercentage in een organisatie en de ILHV van de respondenten binnen die organisatie?
4. Bestaat er een samenhang tussen het werkelijke verzuimpercentage in een sector en de ILHV van de respondenten binnen die sector?

[2] In het vervolg zal de 'inschatting van het laagst haalbare ziekteverzuimpercentage voor Nederland' aangeduid worden met de term ILHV. Het betreft het laagst haalbare ziekteverzuimpercentage voor Nederland in zijn totaliteit, exclusief zwangerschap en WAO.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

5. Bestaat er een verschil in de ILHV tussen respondenten die bekend zijn met de visie op verzuim van Falke & Verbaan en respondenten die niet bekend zijn met deze visie?
6. Bestaat er een verschil in de ILHV tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten?
7. Bestaat er een samenhang tussen de ILHV en de leeftijd van de respondent?
8. Bestaat er een significant verschil in de ILHV tussen de respondenten met de functie (hoofd) P&O (adviseur) of directeur?
9. Bestaat er een verschil in de ILHV tussen respondenten met verschillende opleidingniveaus (HAVO/MBO, HBO, WO en anders (LO, MAVO/LBO))?
10. Bestaat er een samenhang tussen de ILHV en de score van de respondenten op een arbeidsoriëntatie?
11. Bestaat er een samenhang tussen de ILHV en de score van de respondenten op een component van organisatiebinding?
12. Bestaat er een samenhang tussen de ILHV en de score van de respondenten op een beheersingsoriëntatie?

1.4 Opbouw van de scriptie

Deze scriptie is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 en 3 wordt het theoretisch kader behandeld, dat ten grondslag ligt aan dit onderzoek. In hoofdstuk 4 wordt vervolgens het onderzoek met zijn probleemstelling, vraagstelling, onderzoeksvragen, hypotheses en het onderzoeksdesign gepresenteerd. In hoofdstuk 5 wordt de methode van het onderzoek behandeld, waarin de onderzoeksgroep, het instrument, de procedure en de statistische methoden aan bod komen. Op basis van de resultaten die in hoofdstuk 6 zijn terug te vinden, worden in hoofdstuk 7 tot slot de conclusie(s) gegeven, afgesloten met de discussie en enkele aanbevelingen.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Hoofdstuk 2 Het theoretisch kader van ziekteverzuim, de Verbaannorm, arbeidsoriëntatie, organisatiebinding en beheersingsoriëntatie

2.1 Inleiding theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal door middel van bestaande literatuur en eerder onderzoek een theoretische basis gelegd worden voor het onderzoek naar de herijking van de Verbaannorm en de variabelen die in dit onderzoek zijn opgenomen. Achtereenvolgend komen in dit hoofdstuk de volgende onderdelen aan bod:

§ 2.2 Ziekteverzuim omschreven
§ 2.3 Theorieën over ziekteverzuim
§ 2.4 Determinanten van ziekteverzuim
§ 2.5 De Verbaannorm
§ 2.6 Arbeidsoriëntatie
§ 2.7 Organisatiebinding
§ 2.8 Beheersingsoriëntatie

2.2 Ziekteverzuim omschreven

Het verzuim dat in dit onderzoek onder de loep wordt genomen is het ziekteverzuim in Nederland, exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof en WAO. Doorgaans verstaat men onder ziekteverzuim: afwezigheid van het werk met een beroep op de Ziektewet (Smulders en Veerman, 1992). De Ziektewet voorziet in een uitkering aan werknemers, die niet in staat zijn hun werk te verrichten door ziekte of gebrek (inclusief de gevolgen van ongevallen). In de literatuur worden de termen verzuim en ziekteverzuim regelmatig door elkaar gebruikt. In deze onderzoeksscriptie zal voor de duidelijkheid het begrip ‘ziekteverzuim’ gehanteerd worden, aangezien verzuim een wat bredere term is waar bijvoorbeeld ook intern arbeidsverzuim binnen valt. Ziekteverzuim lijkt relatief makkelijk meetbaar; in veel bedrijven en instellingen wordt het op een of andere manier geregistreerd (al was het maar vanwege claims op de Ziektewet- en WAO-uitkering). Dit is een van de redenen waarom het verschijnsel relatief goed toegankelijk is voor onderzoek.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Ziekteverzuim is, ondanks de schijnbaar eenvoudige meetbaarheid, naar aard en achtergrond een complex en heterogeen verschijnsel (Allegro en Veerman, 1992). In Engelstalige benamingen van ziekteverzuim komen alleen al minstens 28 dichotome indelingen voor om verschillen in ziekteverzuimmotieven aan te geven, zoals 'unvoluntary' versus 'voluntary', 'excused' versus 'unexcused', 'avoidable' versus 'unavoidable' en 'illegitimate' versus 'legitmiate'. Nederland kent ook een aantal manieren om het verzuim in soorten onder te verdelen. Een belangrijk criterium is de mate van vermijdbaarheid. Bij bepaalde combinaties van gezondheidsklachten en functie-eisen is verzuim onvermijdelijk, terwijl bij andere combinaties niet onmiddellijk sprake hoeft te zijn van arbeidsongeschiktheid. *Wit verzuim* (ca. 25%) verwijst dan naar een evidente onmogelijkheid om te werken, *zwart verzuim* (ca. 5%) verwijst naar gevallen waarbij een beroep wordt gedaan op de ziektewet zonder dat er sprake is van ziekte (Philipsen, 1969). Bij de meerderheid van ziektegevallen is noch het een noch het ander het geval en is het tot op zekere hoogte aan de werknemer om te bepalen of hij of zij al dan niet arbeidsongeschikt is (Smulders en Veerman, 1990). Deze variant wordt het *grijs verzuim* (ca. 70%) genoemd. Dat deze vorm van verzuim zo hoog is blijkt ook uit de inleiding in hoofdstuk 1: de Nederlandse werknemers zijn doorgaans gezond en tevreden met hun werk (Gaillard, 1996) maar vertonen toch een aanzienlijk hoger ziekteverzuimpercentage dan de ons omringende landen. Aanvankelijk werd met vermijdbaar verzuim het zwarte gedeelte bedoeld. Tegenwoordig wordt echter steeds minder expliciet een beschuldigende vinger naar de verzuimende medewerker uitgestoken en verwijst men bij vermijdbaar verzuim meer naar het grijze tussengedeelte. Dit neemt overigens niet weg dat ook het witte gedeelte van het verzuim deels beïnvloedbaar is; denk bijvoorbeeld aan rugklachten die ontstaan door een verkeerd afgestelde stoel. Vanzelfsprekend moet dus ook het witte verzuim zoveel mogelijk worden geminimaliseerd (Verbaan, 1991). In die zin is dus een aanzienlijk deel van het verzuim beïnvloedbaar.

Naast de indeling naar wit, grijs en zwart verzuim is ook een onderverdeling mogelijk gebaseerd op enerzijds de polen ziek en gezond en anderzijds de polen aanwezig en afwezig. Onder 'ziek' wordt hier verstaan dat er gezondheidsklachten zijn, zodanig dat men daardoor niet geschikt of in staat is het eigen werk uit te voeren; van "gezond" wordt gesproken wanneer dergelijke klachten juist ontbreken. Wanneer we uitgaan van de twee assen, gezond versus ziek en aanwezig versus afwezig, dan ontstaan vier cellen, die als volgt kunnen worden omschreven:

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

- gezond en aanwezig: geen probleem, tenzij er sprake is van 'arbeidsverzuim', of 'intern verzuim' (ondanks aanwezigheid niet productief zijn, zoals lange koffiepauzes houden).
- gezond en afwezig: moedwillig onterecht aanspraak maken op de Ziektewet (vergelijk zwart verzuim).
- ziek en aanwezig: doorwerken ondanks reële gezondheidsklachten. De ziekte kan verergeren (bijvoorbeeld een griepvirus dat wordt verwaarloosd). Ook bestaat besmettingsgevaar voor de werkomgeving.
- ziek en afwezig: niet in staat zijn het eigen werk te verrichten, waardoor een legitiem beroep op de Ziektewet wordt gedaan (wit verzuim).

Hoewel ziekteverzuim relatief eenvoudig te meten is, worden in de praktijk veel verschillende maten gehanteerd, die niet altijd onderling vergelijkbaar zijn. Het verdient daarom aanbeveling om de standaard verzuimmaten en definities te volgen. De aard en omvang van de verzuimproblematiek wordt vastgesteld met behulp van drie kengetallen:

- Het *verzuimpercentage* is het percentage van de totaal beschikbare tijd die aan verzuim "verloren" is gegaan. Het geeft aan hoe groot de omvang van het probleem is. Het verzuimpercentage wordt berekend door het totaal aantal verzuimde kalendermensdagen (zevendaagse week), uit te drukken als percentage van het aantal beschikbare kalendermensdagen over een bepaalde periode.
- De *meldingsfrequentie* geeft het gemiddelde aantal ziekmeldingen per persoon weer, over een periode van een jaar. Dit wordt bekend door het totaal aantal ziekmeldingen in een jaar, te delen door de gemiddelde personeelssterkte in die periode, berekend op jaarbasis.
- De *gemiddelde verzuimduur* wordt gebruikt als indicator voor de ernst van een verzuimgeval. Dit kengetal wordt berekend door het aantal verzuimde kalenderdagen te delen door het aantal beëindigde verzuimgevallen over een bepaalde periode.

In dit onderzoek wordt gewerkt met het verzuimpercentage als indicator voor verzuim.

2.3 Theorieën over ziekteverzuim

In de loop der jaren hebben vele wetenschappers zich bezig gehouden met ziekte en ziekteverzuim. Een globale verkenning van de literatuur over ziekteverzuim levert de conclusie op dat er tot op heden geen sprake is van een eenduidig theoretisch kader, waarmee het ontstaan van ziekteverzuim kan worden verklaard. Eerst zullen eerst enkele buitenlandse

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

theorieën kort gepresenteerd worden, en vervolgens wordt er wat uitvoeriger op twee belangrijke Nederlandse theorieën ingegaan.

2.3.1 Buitenlandse theorievorming rondom verzuim

Bij het gebruik van niet-Nederlandse (met name Angelsaksische) theorieën dient rekening gehouden te worden met het feit dat onder "absenteeism" vaak iets anders wordt verstaan dan ziekteverzuim zoals dat in Nederland wordt gedefinieerd. Vaak wordt onderscheid gemaakt tussen absenteïsme om medische en niet medische redenen. Veel buitenlandse theorievorming betreft mede het niet-medische arbeidsverzuim; bovendien gaat het vaak alleen over korte verzuimgevallen. De reden hiervan is dat men in sociaal-psychologische gedragstheorieën verzuim niet als fenomeen op zichzelf, maar als een gemakkelijk toegankelijke indicator van subjectief bepaald menselijke gedrag beschouwd (Allegro & Veerman, 1992). In zulke gevallen gaat het dan ook om toepassing van meer algemene theorieën, die niet specifiek zijn ontwikkeld ter verklaring van verzuim. Toch kunnen deze theorieën zeker bepaalde aspecten van het verzuim verhelderen en komt men ze in de literatuur over ziekteverzuim dan ook geregeld tegen. Hieronder wordt een aantal van deze buitenlandse theorieën kort uitgelegd.

Volgens de **ruiltheorie** zijn er voor een werknemer diverse (im)materiële kosten (opleiding, inspanning, investeringen) en baten (beloning, erkenning, mate van kritiek) verbonden aan zijn of haar baan. De werknemer zal streven naar een zo gunstig mogelijke balans tussen datgene wat de organisatie biedt en de van hem of haar verlangde bijdrage. Wanneer de balans verstoord is kan ter compensatie met verzuim gereageerd worden. Een dergelijk gebrek aan evenwicht zou namelijk ongunstig werken op de satisfactie, motivatie en betrokkenheid en daarmee condities scheppen voor verzuim (Grosveld, 1988).

De **billijkheidstheorie**, ontwikkeld door Adams (1965), is nauw verwant met de ruiltheorie; ook hierbij gaat het om een kosten/batenbalans, maar volgens deze theorie wordt die balans door werknemers vergeleken met de balans van anderen zoals collega's of andere referentiegroepen. Ervaart de werknemer zijn eigen balans als ongunstiger dan die van vergelijkbare anderen, dan is er sprake van dissonantie (onbillijkheid) die hij of zij kan proberen te compenseren door te verzuimen.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

De **verwachtingstheorie** is een 'valence-expectancy'-benadering die vooral bekend is door het werk van Vroom (1964). Volgens deze theorie is ziekteverzuim de resultante van een afweging van verwachte voor- en nadelen van verzuimgedrag. Indien de som van de verwachte gevolgen van verzuim positief uitvalt, zal men inderdaad gaan verzuimen. Nog sterker dan beide voorgaande theorieën beschouwt de verwachtingstheorie verzuim dus als een (in principe rationele) beslissing van individuele werknemers.

In de **roltheorie** wordt onder 'sociale rol' verstaan, het gedrag dat van iemand verwacht mag worden gezien de sociale positie die hij of zij inneemt. Zowel binnen als tussen de verschillende rollen die een persoon bekleedt kunnen problemen optreden: rolconflict, rolonduidelijkheid (rolambiguïteit), roloverbelasting. De (over)belasting die uit deze problemen kan voortvloeien is een mogelijke verklaring voor ziekteverzuim. Deze toepassing van de roltheorie op ziekteverzuim is overigens nauw verbonden met de stresstheorie die later nog aan bod zal komen.

In de **socio-technische systeemtheorie** wordt gedrag in organisaties opgevat als een wisselwerking tussen het sociale systeem (de werknemers met hun behoeften, alsmede de relaties tussen hen) en het technisch systeem (de machines, het productieproces) van een arbeidsorganisatie. Slechte afstemming tussen sociaal en technisch systeem – bijvoorbeeld doordat geen rekening is gehouden met menselijke behoeften zoals onderling contact, zelfrealisatie en dergelijke – leidt tot een reeks negatieve gevolgen, waaronder ziekteverzuim (Allegro, 1973).

De **Job Characteristiscs Theory**, ontwikkeld door Hackman en Lawler (1971) en Hackman en Oldham (1976), draait ook om de afstemming tussen mens en werk, in het bijzonder de aansluiting tussen taakkenmerken en de psychologische behoeften van de mens. Er wordt uitgegaan van vijf essentiële taakaspecten, namelijk taakvariatie, de mate waarin de taak één geheel vormt, het belang van de taak, autonomie en prestatiefeedback. Deze kenmerken zouden bepalend zijn voor drie 'psychological states': gevoelens van betekenisvolheid, gevoelens van verantwoordelijkheid en kennis van resultaten, welke op hun beurt van invloed zijn op een reeks verschijnselen waaronder verzuim. In deze keten speelt het begrip 'groeibehoefte' een belangrijke conditionerende rol: bij werknemers met een sterke

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

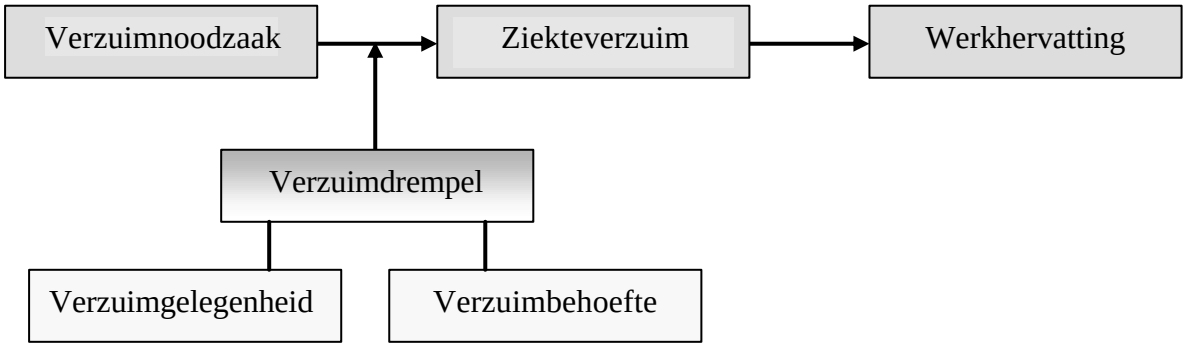
groeibehoefte zou deze keten veel sterker optreden dan bij hen die weinig groeibehoefte op hun werk hebben.

2.3.2 Nederlandse theorievorming rondom verzuim

De meer specifieke theorieën ter verklaring van ziekteverzuim zijn vaak van Nederlandse bodem. In ons land worden twee benaderingen van het verzuim vaak aangetroffen: het *beslissingsmodel* en het *model belasting- belastbaarheid*. Verder treft men in het kader van verzuimonderzoek nogal eens modellen uit de stresstheorie aan. Allegro en Veerman hebben deze modellen met elkaar verbonden tot een algemeen denkkader over ziekteverzuim, dat als achtergrond voor dit onderzoek beschouwd kan worden.

De **beslissingsmodeltheorie** van Philipsen (1969) kan gebruikt worden om een zeer interessante relatie te analyseren: de relatie tussen ziekte en ziekteverzuim. Philipsen stelt namelijk dat, wanneer er eenmaal van gezondheidsklachten sprake is, een werknemer in elke fase van het ziekteproces een bepaalde mate van beslissingsvrijheid heeft om zich al dan niet ziek te melden. Uit deze redenering vloeit voort dat ziekte en verzuim geen identieke begrippen zijn. Dit model kan als verklaring dienen voor de vraag waarom het ene individu doorwerkt met een ziekte en een ander individu bij veel minder klachten wel verzuimt.

Figuur1: Het beslissingsmodel (Philipsen, 1969).



Een centraal begrip hierin is de verzuimdrempel. De hoogte van de verzuimdrempel bepaalt vervolgens of de persoon daadwerkelijk zal verzuimen wegens de ziekte. Een hogere verzuimdrempel zal minder snel leiden tot ziekteverzuim. Aan de verzuimdrempel zij twee aspecten te onderscheiden:

- De *verzuimgelegenheid* kan omschreven worden als de mate waarin er een complex van maatregelen of gebruiken geldt die remmend of bevorderend kunnen zijn in de beslissing

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

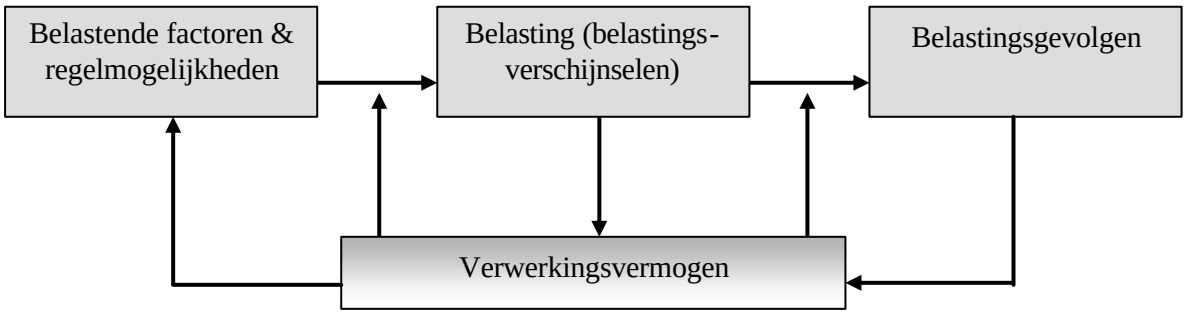
om al dan niet te verzuimen. Hierbij kan gedacht worden aan formele of informele sancties, sociaalorganisatorische onmisbaarheid, wachtdagen, inhouding van een deel van het loon, de verzuimcontrole en de ziekmeldingsprocedure (Allegro & Veerman, 1992; Smulders, 1985).

- De *verzuimbehoefte* betreft de subjectieve behoefte om al dan niet gebruik te maken van de verzuimgelegenheid. Factoren die hierbij een rol kunnen spelen zijn arbeidssatisfactie met de daaraan verwante begrippen als 'binding', of 'identificatie met het werk', 'job involvement', 'organisational commitment' en dergelijke.

Dit model zou overigens aangevuld kunnen worden met een hervattingsdrempel, hervattingsgelegenheid en hervattingsbehoefte (Van Dijk, 2003).

Het **basismodel belasting-belastbaarheid** (Vroege, 1982; Van Dijk, Van Dormolen, Kompier & Meijman, 1990) stamt uit de sociale geneeskunde. In dit model wordt de nadruk gelegd op discrepanties tussen de eisen die het werk stelt (belasting) en de capaciteiten van werknemers om aan die eisen te voldoen (belastbaarheid). Wanneer belasting en belastbaarheid langdurig uit evenwicht zijn zonder dat voldoende hersteltijd in acht wordt genomen, kan een cumulatie van nadelige effecten optreden waarvan op zijn beurt ziekte het gevolg kan zijn. 'Ziekte' moet hierbij in de ruime betekenis van het woord worden opgevat, namelijk als het onvermogen om aan fysieke en psychische eisen van het werk te voldoen.

Figuur2: Het basismodel belasting-belastbaarheid (van Dijk et al., 1990)



Het model belasting-belastbaarheid specificeert overigens niet welke elementen in een concrete werksituatie bepalend zijn voor de belasting en de belastbaarheid; het geeft alleen een richting aan waarin men een concrete situatie nader kan onderzoeken. Het kan gebruikt worden bij het ontwikkelen van meer specifieke modellen. Bij het model zijn enkele kanttekeningen te plaatsen zoals het feit dat het in dit model alleen om overbelasting gaat;

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

echter, ook onderbelasting is een discrepantie die tot negatieve gevolgen kan leiden (Allegro & Veerman, 1992).

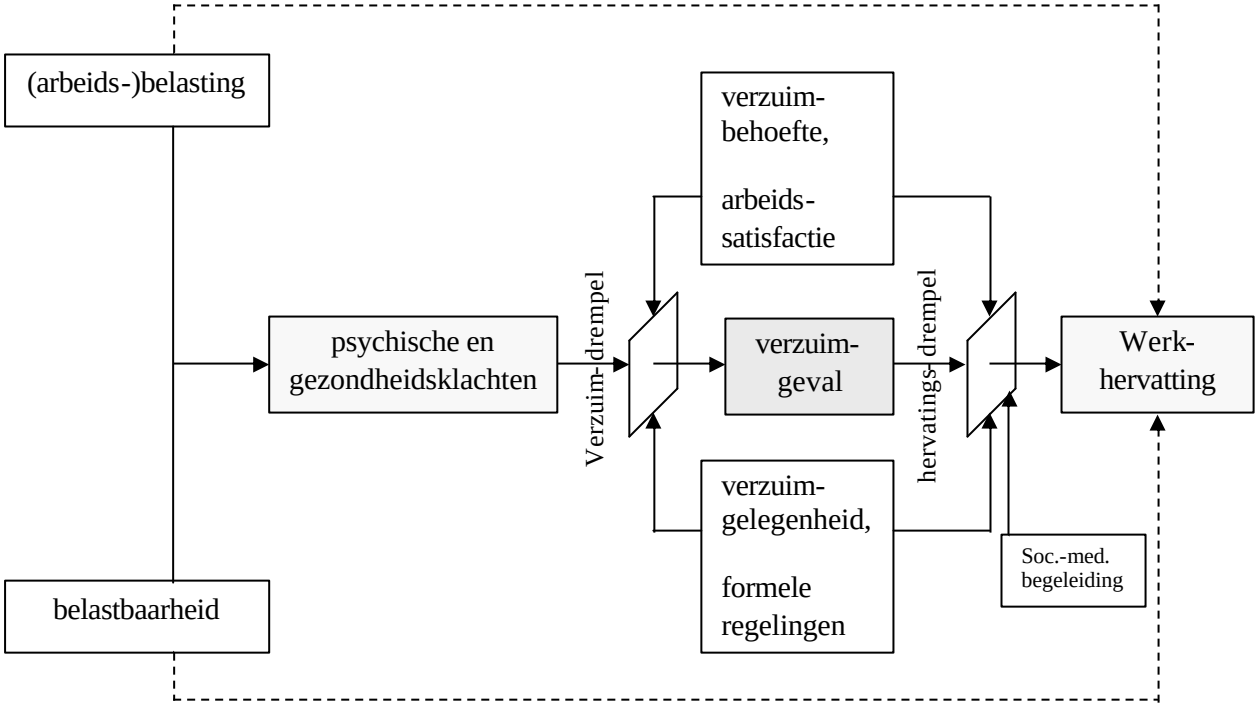
Elementen van de **stress-theorie** worden vrij regelmatig aangehaald ter verklaring van onder andere ziekteverzuim. In ons land is vooral het 'Michigan-model' ingeburgerd (Winnubst, 1982). Hier wordt wederom opgemerkt dat het gaat om een buitenlandse theorie, en de gehanteerde definiëring van ziekteverzuim enigszins kan afwijken van de definiëring die in Nederlandse theorieën prevaleert. In het Michigan-model leiden "stressoren" ('stressveroorzakende', belastende factoren) tot "strains" ('stressgevolgen', onder andere psychische en of gezondheidsklachten, eventueel ook verzuim), maar tussen stressoren en strains zitten enkele moderatorvariabelen: effectieve coping (stress-hantering), sociale ondersteuning en een type-B persoonlijkheid zouden het effect van stressoren volgens deze theorie te niet kunnen doen of in ieder geval matigen. Interessant aan het Michigan-model is dat het vrij gemakkelijk is te herformuleren tot een belasting-belastbaarheidsmodel. Immers "stressoren" zijn te zien als elementen van de belasting; coping, sociale ondersteuning en persoonlijkheidsstructuur zijn te beschouwen als elementen van de belastbaarheid of het verwerkingsvermogen. Het interessante van de koppeling van beide modellen is, dat het stressmodel inhoudelijke, empirische invulling kan geven, waar het model belasting-belastbaarheid een (in empirische zin) leeg, formeel denkkader is.
Naast het Michigan-model wordt hier nog kort de eveneens buitenlandse stressbenadering zoals die door Karasek (1979) naar voren is gebracht, genoemd. In deze benadering zijn er twee centrale dimensies die samen bepalend zijn voor het optreden van stress, namelijk werkdruk en regelmogelijkheden. Met name de interactie van hoge werkdruk en geringe regelmogelijkheden leidt tot hoge stress. Ook in deze twee dimensies is een duidelijke parallel te herkennen met het begrippenpaar belasting en belastbaarheid.

Door Allegro en Veerman (1992) is een geïntegreerd model ontwikkeld waarin de belangrijkste theorieën over ziekteverzuim zijn terug te vinden. Het model, weergegeven in figuur 3, is gestoeld op de het beslissingsmodel en het belasting-belastbaarheidsmodel, die in de historie van verzuimonderzoek van groot belang zijn geweest. Behalve de verzuimdrempel is ook de hervattingdrempel weergegeven in dit model. In grote lijnen zijn dezelfde factoren die van invloed zijn op de verzuimdrempel, zoals verzuimgelegenheid en verzuimbehoefte,

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

ook van invloed op de hervattinsdrempel. Theorie hierover ontbreekt echter grotendeels (Allegro & Veerman, 1992).

Figuur 3: Theoretisch kader voor verzuimbeïnvloedende factoren (Allegro & Veerman, 1992).



In het model zijn vier groepen van factoren te onderscheiden die een rol spelen rondom een verzuimgeval:

1. De arbeidsbelasting, waarbinnen ook de stressoren uit de stresstheorieën vallen (zie bijvoorbeeld het Michigan-model, in Drenth, Thierry en de Wolff, p. 1068, 1997);
2. De belastbaarheid ofwel verwerkingsvermogen van werknemers;
3. De verzuimdrempel, waarbij verzuimgelegenheid en –behoefte meespelen;
4. De hervattingsdrempel, waarbij de verzuimgelegenheid en –behoefte meespelen, maar ook factoren zoals de medische begeleiding en reïntegratiemogelijkheden.

In het model wordt duidelijk dat naast de individuele factoren ook de organisatie- en algemene maatschappelijke factoren een rol spelen. Verzuim wordt hierdoor in een bredere context geplaatst.

Zoals in het model belasting-belastbaarheid (van Dijk et al., 1990) is het uitgangspunt dat belastende factoren in het werk leiden tot gezondheidsklachten wanneer ze de belastbaarheid van werknemers te boven gaan. Deze belastbaarheid wordt beïnvloed door zowel persoonlijkheidskenmerken als door persoons- en demografische factoren.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Gezondheidsklachten resulteren pas in ziekteverzuim wanneer de verzuimdrempel wordt overschreden. De verzuimdrempel wordt net als de hervattingsdrempel beïnvloed door enerzijds situationele factoren zoals de verzuimcultuur en verzuimbegeleiding binnen een organisatie. Anderzijds hebben persoonsgebonden factoren zoals arbeidstevredenheid en de wens om te werken invloed op deze drempels (Geurts, 2002). Deze factoren komen overeen met de door Philipsen (1969) genoemde factoren verzuimgelegenheid en verzuimbehoefte. Het model van Allegro & Veerman dient als denkkader omtrent verzuim voor dit onderzoek.

2.4 Determinanten van ziekteverzuim

Afgezien van duidelijk herkenbare problemen is het ziekteverzuim vaak het resultaat van een verstrengeling van vele determinanten. Eerder werd al aangegeven dat de aard van verzuim complex is. Dit blijkt onder andere uit de vele determinanten die aan ziekteverzuim ten grondslag kunnen liggen. Een aantal van deze factoren die mogelijk invloed hebben op het verzuim worden hier behandeld, onderverdeeld in maatschappelijke, persoonlijke en werkgerelateerde factoren (Allegro & Veerman, 1992).

2.4.1 Algemeen maatschappelijke factoren

- Het stelsel van sociale zekerheid.

In termen van het model dat in paragraaf 2.3.2 gepresenteerd is voor verzuimbeïnvloedende factoren (Allegro & Veerman, 1992), heeft het stelsel van sociale zekerheid, via de verzuimgelegenheid, vooral invloed op de verzuimdrempel en de hervattingsdrempel. Uit globale vergelijkingen tussen landen lijkt het niveau van de uitkeringen evenredig samen te hangen met het niveau van het ziekteverzuim (Smulders, 1984). Ook lijkt er in Nederland een duidelijke invloed te bestaan van uitvoeringsprodedures, in het bijzonder medische certificering dan wel controle op verzuim (Smulders, 1984; Prins 1990). Zo heeft het toepassen van verzuimcontrole een beperkend effect op het ziekteverzuim, al is dit sterk afhankelijk van het tijdstip.

- De gezondheidszorg.

De gezondheidszorg is vooral van belang voor de werkhervattingdrempel. Naar verwachting leidt een goede gezondheidszorg tot een betere gezondheidstoestand en daarmee tot lager ziekteverzuim. Er kan daarnaast ook sprake zijn van verzuimverhogende effecten van de gezondheidszorg. Hierbij kan gedacht worden aan lange wachttijden of medicalisatie.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

- Arbo-wetgeving

In Nederland is er sprake van wetgeving op het gebied van arbeidsomstandigheden. Deze beoogt enerzijds het verminderen van belastende factoren in de arbeidssituatie, anderzijds het verhogen van belastbaarheid door middel van voorlichting en onderricht.

- Economische invloeden

Er is sprake van een positieve samenhang tussen de mate van economische bedrijvigheid in een land en het ziekteverzuim (Kruidenier, 1981; Smulders, 1984): in laagconjunctuur is veelal ook het ziekteverzuim laag. Verklaringen hiervoor worden door sommigen gezocht in angst voor ontslag van werknemers (zodat de verzuimdrempel hoger wordt), door anderen meer in een selectiever aanname- en ontslagbeleid, waardoor er een gezondere werknemerspopulatie ontstaat waarvan de belastbaarheid groter is. Het meeste onderzoeksmateriaal duidt erop dat laatstgenoemd effect in ieder geval een rol van betekenis speelt; de rol van angst voor ontslag als oorzaak van lager verzuim is meer omstreden. Uit internationaal onderzoek (Prins, 1990) komt naar voren dat de verschillende mogelijkheden om werknemers te laten afvloeien uit het productieproces van grote invloed zijn op het ziekteverzuim. Daar waar arbeidsongeschiktheid een aantrekkelijk alternatief is (zoals in Nederland, gezien bijvoorbeeld de loondoorbetaling bij ziekteverzuim), uit zich dat ook in hogere ziekteverzuimcijfers. Naarmate er meer alternatieven zijn, zullen Ziektewet en WAO minder vaak als uitweg benut worden; denk aan regelingen voor oudere werknemers zoals vervroegde uittreding/pensionering of functioneel leeftijdsontslag.

2.4.2 Determinanten op persoonsniveau en in de privé-sfeer

- Persoonlijkheidskenmerken

Ten aanzien van het ontstaan van stress, respectievelijk coping-gedrag blijken persoonlijkheidskenmerken een belangrijke modererende werking te hebben. In de stressliteratuur wordt met name aandacht besteed aan het onderscheid tussen type A-personen (sterke ambitie, agressiviteit, gejaagdheid) en type B-personen (spiegelbeeld van het type-A) en aan de mate van neuroticisme. Type A-personen zouden eerder stressreacties vertonen en met name een hoger risico lopen op hart- en vaatziekten, wat zijn gevolgen kent voor het ziekteverzuim van deze personen (Buunk & De Wolff, 1988). In het kader van persoonlijkheidskenmerken die invloed hebben op het ziekteverzuim, kan ook gedacht worden aan beheersingsoriëntatie (ook wel: locus of control). Mensen met een interne beheersingsoriëntatie vertonen over het algemeen een lager ziekteverzuim dan mensen met

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

een externe beheersingsoriëntatie (Spector, 1982). In paragraaf 8 van dit hoofdstuk wordt nader in gegaan op beheersingsoriëntatie.

- Persoons- en demografische factoren

Vanuit vele bronnen wordt het belang van persoons- en demografische variabelen aangegeven (o.a. Porter & Steers, 1973; Nicholson, Brown & Chadwick-Jones, 1977; Smulders, 1984; Vrijhof, 1987; Grosfeld, 1988; van Vuuren, Smit, van Gent & Andriessen, 2001; Van den Heuvel & Wooden, 1995; Geurts, Kompier & Gründemann, 2001). De belangrijkste factor op persoonsniveau is uiteraard gezondheid. Leeftijd, opleidingsniveau en geslacht worden hier ook genoemd.

Doordat de algemene gezondheidstoestand nauw samenhangt met de *leeftijd*, wordt vrijwel altijd een verband tussen leeftijd en ziekteverzuim gevonden. Met betrekking tot leeftijd blijkt uit onderzoek dat jongeren vaker verzuimen dan ouderen, maar dat ouderen gemiddeld langer verzuimen (Sinninghe-Damsté, 1993; Hesselink, 1993). Per saldo leidt dat tot een hoger verzuim bij ouderen (Allegro & Veerman, 1992). Ook van Vuuren et al. (2001) kwamen tot dezelfde conclusie: met een toenemende leeftijd neemt het verzuimpercentage toe en neemt de verzuimfrequentie af, wat leidt tot een hoger verzuim bij ouderen.

Een andere factor die samenhangt met het verzuim is de hoogte van de *opleiding*: in organisaties met gemiddeld hoog opgeleid personeel, is het verzuim lager dan in organisaties met gemiddeld laag opgeleid personeel (Andriessen & van Vuuren, 1997). Het hoogste verzuim kan dus worden vastgesteld bij de laagst opgeleiden. De interpretatie van deze verschillen is lastig omdat immers het opleidingsniveau sterk bepalend is voor het functioneren en daarmee voor de arbeidsbelasting. Algemeen wordt echter aangenomen dat opleiding, training en ervaring een positieve invloed hebben op de belastbaarheid (Allegro & Veerman, 1992). Het opleidingsniveau is –naast het beroeps- en het inkomensniveau– een van de drie kenmerken van sociaal- econimische status (SES). Onderzoek toont een sterk verband aan tussen de verschillende SES-kenmerken en gezondheid (WRR, 1987).

Wat betreft *geslacht* zal een bedrijf over het algemeen een hoger ziekteverzuimpercentage hebben naarmate er meer vrouwen werken, de gemiddelde leeftijd hoger is en het gemiddelde opleidingsniveau lager is (Van Deursen & Smulders, 1997). Een kanttekening is hierbij op zijn plaats: vergelijking van gemiddelde cijfers tussen mannen en vrouwen is riskant, omdat de seksen heel onevenredig verdeeld zijn over beroepen en functies op de arbeidsmarkt (Vaas & Bloemhoff, 1997). Dit wil zeggen dat het soms moeilijk te bepalen is of een hoger ziekteverzuimpercentage bij vrouwen, maar ook bij ouderen of laagopgeleiden, toe te

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

schrijven is aan persoonskenmerken of aan het feit dat deze groepen mensen andere, wellicht zwaardere functies hebben.

In de media wordt vaak beweerd dat het groeiende aantal jonge vrouwen dat zich ziek meldt en in de WAO terecht komt, te wijten is aan de dubbele rolbelasting en de lagere arbeidswaardering die deze vrouwen hebben (Geurts et al. 2000). Omdat "arbeid" naar men verondersteld een minder prominente rol inneemt in het leven van vrouwen dan "familie", wordt er beweerd dat zij minder serieuze pogingen ondernemen om het werk na ziekteverzuim te hervatten, waardoor ze dus een hoger verzuim vertonen en een grotere kans hebben om in de WAO te komen. De bevindingen van een onderzoek van Cuelenaere (1997), waarin 53 zieke en verzuimende medewerkers met een relatief laag opleidingsniveau zijn geïnterviewd, zijn in de media en door beleidsmakers geïnterpreteerd als "bewijs" voor de lagere arbeidswaardering van vrouwen. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de meeste zieke en verzuimende vrouwen pas weer aan het werk gingen wanneer ze volledig hersteld waren, terwijl de meeste mannen het werk alweer hervatten wanneer ze nog niet volledig hersteld waren. Een recente studie, uitgevoerd in opdracht van het Landelijk Instituut voor de Sociale Zekerheid (LISV, 2000), wees uit dat vrouwen in andere branches en beroepen werkzaam zijn dan mannen, wat grotendeels het hogere verzuim van vrouwen verklaart. Vrouwen werken vaker dan mannen in de gezondheidszorg en deze branche produceert ongeveer 25% van de WAO-ers. Ook al lopen vrouwen in deze branche vier keer zoveel risico dan mannen om in de WAO te geraken; dit verschil verdwijnt wanneer mannen en vrouwen dezelfde arbeidsomstandigheden hebben. Ook is het zo dat vrouwen vaker dan mannen werkzaam zijn in beroepen die zich kenmerken door geringe carrièremogelijkheden, relatief weinig autonomie en ongezonde werkdruk (bijvoorbeeld een hoog werktempo en of het niet hebben van invloed op het werktempo). Over het algemeen wordt meer dan een derde van het verschil in verzuim tussen mannen en vrouwen verklaard door werkkenmerken die relatief vaak voorkomen bij jonge, vrouwelijke medewerkers (LISV, 2000).

Gegevens over ziekteverzuim naar *nationaliteit* laten zien dat buitenlandse werknemers een hoog ziekteverzuim vertonen, vooral door een gemiddeld lange duur per geval. Belangrijke verklaringen hiervoor liggen in het gemiddeld lage tot zeer lage functieniveau van deze categorie werknemers, in hun gemiddeld wat hogere leeftijd en in sociaal-culturele verschillen c.q. aanpassingsproblemen (o.a. Grosfeld, 1988).

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Behalve deze demografische factoren kunnen ook factoren in de privé-sfeer het verzuim negatief beïnvloeden. Het is bijvoorbeeld gebleken dat alcoholgebruik en roken een ongunstige invloed hebben op het ziekteverzuim. Ook het brede begrip 'belasting in de vrije tijd' is in dit verband van belang. Hierbij kan gedacht worden aan sportblessures, verkeersongevallen, uitgaansgewoonten, maar ook aan de mentale belasting ten gevolge van huiselijke problemen, avondstudie of bijbanen.

Het per saldo hogere ziekteverzuim van vrouwen en hun verhoogde kans om in de WAO te geraken, laat zich niet verklaren door de dubbele belasting door werk en kinderverzorging. Een recente studie, uitgevoerd in opdracht van het Landelijk Instituut voor de Sociale Verzekering (LISV, 2000), demonstreerde dat, ook al verhoogt het hebben van kinderen het ziekteverzuim en de kans om in de WAO te geraken bij vrouwen tussen de 25 en de 35 jaar, dit net zo goed geldt voor jonge mannen. Resultaten van het onderzoek uitgevoerd door Cuelenaere (1997) toonden aan dat de dubbele rolbelasting van vrouwen de werkhervatting van vrouwen niet in de weg staat. Tevens bleek uit dit onderzoek dat vrouwen eerder geneigd zijn om de werkzaamheden en verantwoordelijkheden die ze thuis hebben aan te passen aan het betaalde werk, dan andersom.

Ten slotte zal het duidelijk zijn dat sociale ondersteuning – op het werk, maar ook thuis – een stressreducerende invloed kan hebben en zo tot lager verzuim kan leiden (Allegro & Veerman, 1992).

2.4.3 Determinanten vanuit arbeid en arbeidsomstandigheden

De betekenis van kwaliteit van de arbeid voor het ziekteverzuim is groot. Philipsen bijvoorbeeld stelde in zijn klassiek geworden onderzoek (1969) dat tussen de 50% en 80% van de verschillen in ziekteverzuim tussen organisaties verklaard wordt door organisatiekenmerken.

- Arbeidsinhoud

De inhoud van het werk in de zin van gebrek aan variatie, autonomie en verantwoordelijkheid blijkt een belangrijke determinant van ziekteverzuim te zijn. Over deze taakkenmerken bestaat een uitgebreide onderzoekstraditie. Ekkers en Sanders (1987) bespreken de literatuur over taakkenmerken vanuit een stresstheoretisch perspectief. Daarbij onderscheiden ze verschillende vormen van gebrek aan afstemming tussen persoon en taak, resulterend in over- en onderbelasting, zowel in kwalitatieve als kwantitatieve zin. Tevens wijzen ze op het belang van regelcapaciteit om met deze situaties om te gaan. Met regelcapaciteit wordt het vermogen

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

bedoeld om de eigen activiteiten te controleren en in te delen (De Sitter, 1981). Vanuit de taakinhoud kan ook nog gewezen worden op de rolproblematiek in organisaties. In de stressliteratuur (Kahn e.a., 1964; Winnubst. 1984; Ekkers & Sanders, 1987) komt duidelijk naar voren dat rolconflict, rolambiguïteit en roloverbelasting kunnen leiden tot strains respectievelijk gezondheidsklachten, eventueel resulterend in ziekteverzuim.

- Materiële arbeidsomstandigheden

Uit literatuuroverzichten komt vaak naar voren dat slechtere materiële arbeidsomstandigheden samengaan met een hoger verzuim (Ekkers & Sanders, 1987). Materiële arbeidsomstandigheden omvatten dan fysische en chemische factoren, maar ook bijvoorbeeld ergonomische factoren zoals werkplekinrichting en adequaatheid van gereedschap.

- Arbeidsverhoudingen

Ten aanzien van de arbeidsverhoudingen wordt er een onderscheid gemaakt tussen directe, persoonlijke ondersteuning op het werk en meer instrumentele factoren zoals medezeggenschapsstructuren. De relatie tussen de institutionele structuren wat betreft arbeidsverhoudingen en ziekteverzuim is nooit empirisch onderzocht. De sociale relatie met de directe chefs en collega's heeft wel een duidelijke invloed op ziekteverzuim: hoe beter deze relaties, des te lager het verzuim (Grosfeld, 1988; Smulders, 1984). Hierbij speelt vooral de stressmodererende werking van sociale steun een rol.

- Arbeidsvoorwaarden

Uit de literatuur over determinanten van ziekteverzuim blijken de volgende arbeidsvoorwaardelijke factoren relevant:

1) Salaris en promotiemogelijkheden: een grote satisfactie met salaris en of promotiemogelijkheden hangt samen met een lager ziekteverzuim.

2) Werk- en rusttijden: onderzoek naar de verschillen in verzuim tussen dagdienst en ploegendienst geeft geen consistent beeld te zien. Vermoedelijk komt dit door de zelfselectie van de meer gezonde werknemers bij ploegendiensten, het zogenaamde "healthy worker-effect" (Veerman & Verboon, 1990).

3) Werk(on)zekerheid: de dreiging van werkeloosheid dan wel onzekerheid over het behoud van werk blijkt samen te gaan met hoger ziekteverzuim (o.a. Veerman, 1985; Meems, 1981).

Aangetekend dient te worden dat dit overzicht van determinanten van verzuim niet volledig is. Er kan verder nog gedacht worden aan factoren als organisatiecultuur, leiderschap,

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

verzuimbeleid en diensttijd. Bovenstaand wordt voor deze theoretische inkadering echter als afdoende beschouwd.

2.5 De Verbaannorm

In 1984 werd, naar aanleiding van een grootschalig onderzoek bij Philips, door Verbaan de Verbaannorm ontwikkeld. Met dit verzuimnormberekeningsmodel is het mogelijk een minimumoriëntatie te bepalen voor het verzuimniveau binnen een organisatie(onderdeel). Het normeringsinstument voor het verzuim is een rekeninstrument waarmee de hoogte van het onvermijdbaar verzuim voor een arbeidsorganisatie kan worden bepaald. De theorie achter de verzuimnormering is ontwikkeld door Verbaan tijdens de verzuimprojecten bij de Philips bedrijven in 1984 (Verbaan, 1986).

Een belangrijk uitgangspunt van de Verbaannorm is dat enerzijds leeftijd en anderzijds opleidingsniveau de twee belangrijkste determinanten van verzuim zijn. Uit onderzoek door Verbaan in 1984 bleken leeftijd, opleidingsniveau en geslacht de drie belangrijkste determinanten voor verzuim. Geslacht bleek echter voor een groot deel gemodereerd te worden door opleidingsniveau en is ten behoeve van de eenvoud van het model weggelaten (Verbaan, 1986). Voor leeftijd geldt: hoe hoger de leeftijd hoe hoger het verzuim. Naarmate de medewerkers ouder worden, zullen zij meer kans hebben op ziekten en gebreken. Ook is er minder gemakkelijk vervangend werk te vinden voor de hogere leeftijdsgroepen door functionele veroudering. Voor opleidingsniveau geldt: hoe lager het opleidingsniveau, hoe hoger het verzuim. Op de lagere opleidingsniveaus komt doorgaans meer fysiek belastend werk voor ten opzichte van de hogere opleidingsniveaus. Bijvoorbeeld de kans op bedrijfsongevallen aan de machine of op de bouwplaats is groter dan op kantoor. Ook zijn er doorgaans in de lagere echelons minder mogelijkheden om aangepast werk te vinden. Een bouwvakker bijvoorbeeld kan met een gebroken been niet doorwerken, terwijl iemand op kantoor dit met enkele werkaanpassingen vaak wel kan. De variabelen leeftijd en opleidingsniveau werken cumulatief op de hoogte van het ziekteverzuim. Bijvoorbeeld: oudere werknemers op het laagste opleidingsniveau zullen een grotere kans maken op ziekten en gebreken dan dezelfde leeftijdsgroep op een hoger opleidingsniveau. Het model is zodoende gebaseerd op de combinatie van 5 leeftijdscategorieën met 5 opleidingsniveau-categorieën. Hierdoor ontstaan 25 cellen. In tabel 1 is te zien dat het normmodel bestaat uit afgeronde cijfers en er soms (vooral in de hogere leeftijdscategorieën) grote verschillen bestaan tussen de cellen: de overgang van (HBO, 45-54) naar (HBO, 55-64) is bijvoorbeeld

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

4%, terwijl de overgang van (HAVO/MBO, 25-34) naar (HAVO/MBO, 35-44) slechts 1% is. Onduidelijk is waarop deze onevenredige en vaak grote sprongen bepaald zijn.

Tabel 1: De Verzuimnorm van Verbaan (1986)

Opleidingsniveau	***Leeftijdscategorie***				
	15-25	*25-34*	*35-44*	*45-54*	*55-64*
I = LO	7	8	9	10	12
II = MAVO/LBO	5	6	7	8	10
III = HAVO/MBO	3	4	5	6	10
IV = HBO	1	2	3	4	8
V = WO	-	1	2	3	5

In de rekenmatrix in tabel 1 zijn op basis van de variabelen leeftijd en opleidingsniveau de normen voor onvermijdbaar verzuim bepaald: in 1984 is, na empirisch onderzoek, vastgesteld hoe hoog het minimumverzuim per cel zou kunnen zijn, gezien de gegeven leeftijd en het gegeven opleidingsniveau. Wederom wordt hier opgemerkt dat er grote verschillen voorkomen tussen de cellen. Bijvoorbeeld op het laagste opleidingsniveau in de jongste leeftijdsgroep is de norm op 7% gesteld, maar in de hoogste leeftijdsgroep is de norm op 12% gesteld. Deze onderlinge verhoudingen tussen de verschillende cellen worden in dit onderzoek als een aanname opgenomen. Uit hoofdstuk 7 zal echter blijken dat deze verhoudingen, naar mate het onderzoek vorderde, steeds meer in twijfel zijn getrokken.
De berekening van de verzuimnorm wordt gedemonstreerd in bijlage1.
De Verbaannorm biedt een concrete richtlijn voor organisaties om een doel te stellen ten behoeve van het verzuimbeleid. Het verzuimbeleid dient als managementinstrument om het verzuim en de WAO- instroom te verlagen en de reïntegratie te verhogen. De Verbaannorm is niet meer, maar ook niet minder dan een globale indicatie voor het laagst haalbare verzuimpercentage per combinatie van leeftijdscategorie met opleidingsniveau, en daarmee te gebruiken om een globale indicatie te krijgen van het laagst haalbare verzuimpercentage voor een bepaalde organisatie.
De gehele norm heeft als uitgangspunt dat een verlaging van het verzuimpercentage tot 5% voor Nederland haalbaar is. Deze 5% is gebaseerd op het landelijke verzuimpercentage zoals deze was vóór 1967. In dit jaar werden namelijk de Ziektewet en de WAO ingevoerd waardoor de verzuimdrempel aanzienlijk verlaagd werd, wat weer een immense stijging van het verzuim (tot zo'n 10%) tot gevolg had. Vóór deze invoering echter was het

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

verzuimpercentage 5%. Volgens Verbaan is het dan ook reëel om een verzuimpercentage van 5% na te streven in Nederland. Het ziekteverzuim dat boven de 5% uitstijgt, is volgens Verbaan en van de Loo (1990) namelijk "beïnvloedbaar verzuim".

2.6 Arbeidsoriëntatie

In navolging van Stroink en Andries (1977), wordt arbeidsoriëntatie hier gedefinieerd als een aantal consistente opvattingen over de betekenis van arbeid voor het individu en zijn samenleving. In een door hen uitgevoerde studie werden aan respondenten een serie uitspraken voorgelegd, die iets zeiden over de persoonlijke en maatschappelijke betekenis van arbeid. Door middel van een factoranalyse bleken deze uitspraken opgesplitst te kunnen worden in drie groepen. De drie aldus onderscheiden factoren zijn:

- Een *traditionele arbeidsoriëntatie*:

Mensen met een traditionele arbeidsoriëntatie zijn van mening dat werken een centrale plaats heeft voor iedereen persoonlijk en voor de maatschappij als geheel. Werken wordt als iets vanzelfsprekends voorgesteld: niet willen werken wordt onethisch gevonden. Deze werkhouding wordt 'traditionele arbeidsoriëntatie' genoemd, omdat de zedelijke en morele plicht tot werken er zo sterk in doorklinkt.

- Een *passieve arbeidsoriëntatie*:

De vanzelfsprekendheid van werken wordt hier niet direct aangevochten, alleen de ambitie om binnen dat werken tot persoonlijke ontplooiing te komen, of een hogere maatschappelijke status te bereiken, ontbreekt volledig.

- Een *alternatieve arbeidsoriëntatie*:

Men heeft geen ethische plicht tot werken. Werken dient slechts een instrumenteel doel. Dit is ongeveer het tegenovergestelde van wat in de traditionele arbeidsoriëntatie naar voren komt. Werken wordt hier niet als een morele plicht ervaren, maar als iets dat je alleen moet doen als er dringende noodzaak toe is. Deze houding is veel 'zakelijker' van karakter en ontdaan van de ethische lading die de traditionele arbeidsoriëntatie zo kenmerkt.

Over het algemeen is er vrij weinig literatuur over het begrip arbeidsoriëntatie te vinden, zeker in relatie met ziekteverzuim. Verbaan (1986) heeft onderzoek gedaan naar de arbeidsoriëntatie van bedrijfsartsen en de invloed die deze bedrijfsartsen hadden op het ziekteverzuim binnen de organisaties waar ze werkzaam waren. Bij bedrijfsartsen met een traditionele arbeidsoriëntatie bleek het verzuim in de organisatie lager te zijn dan bij

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

bedrijfsartsen met de overige arbeidsoriëntaties. Bedrijfsartsen met een traditionele arbeidsoriëntatie zijn immers van mening dat mensen een morele plicht tot werken hebben en zij zullen medewerkers dan ook eerder naar het werk sturen dan bedrijfsartsen met bijvoorbeeld een alternatieve arbeidsoriëntatie, zo bleek uit het onderzoek.

2.7 Organisatiebinding

Organisatiebinding ("organizational commitment") wordt gedefinieerd als de identificatie met en de betrokkenheid in een bepaalde organisatie, van een bepaalde medewerker. Hoewel organisatiebinding op verschillende manieren in de literatuur is uitgewerkt, is er in de meeste gevallen sprake van drie algemene thema's: affectieve, continuerende en normatieve commitment (Meyer & Allen, 1987). Onderstaand worden deze drie thema's besproken:

- *Affectieve organisatiebinding*:

In deze optiek wordt organisatiebinding beschouwd als een gevoelsmatige of emotionele gehechtheid van een individu aan de organisatie. Het gehechte individu identificeert zich met, is betrokken bij, en geniet van het lidmaatschap in, de organisatie. Zo beschreef Buchanan (1974) organisatiebinding als een partijdige en gevoelsmatige binding aan de doelen en waarden van de organisatie, in iemands rol in relatie tot die doelen en waarden, en aan de organisatie op zich, afgezien van zijn pure instrumentele waarde.

- *Continuerende organisatiebinding*:

Voor andere auteurs speelt affect een kleinere rol in de conceptualisatie van organisatiebinding. Volgens hen verwijst organisatiebinding naar de waargenomen kosten die geassocieerd worden met het verlaten van de organisatie, zoals het opgeven van een pensioenplan (Becker, 1960). De medewerker is zich bewust van de voordelen die ontstaan uit het lidmaatschap bij de organisatie en de nadelige consequenties die weggaan zouden hebben (Kanter, 1968). Voor Stebbins (1970) is continuerende organisatiebinding het zich bewustzijn van de onmogelijkheid om een andere sociale identiteit te kiezen, vanwege de hoge kosten die hiermee gepaard gaan.

- *Normatieve organisatiebinding*:

Ten slotte een minder vaak voorkomende benadering waarbij organisatiebinding gezien wordt als een oordeel over je verantwoordelijkheid ten opzichte van de organisatie. Wiener (1982) definieerde organisatiebinding als 'de druk om te handelen op een manier die tegemoet komt

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

aan de doelen en belangen van de organisatie'. Mensen blijven bij een bepaalde organisatie omdat dat volgens hen een goede en morele zaak is.

Werknemers met een sterke affectieve organisatiebinding blijven dus bij een bepaalde organisatie omdat ze dat willen; zij met een sterke continuerende organisatiebinding blijven omdat ze wel moeten; en werknemers met een sterke normatieve organisatiebinding blijven bij een organisatie omdat ze vinden dat ze dat verplicht zijn. Overigens dient aangetekend te worden dat deze vormen van organisatiebinding elkaar niet uitsluiten. Affectieve, continuerende en normatieve organisatiebinding kunnen het best gezien worden als afzonderlijke componenten van organisatiebinding. Dat houdt in dat werknemers elk van deze psychologische toestanden gelijkertijd, in variërende mate kunnen ervaren (Meyer & Allen, 1987).
In dit afstudeeronderzoek wordt uitgegaan van het model van Meyer en Allen, gebaseerd op de affectieve, continuerende en normatieve componenten van organisatiebinding.

Er is weinig uitgebreide literatuur omtrent de relaties tussen (de drie afzonderlijke dimensies van) organisatiebinding en ziekteverzuim. In diverse onderzoeken wordt weliswaar een verband tussen de twee gevonden, maar hier blijft het helaas vaak bij. Uit onderzoek van Meyer, Allen en Topolnytsky (1998) komt naar voren dat een individu dat binding aan de organisatie heeft, minder waarschijnlijk vermijdingsgedrag ("withdrawal behaviour") zal vertonen. Deze gedragingen omvatten onder andere ziekteverzuim (Becker, Randall & Riegel, 1995; Stumph & Hartman, 1984). In ander onderzoek werd ook aangetoond dat personen met een sterke organisatiebinding minder waarschijnlijk afwezig zullen zijn van het werk, en minder snel hun baan op zullen zeggen dan hun collega's die minder bij de organisatie betrokken zijn (Williams & Hazer, 1986; Farkas & Tetrick, 1989). Ook is gebleken dat organisatiebinding positief correleert met "aanwezigheid op het werk" ("attendance") (Mathieu & Zajac, 1990). Wanneer gekeken wordt naar de consequenties van de verschillende componenten van organisatiebinding, komt naar voren dat de dimensies van organisatiebinding een verschil uitmaken in het gedrag dat volgt. Hacket, Bycio en Hausdorf (1994) vonden in hun onderzoek naar verzuim bij buschauffeurs een negatieve relatie tussen dit verzuim en affectieve organisatiebinding. In dezelfde studie werd echter geen relatie gevonden tussen verzuim en zowel continuerende als normatieve organisatiebinding.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

2.8 Beheersingsoriëntatie

In 1962 werd door Rotter, Seeman en Liverant het concept locus of control geïntroduceerd. Dit concept, dat door Andriessen (1972) vertaald is als beheersingsoriëntatie, wordt omschreven als de mate waarin een persoon de op zijn gedrag volgende gebeurtenissen ziet als iets dat hij of zij zelf beheerst of als iets dat door externe factoren, zoals toeval, het noodlot of anderen wordt beheerst. Op basis van dit concept zijn twee ideaaltypen te omschrijven, namelijk *interngeoriënteerden*, die van mening zijn dat ze zelf veel gebeurtenissen in de hand hebben en *externgeoriënteerden*, die van mening zijn dat ze zelf geen invloed hebben op gebeurtenissen, omdat deze veroorzaakt worden door factoren buiten henzelf, zoals kans of geluk.

Levenson (1973) was een van de eersten die onderscheid maakte binnen de externe beheersingsoriëntatie. Er moest volgens haar een onderscheid gemaakt worden tussen beheersing door machtige anderen en beheersing door kans of geluk. Factoranalyse op een door haar ontwikkelde vragenlijst leverde de drie beoogde factoren op, namelijk een interne, een machtige anderen, en een kans of geluk beheersingsoriëntatie. Deze structuur werd onder andere door Buttler en Burr (1980) bevestigd.

In dit afstudeeronderzoek zal aangesloten worden bij Levenson, onder andere omdat zij beheersingsoriëntatie ziet als een multidimensionaal construct, en interne en externe beheersingsoriëntatie behandelt als afzonderlijke dimensies en niet als de polen van een continuüm.

Ook over de samenhang tussen beheersingsoriëntatie en ziekteverzuim is maar in beperkte mate literatuur beschikbaar, dat terwijl er over beheersingsoriëntatie op zich een breed scala aan onderzoeksliteratuur te vinden is. De impact van beheersingsoriëntatie op verzuim is desalniettemin interessant. Interngeoriënteerden zijn van mening dat gezondheid wezenlijk iets is waar ze tot op zekere hoogte controle over hebben door geschikte gewoonten. Zij nemen dus meer verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en hebben betere gewoonten wat betreft hun gezondheid. Als gevolg hiervan zijn interngeoriënteerden minder vaak ziek waardoor hun ziekteverzuim over het algemeen lager is dan dat van externgeoriënteerden (Keller, 1983). Spector (1982) concludeerde uit onderzoek ook dat personen die hoog scoren op externaliteit minder tevreden zijn met hun werk, meer verzuimen, meer vervreemd zijn van de werkomgeving en minder betrokken zijn bij hun werk dan interngeoriënteerden.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Hoofdstuk 3 Het theoretisch kader voor de inschatting van het laagst haalbare ziekteverzuim

Uit het voorgaande hoofdstuk is gebleken dat arbeidsoriëntatie, organisatiebinding en beheersingsoriëntatie een directe invloed hebben op de individuele keuze om wel of niet te verzuimen. Verzuim is hier als een individueel keuzeproces afgespiegeld. In dit hoofdstuk wordt ziekteverzuim meer in zijn sociale context geplaatst, waardoor onder andere duidelijk wordt dat arbeidsoriëntatie, organisatiebinding en beheersingsoriëntatie tevens van invloed kunnen zijn op de inschatting die mensen maken omtrent laagst haalbare verzuimpercentages.

3.1 De verzuimcultuur, de verzuimnorm en attitudes

Organisatiecultuur in zijn algemeen wordt hier gedefinieerd als "gedeelde realiteiten" die bestaan binnen een bepaalde groep mensen in een organisatie. Een organisatiecultuur is opgebouwd uit de bestuursstructuur van de organisatie, uit de *normen* binnen de organisatie die opgevolgd worden in de allerdaagse praktijk, en uit de taal die binnen de organisatie gebruikt wordt voor de dagelijkse communicatie. Organisatienormen bepalen het acceptabele gedrag voor alle medewerkers binnen de organisatie (Giddens, 1984).

Binnen organisaties bestaan er ook verzuimculturen en verzuimnormen. De verzuimcultuur wordt door Chadwick-Jones, Nicholson & Brown, (1982) gedefinieerd als "de verzameling van overtuigingen en gebruiken die de verzuimfrequentie en verzuimduur binnen een bepaalde werkgroep of organisatie beïnvloeden." Er bestaan volgens hen wel individuele variaties in verzuim, maar deze verschillen komen slechts voor binnen de grenzen die door de organisatie gesteld zijn. Een andere definitie die hier gegeven wordt is de definitie van Nicholson & Johns (1985): "De verzuimcultuur is de verzameling van gemeenschappelijke opvattingen over de legitimiteit van ziekteverzuim, en de gevestigde gebruiken en gewoontes rondom verzuimgedrag binnen een organisatie".

Uit een empirische studie, uitgevoerd door Chadwick et al. (1982), kwam naar voren dat de verzuimcultuur de verzuimnorm beïnvloedt. De verzuimnorm wordt hier opgevat als het verzuim dat door de medewerkers collectief wordt erkend als geschikt en gepast voor mensen met een bepaalde baan in een bepaalde afdeling of organisatie, gegeven bepaalde omstandigheden van fysieke en sociale aard.

Normen zijn ondermeer gebaseerd op attitudes (Eagly & Chaiken, 1993). Ajzen (1988) definieerde een attitude als een dispositie die bepaalt of men een positieve of een negatieve

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

houding heeft ten opzichte van een bepaald object, persoon, instelling of gebeurtenis. Van arbeidsoriëntatie, organisatiebinding en beheersingsoriëntatie mag redelijkerwijs verwacht worden dat zij invloed hebben op de attitudes die mensen hebben ten opzichte van verzuim en daarmee op de verzuimnorm die prevaleert binnen de verzuimcultuur. Arbeidsoriëntatie en organisatiebinding *zijn* in feite attitudes over respectievelijk arbeid en de organisatie. Beheersingsoriëntatie is niet direct een attitude te noemen maar meer een geneigdheid om gebeurtenissen op een bepaalde consistente manier te evalueren. Gezien de literatuur over arbeidsoriëntatie, organisatiebinding en beheersingsoriëntatie die in de laatste drie paragrafen van het vorige hoofdstuk aan bod is gekomen, wordt verondersteld dat: (1) Mensen met een alternatieve beheersingsoriëntatie een negatievere attitude hebben ten opzichte van ziekteverzuim dan mensen met een passieve dan wel alternatieve beheersingsoriëntatie: de eerste groep is namelijk van mening dat werken iets vanzelfsprekends is waar een zedelijke en morele plicht vanuit gaat. Niet op het werk zijn (bijvoorbeeld door ziekteverzuim) wordt door mensen met een traditionele beheersingsoriëntatie als onethisch ervaren (Stroink & Andries, 1977). Volgens eenzelfde logica wordt aangenomen dat (2) mensen met een sterke (affectieve) organisatiebinding een negatieve attitude hebben ten opzichte van ziekteverzuim. Deze mensen zijn namelijk erg gehecht aan, en betrokken bij de organisatie en zien verzuim als iets wat schadelijk is voor de organisatie waarmee de betrokken persoon zich identificeert (Williams & Hazer, 1986; Farkas & Tetrick, 1989). (3) Mensen met een interne beheersingsoriëntatie tot slot, hebben vermoedelijk een andere attitude ten opzichte van verzuim dan extern georiënteerden. Een intern georiënteerd persoon ziet gebeurtenissen (zoals ziekte en ziekteverzuim) namelijk als iets dat hij of zij zelf beheerst, in tegenstelling tot extern georiënteerden die gebeurtenissen (zoals ziekte en verzuim) toeschrijven aan externe factoren zoals het lot, geluk of kans (Keller, 1983).
Kortom: arbeidsoriëntatie, organisatiebinding en beheersingsoriëntatie beïnvloeden de attitudes die men heeft ten opzichte van ziekteverzuim. Deze attitudes hebben op hun beurt weer invloed op de verzuimnorm die heersend is binnen een verzuimcultuur (Eagly & Chaiken, 1993).

Dat de variabelen arbeidsoriëntatie, organisatiebinding en beheersingsoriëntatie direct, maar ook indirect via de sociale verzuimnorm, invloed hebben op het feitelijke verzuimgedrag, wordt in de volgende paragraaf, mede aan de hand van de 'theory of reasoned action' uitgelegd.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

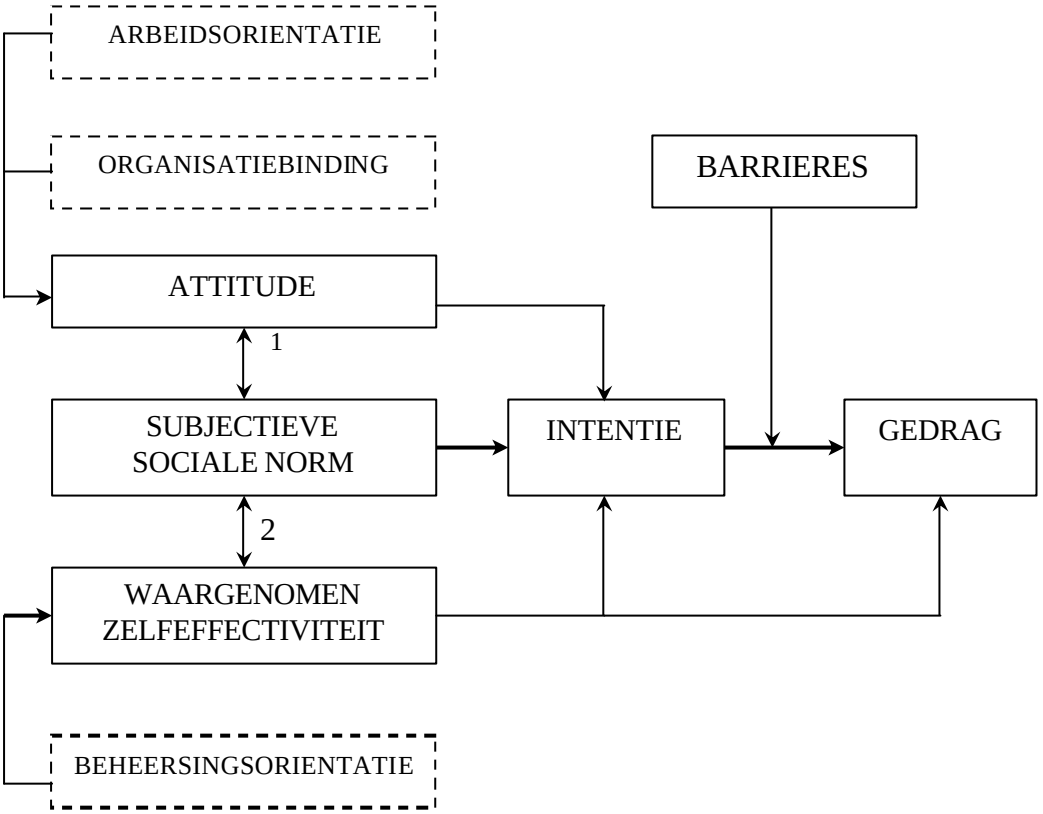
3.2 Theory of reasoned action

Onderzoek over de impact van groepsnormen op ziekteverzuim is erg schaars. Toch kan verwacht worden dat, wanneer groepsnormen sterk de nadruk leggen op een hoge aanwezigheid op het werk, de verzuimpercentages vrij laag zijn, terwijl verzuimpercentages hoog zijn wanneer de groepsnormen periodiek ziekteverzuim toelaten (Geurts, 1994). Steers en Rhodes (1978) hebben het belang van werkgroepnormen opgenomen in een model over ziekteverzuim. Dit model suggereert dat de aanwezigheid op het werk ('attendance') grotendeels een functie is van twee factoren: de *motivatie* om aanwezig te zijn en het *vermogen* om aanwezig te zijn. Een fundamenteel uitgangspunt van hun model is dat de motivatie om aanwezig te zijn de grootste invloed heeft op de werkelijke aanwezigheid. Deze motivatie wordt grotendeels gedetermineerd door een combinatie van (a) de affectieve reacties op het werk (bijvoorbeeld affectieve organisatiebinding), en (b) verschillende interne en externe krachten die druk uitoefenen op de aanwezigheid. Tot deze krachten worden door Steers en Rhodes (1978) heel expliciet de *werkgroepsnormen* gerekend, evenals de arbeidsoriëntatie ('personal work ethic').

De 'theory of reasoned action' (theorie van gepland gedrag) (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen & Madden, 1986) veronderstelt dat de percepties die mensen hebben over de gewenste of ongewenste gevolgen van verzuim, een substantiële impact hebben op de beslissing om wel of niet te verzuimen. De overtuiging dat ziekteverzuim tot bepaalde uitkomsten leidt en de evaluatie van deze uitkomsten, vormen de *attitudes* van mensen ten opzichte van het verzuimgedrag. Wat in de context van dit onderzoek van belang is, is dat de perceptie die mensen hebben van de sociale druk om wel of niet te verzuimen, en de motivatie om aan deze druk te voldoen, de *subjectieve of waargenomen sociale norm* beïnvloeden die mensen hebben ten opzichte van verzuimgedrag. De attitude jegens ziekteverzuim en de subjectieve norm die gerelateerd is aan verzuimgedrag, zijn de voornaamste determinanten van de *intentie* om te verzuimen. Deze intentie wordt gezien als de meest directe voorbode van verzuim*gedrag*. Een derde variabele die later aan het model is toegevoegd (De Vries, Kuhlman & Dijkstra, 1987) en van invloed is op de intentie om te verzuimen en daarmee op het feitelijke verzuimgedrag, is de inschatting van de eigen mogelijkheden om het gedrag succesvol te realiseren: de waargenomen zelfeffectiviteit of gedragscontrole. Modelmatig kan de theorie van gepland gedrag als volgt worden afgebeeld:

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Figuur 4: Schematische weergave van de theorie van gepland gedrag (ontleend aan Ajzen, 1987; De Vries, Kuhlman & Dijkstra, 1987)



De verschillende onderzoeksvariabelen binnen de theorie van gepland gedrag worden kort toegelicht. **Arbeidsoriëntatie** en **organisatiebinding**, als percepties over respectievelijk arbeid en de binding aan de organisatie, hebben beiden invloed op de **attitude** die mensen hebben met betrekking tot verzuim. Met name deze attitude jegens gedrag (in dit geval het ziek melden) is, via de gedragsintentie, bepalend voor het al dan niet uitvoeren van dit gedrag (Fishbein & Ajzen, 1981). Een attitude heeft twee antecedenten: de overweging of 'behavioral belief' (de waarschijnlijkheid die wordt toegekend aan het optreden van bepaalde consequenties van gedrag) en de evaluatie of waardering daarvan.

In de theorie van gepland gedrag wordt verondersteld dat de waargenomen of **subjectieve sociale norm** een belangrijke rol speelt bij het verklaren van gedrag en gedragsintenties. De subjectieve norm bestaat uit de verwachte opvattingen van anderen binnen iemands sociale context ('normative beliefs') en de neiging die men heeft om zich iets aan te trekken van de mening van die anderen ('motivation to comply').

De **waargenomen zelfeffectiviteit** vormt een belangrijke conceptuele aanvulling om gedragsintenties, en daarnaast het rechtsreeks uit te voeren gedrag, te voorspellen. Waargenomen zelfeffectiviteit geeft de inschatting weer die een persoon maakt van diens

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

mogelijkheid om gedrag daadwerkelijk uit te voeren. Ajzen (1988) plaatst deze inschatting in één lijn met de verschillende onderzoeksstromen rondom de functie van 'controle'. Belangrijk is hier dat Ajzen een duidelijk verband legt tussen de waargenomen zelfeffectiviteit en de interne-externe **beheersingsoriëntatie** van Rotter (1966) en de Multi-dimensional Health Locus of Control Scale (Wallston, Wallston en DeVellis, 1978).
Uit de pijlen die in figuur 4 als 1 en 2 genummerd zijn, blijkt dat, naast de directe invloed op de intentie, attitude en waargenomen zelfeffectiviteit een indirect effect hebben op de intentie, namelijk via de subjectieve sociale norm. Arbeidsoriëntatie en organisatiebinding hebben via de attitudes invloed op de sociale norm en beheersingsoriëntatie heeft via de waargenomen zelfeffectiviteit invloed op deze norm.

Dat arbeidsoriëntatie, organisatiebinding en beheersingsoriëntatie van invloed kunnen zijn op de verzuimnorm en daarmee op het werkelijke verzuimgedrag is nu uitgebreid aan bod gekomen. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de invloed die de verzuimnorm kan hebben op de inschatting die mensen maken omtrent het ziekteverzuim van anderen.

3.3 De internalisatie van verzuimnormen

Hill en Trist (1962) hebben het concept van sociale normen voor verzuim geïntroduceerd. Volgens hen zijn er drie opeenvolgende fases te onderscheiden in een socialisatieproces binnen een organisatie. Gedurende het verloop van deze fases wordt de nieuwe medewerker, door modeling en reinforcement, zich steeds meer bewust van in hoeverre ziekteverzuim binnen de organisatie getolereerd wordt en wat de heersende verzuimnorm is. In de laatste fase van dit model realiseert de medewerker zich volledig wat de verzuimcultuur binnen de organisatie is, maakt zich de verzuimnorm eigen (internalisatie), en gaat zich conform deze norm gedragen.
Van de responsgroep in dit onderzoek, te weten personeelsadviseurs en directie, mag aangenomen worden dat zij zich in hoge mate committeren aan de heersende verzuimnormen binnen een organisatie: zij zijn over het algemeen immers de beleidsmakers en de persoonlijke verzuimnormen die zij hebben, is van invloed op de algemene verzuimnorm binnen de organisatie. Zij krijgen deze normen niet opgelegd maar hebben ze mede opgesteld. De normen die zij handhaven zijn geïnternaliseerd en worden ook aan anderen binnen de organisatie opgelegd. Door toedoen van de verzuimnormen wordt immers van de

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

medewerkers binnen de organisatie verwacht dat ze zich op een bepaalde manier, namelijk conform de heersende verzuimnorm, gedragen (Verhoeven, 1990).

Dat de heersende, geïnternaliseerde verzuimnorm van invloed is op de inschatting van het laagst haalbare ziekteverzuim voor *Nederland*, wordt in paragraaf 4 uitgelegd aan de hand van "sociale projectie". Eerst wordt er nader ingegaan op normen: normen dienen in werksituaties als een basis voor coördinatie in een groep. Men heeft met meerdere personen te maken in werksituaties, dus er zijn afspraken nodig (normen en regels) waar men zich aan moet houden. De normen en regels geven aan wat men op het werk behoort te doen of eigenlijk zou moeten doen. Ze bepalen wat acceptabel is en wat je redelijkerwijs mag verwachten van mensen binnen je organisatie (Verhoeven, 1990). In een organisatie dragen alle groepsleden bij aan de vorming van groepsnormen, die de medewerkers als leidraad gebruiken bij de keuze om wel of niet te verzuimen. Chadwick-Jones et al. (1982) toonden in een onderzoek aan dat mensen zich geleidelijk aansluiten bij een groepsnorm die door de groep als 'geschikt' wordt beschouwd. De groepsnormen bepalen wat acceptabel verzuimgedrag is en worden toegepast bij de inschatting en beoordeling van het verzuim van anderen binnen de organisatie (Geurts, 1994).

3.4 Sociale projectie

Door het fenomeen 'sociale projectie' uit de sociale psychologie toe te passen, wordt hier uitgelegd dat hetgeen men haalbaar of acceptabel acht voor de eigen groep of organisatie, ook als haalbaar en acceptabel kan worden gezien voor anderen die buiten de organisatie staan. Dit wordt duidelijk door de definities van sociale projectie in ogenschouw te nemen.
Kennis over de waarschijnlijke attitudes, gedragingen en persoonlijkheidstrekken van anderen is fundamenteel voor sociaal gedrag. Wanneer men voorspellingen doet of inschattingen geeft over het gedrag van anderen, en er is geen directe sociale informatie bekend over deze anderen, wordt er volgens het principe van sociale projectie vaak vanuit gegaan dat deze mensen hetzelfde en op dezelfde manier denken, voelen en zich gedragen (Clement & Krueger, 2002). Dit impliceert dat hetzelfde oordeel op iedereen wordt geprojecteerd.
Sociale projectie betekent dat onze sociale voorspellingen bevooroordeeld zijn in de richting van onze eigen afzonderlijke posities, op een manier die de perceptie van onze gelijkheid met anderen versterkt (Krueger, 2000). Mensen hebben de opvatting dat de meeste anderen ons standpunt ten opzichte van een bepaalde kwestie delen. Zelfs wanneer er wel informatie

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

bekend is over de ander(en) waarover een voorspelling of inschatting gemaakt moet worden, speelt sociale projectie nog steeds een rol (Jones, 2003). Tot slot beschrijft Jones (2003) sociale projectie als volgt: projectie is het proces waarin meer gewicht wordt gegeven aan het eigen standpunt dan aan alternatieve standpunten, bij het maken van sociale voorspellingen. Dit resulteert in de perceptie dat de meeste anderen hetzelfde standpunt innemen als wij.

De praktische relevantie van sociale projectie in dit onderzoek is dat sociale projectie onze perceptie van de sociale werkelijkheid vormt, door deze op één lijn te plaatsen met onze eigen opvattingen, meningen, attitudes, percepties, normen, gedrag etc. Sociale projectie speelt dus duidelijk een rol bij het voorspellen of inschatten van het gedrag van anderen, zo is onder andere gebleken uit onderzoek van van Boven en Loewenstein (2003).
In dit onderzoek wordt verwacht dat, in navolging van de sociale projectietheorie, mensen hun eigen verzuim en de daaraan ten grondslag liggende attitudes en sociale normen toepassen en gebruiken als referentiekader bij de inschatting die ze maken van het verzuim van anderen mensen: de inschatting van het laagst haalbare ziekteverzuimpercentage voor Nederland.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Hoofdstuk 4 Het onderzoek

4.1 Probleemstelling

Organisaties hebben baat bij een laag ziekteverzuim. Het is dan ook van belang dat ze een instrument tot hun beschikking hebben, met behulp waarvan ze concrete doelstellingen kunnen formuleren ten behoeve van hun ziekteverzuimbeleid. De Verbaannorm, indicatie voor het laagst haalbare verzuimpercentage binnen een organisatie, is een dergelijk instrument. Sinds de ontwikkeling van deze norm, te weten 1984, is er echter het een en ander veranderd in de Nederlandse samenleving. Ook is er bij (de klanten van) Falke & Verbaan een behoefte ontstaan aan een (subjectieve) maatschappelijk geaccepteerde norm voor het laagst haalbaar verzuim; een norm waar organisaties achter staan. Het voordeel van een dergelijke maatschappelijk geaccepteerde verzuimnorm is namelijk dat het de kans vergroot dat de organisatie draagvlak creëert voor de gestelde verzuimdoelen, en deze uiteindelijk ook bereikt. De vraag is, na 20 jaar, of de Verbaannorm verbeterd kan worden.

4.2 Doelstelling

De bovenstaande probleemstelling leidt tot het volgende doel: vast stellen of de huidige Verbaannorm reëel is of eventueel herijkt dient te worden, en de daadwerkelijke herijking van de norm (indien nodig). Tevens wordt er naar gestreefd inzicht te verkrijgen in de samenhang van de inschatting van het laagst haalbare verzuim voor Nederland met ‘arbeidsoriëntatie’, ‘organisatiebinding’ en ‘beheersingsoriëntatie’.

4.3 Vraagstelling

De volgende vraagstellingen staan centraal in dit onderzoek:

1. Is het uitgangspunt van 5% van de huidige Verbaannorm reëel? Ofwel: dient de Verbaannorm herijkt te worden?
2. Wat is de is de “inschatting die respondenten maken omtrent het laagst haalbare ziekteverzuimpercentage voor Nederland”, en welke factoren beïnvloeden deze inschatting? Wat is de samenhang tussen de ILHV en de variabelen ‘arbeidsoriëntatie’, organisatiebinding’ en ‘beheersingsoriëntatie’?

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

4.4 Hypothesen en verwachtingen

De onderzoeksvragen en hypothesen die respectievelijk beantwoord dan wel getoetst gaan worden om het doel van het onderzoek te bereiken, zijn onderverdeeld in twee categorieën, namelijk exploratief en toetsend.

4.4.1 Het exploratieve deel: onderzoeksvragen 1 t/m 4

Onderzoeksvraag 1: *Wijkt de ILHV af van de huidige Verbaannorm van 5%?*

Onderzoeksvraag 2: *Bestaat er een verschil in de ILHV tussen respondenten uit verschillende sectoren?*

Onderzoeksvraag 3: *Bestaat er een verschil in de ILHV tussen respondenten die bekend zijn met de visie op verzuim van Falke & Verbaan en respondenten die niet bekend zijn met deze visie? (de visie is als volgt omschreven: "verzuim is gedrag waar keuzes aan ten grondslag liggen")*

Onderzoeksvraag 4*: Bestaat er een verschil in de ILHV tussen de functies (hoofd) P&O (adviseur) en directeur?*

4.4.2 Het toetsende deel: hypothesen 1 t/m 7

Hypothese 1a en 1b:

Verwacht wordt dat de respondenten het werkelijke verzuimpercentage van de eigen organisatie/ sector als uitgangspunt gebruiken, bij het maken van de inschatting van het laagst haalbare verzuim voor Nederland. Dit is als het ware een vorm van "anchoring" (verankering). Anchoring, een fenomeen dat zijn oorsprong vindt in de sociale psychologie, betekent dat willekeurige en irrelevante uitgangspunten een grote impact kunnen hebben op onze inschattingen en beoordelingen (Strack & Mussweiler, 1997). In dit geval zou dat betekenen dat het werkelijk verzuim binnen de organisatie/ sector als anker wordt gebruikt voor de ILHV. Wanneer mensen ergens een inschatting van moeten maken, zijn ze volgens de anchoringtheorie geneigd een onvoldoende aanpassing te maken van het anker. De hoogte van het anker bepaald de hoogte van de inschatting. Het werkelijke verzuim wordt dus vermoedelijk als een referentiekader gebruikt. Nu is het werkelijke verzuim binnen de organisatie/ de sector niet geheel willekeurig of irrelevant, wat pleit voor een grotere

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

waarschijnlijkheid dat het gebruikt wordt als 'anker' voor de inschatting van het laagst haalbare verzuim voor Nederland. Hypothesen 1a en 1b zijn als volgt geformuleerd:

1a) Er bestaat een positieve samenhang tussen het werkelijke verzuimpercentage in een organisatie en de ILHV van de respondenten binnen die organisatie.

1b) Er bestaat een positieve samenhang tussen het werkelijke verzuimpercentage in een sector en de ILHV van de respondenten binnen die sector.

Hypothese 2:

Wanneer het verzuim van vrouwen wordt gecorrigeerd voor zwangerschaps- en bevallingsverlof, en wordt gestandaardiseerd naar een aantal andere aspecten waarop werkende vrouwen en mannen verschillen (leeftijd, deeltijdwerk, functieniveau, aard van het werk en arbeidsomstandigheden) dan blijkt dat vrouwen geen hoger verzuimpercentage vertonen dan mannen. Wel lijkt het dat zij wat frequenter verzuimen, toch geen groter aantal dagen per jaar dan "vergelijkbare" mannen (Brouwer & Vrijhof, 1989). Desondanks, aangezien vrouwen iets meer verzuimen dan mannen, zouden zij ook een hogere inschatting kunnen geven van het laagst haalbare verzuimpercentage voor Nederland dan mannen. Hypothese 2 luidt dan ook als volgt:

Vrouwelijke respondenten geven een hogere ILHV dan mannelijke respondenten.

Hypothese 3:

Doordat de algemene gezondheidstoestand nauw samenhangt met de leeftijd, wordt vrijwel altijd een verband tussen leeftijd en ziekteverzuim gevonden. Met betrekking tot leeftijd blijkt uit onderzoek dat jongeren vaker verzuimen dan ouderen, maar dat ouderen gemiddeld langer verzuimen (Sinninghe-Damsté, 1993; Hesselink, 1993). Per saldo leidt dat tot een hoger verzuim bij ouderen (Allegro & Veerman, 1992). Verwacht wordt dat het eigen, gemiddeld hogere verzuim bij ouderen ook zijn uitwerking heeft op hun ILHV:

Er bestaat een positieve samenhang tussen de ILHV en de leeftijd van de respondent.

Hypothese 4:

Belangrijke verschillen doen zich voor na uitsplitsing naar opleidingsniveau: het hoogste verzuim kan worden vastgesteld bij de laagst opgeleiden (Porter & Steers, 1973). De interpretatie van deze verschillen is lastig omdat immers het opleidingsniveau sterk bepalend is voor het functioneren en daarmee voor de arbeidsbelasting. Algemeen wordt echter

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

aangenomen dat opleiding, training en ervaring een positieve invloed hebben op de belastbaarheid (Allegro & Veerman, 1992). Er wordt dan ook een lagere ILHV bij de hoger opgeleiden, en een hogere ILHV bij de lager opgeleiden verwacht:
Er bestaat een verschil in de ILHV's tussen de opleidingniveaus, in die zin dat respondenten met een hoger opleidingsniveau een lagere ILHV geven dan respondenten met een lager opleidingsniveau.

Hypothese 5:
Uit onderzoek van Verbaan (1984) bleek bij bedrijfsartsen met een traditionele arbeidsoriëntatie het verzuim in de organisatie waar deze bedrijfsartsen werkzaam waren, lager te zijn dan bij bedrijfsartsen met de overige arbeidsoriëntaties. Het is dan ook goed mogelijk dat respondenten met een traditionele arbeidsoriëntatie het laagst haalbare verzuim voor Nederland lager inschatten dan de respondenten met de overige arbeidsoriëntaties. Hypothese 5 luidt dan ook als volgt:
Er bestaat een negatieve samenhang tussen de ILHV en de score van een respondent op een traditionele arbeidsoriëntatie.

Hypothese 6:
Uit onderzoek van Meyer, Allen en Topolnytsky (1998) komt naar voren dat een individu met binding aan de organisatie, minder waarschijnlijk vermijdingsgedrag ('withdrawal behaviour') zal vertonen. Deze gedragingen omvatten onder andere ziekteverzuim (Becker, Randall & Riegel, 1995; Stumph & Hartman, 1984). Wanneer gekeken wordt naar de consequenties van de verschillende componenten van organisatiebinding, komt naar voren dat de dimensies van organisatiebinding een verschil uitmaken in het gedrag dat volgt. Hacket, Bycio en Hausdorf (1994) vonden bijvoorbeeld in hun onderzoek naar verzuim bij buschauffeurs een negatieve relatie tussen verzuim en affectieve organisatiebinding. In dezelfde studie werd echter geen relatie gevonden tussen verzuim en zowel continuerende als normatieve organisatiebinding. Op basis van deze gegevens is hypothese 6 geformuleerd:
Er bestaat een negatieve samenhang tussen de ILHV en de score van een respondent op een affectieve organisatiebinding.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Hypothese 7:

De impact van beheersingsoriëntatie op verzuim is interessant. Interngeoriënteerden zijn van mening dat gezondheid iets is waar ze tot op zekere hoogte controle over hebben, door geschikte gewoonten. Zij nemen dus meer verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en hebben betere gewoonten wat betreft hun gezondheid. Als gevolg hiervan zijn interngeoriënteerden minder vaak ziek waardoor hun ziekteverzuim over het algemeen lager is dan dat van externgeoriënteerden (Keller, 1983). Hypothese 7 luidt:

Er bestaat een negatieve samenhang tussen de ILHV en de score van een respondenten op een interne beheersingsoriëntatie.

4.5 Onderzoeksdesign

Het onderzoek bevat de volgende **onafhankelijke variabelen:**

- Geslacht: man, vrouw
- Leeftijd
- Functie: P&O, directie
- Opleidingniveau: HAVO/MBO, HBO, WO, anders (LO, MAVO/LBO)
- Sectoren: industrie, gezondheidszorg, overheid, onderwijs en zakelijk/commerciële dienstverlening
- Bekendheid met de visie op verzuim van Falke & Verbaan: wel bekend, niet bekend
- Werkelijke verzuimpercentages van de organisaties
- Werkelijke verzuimpercentages van de sectoren
- Arbeidsoriëntatie: traditioneel, passief en alternatief
- Organisatiebinding: affectieve, continuerende en normatieve organisatiebinding
- Beheersingsoriëntatie: intern, machtige andere en kans –beheersingsoriëntatie

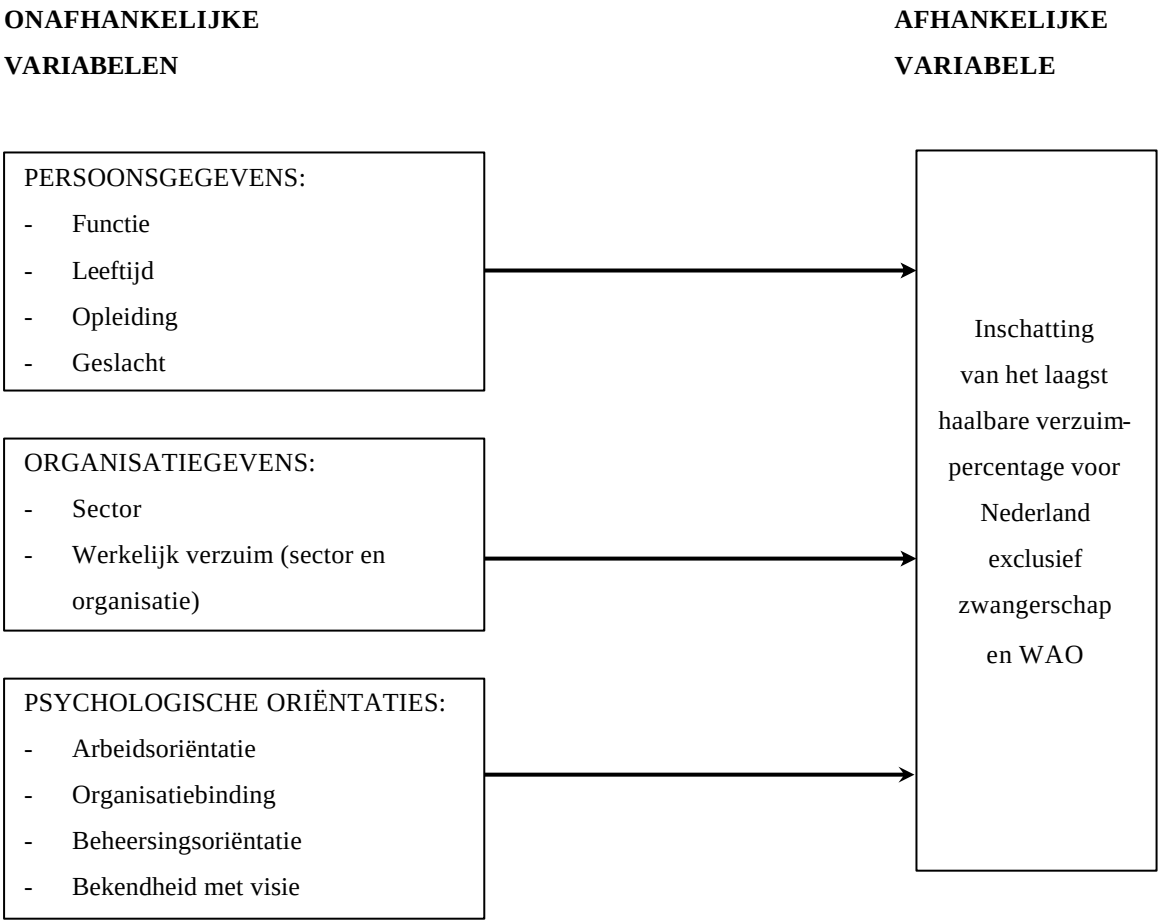
De **afhankelijke variabele** van het onderzoek is:

- De inschatting van het laagst haalbare verzuimpercentage voor Nederland (ILHV).

Het onderzoeksmodel wordt gepresenteerd op de volgende pagina:

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Figuur 5: Schematische weergave van het onderzoeksmodel



Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Hoofdstuk 5 Methoden van het onderzoek

5.1 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit (hoofd) P&O (adviseurs) en directie van verschillende bedrijven. Er is gekozen voor P&O en directie omdat bij hen over het algemeen respectievelijk de kennis en de macht ligt wat betreft het verzuimbeleid binnen een organisatie. In totaal zijn er van 328 organisaties, het hoofd P&O en de directeur (indirect via P&O) benaderd. Van deze 328 organisaties staan er 128 in het klantenbestand van Falke & Verbaan en de overige 200 zijn aselectief aangevraagd bij de Kamer van Koophandel. Hierbij was het enige criterium dat de bedrijven minimaal 50 medewerkers moesten hebben. Er is niet geselecteerd op leeftijd, geslacht, opleiding en dergelijke, omdat verwacht werd dat deze verdeling min of meer evenredig uit zou pakken.Verder zijn de bedrijven die benaderd zijn onder te verdelen in 5 sectoren, namelijk; industrie, gezondheidszorg, overheid, onderwijs en zakelijke/commerciële dienstverlening. Van de 200 organisaties van de Kamer van Koophandel waren er 40 van elke sector. Voor de organisaties die in het klantenbestand staan, was de verdeling echter niet evenredig, dit vanwege de aard van de verdeling van het klantenbestand van Falke & Verbaan. Tabel 2 is een overzicht met onderverdeling naar sector en herkomst van de benaderde organisaties.

Tabel 2: Verdeling over sectoren en herkomst van de benaderde bedrijven.

Sector	***Klantenbestand F&V***	***Kamer van Koophandel***
Industrie	N = 18	N = 40
Gezondheidszorg	N = 53	N = 40
Overheid	N = 20	N = 40
Onderwijs	N = 16	N = 40
Zakel./commerc. dienstverlening	N = 21	N = 40

Voor de aanvang van het onderzoek werd een respons van 150 bedrijven, dat wil zeggen 300 vragenlijsten, als haalbaar en wenselijk geacht. Voor de uiteindelijke respons en de verdeling van de respondenten over de verschillende subjectvariabelen, wordt verwezen naar paragraaf 1 van het volgende hoofdstuk.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

5.2 Keuze van het instrument

Voor dit onderzoek is gekozen voor de vragenlijstmethode. Een volledige weergave van de vragenlijst is gegeven in bijlage 2. Deze vragenlijst bestaat uit enerzijds bestaande vragenlijsten en anderzijds uit zelf ontwikkelde vragen. De totale lijst bevat 8 vragen en 42 stellingen. Het eerste deel van de vragenlijst bestaat uit de 8 zelf ontwikkelde vragen die betrekking hebben op:

- Geslacht, leeftijd, functie en opleidingsniveau van de respondent.
- De sector waarin de respondent werkzaam is.
- Het wel of niet bekend zijn van de respondent met de visie op verzuim van Falke & Verbaan ("verzuim is gedrag waar keuzes aan ten grondslag liggen")
- Het werkelijke verzuimpercentage van de organisatie.
  Per respondent is gevraagd wat het werkelijke, gemiddelde verzuimpercentage is voor de gehele organisatie waarin de respondent werkzaam is. Dit verzuimpercentage dient gebaseerd te zijn op het volledige jaar 2002.
- Wat wordt door de respondenten gezien als het **laagst haalbare verzuimpercentage voor Nederland** (het minimale verzuimniveau)? In de instructie wordt duidelijk vermeld dat het gaat om een reëel laagst haalbaar verzuimpercentage en niet om een gewenst verzuimpercentage.

In het tweede en laatste deel van de vragenlijst worden de onafhankelijke variabelen arbeidsoriëntatie, organisatiebinding en beheersingsoriëntatie bevraagd. Hiervoor zijn de volgende drie bestaande vragenlijsten gebruikt:

- Uitspraken Arbeidsoriëntatie (Stroink & Andries, 1977)

Deze vragenlijst bevat 3 factoren, te weten 'traditionele arbeidsoriëntatie' (item 2, 3 en 6), 'passieve arbeidsoriëntatie' (item 5, 7 en 8), en 'alternatieve arbeidsoriëntatie' (item 1, 4 en 9). De antwoorden worden gegeven op een vijfpuntsschaal (1=helemaal mee oneens, 2=enigszins mee oneens, 3=niet mee eens niet mee oneens, 4=enigszins mee eens, en 5=helemaal mee eens). Er is gekozen voor het gebruik van deze vragenlijst omdat Verbaan in zijn onderzoek uit 1984 ook deze lijst heeft gebruikt. Helaas zijn er geen gegevens over de betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijst bekend. In dit onderzoek zal dan ook een betrouwbaarheidanalyse uitgevoerd worden, en een factoranalyse om te kijken of de

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

hoofdcomponenten ook werkelijk de onderscheiden dimensies zijn. Hiervoor wordt verwezen naar paragraaf 2 van hoofdstuk 6.

- Affective Commitment Scale (ACS), Continuance Commitment Scale (CCS) Normative Commitment Scale (NCS) (Meyer & Allen, 1990)

Voor de operationalisering van organisatiebinding is gebruik gemaakt van drie schalen die samen een vragenlijst over organisatiebinding vormen. Meyer en Allen hebben de drie schalen ontwikkeld om de drie vormen van organisatiebinding te meten. Dit zijn respectievelijk de 'Affective Commitment Scale' (ACS), (item 10, 11, 15, 19 en 22), de 'Continuance Commitment Scale' (CCS), (item 12, 14, 17, 20 en 23) en de 'Normative Commitment Scale' (NCS), (item 13, 16, 18, 21 en 24).
Uit onderzoek door Meyer en Allen (1987) is gebleken dat de drie componenten van organisatiebinding op een betrouwbare manier gemeten kunnen worden door deze drie schalen. Er was sprake van enige overlap tussen affectieve en normatieve organisatiebinding, maar beide waren ze relatief onafhankelijk van de continuerende organisatiebinding. De Nederlandse vragenlijst heeft in totaal 15 items. Iedere schaal heeft 5 items die allen positief geformuleerd zijn. Er zijn 7 antwoordcategorieën (1=volledig mee oneens, 2=sterk mee oneens, 3=enigszins mee oneens, 4=niet mee eens en niet mee oneens, 5=enigszins mee eens 6=sterk mee eens en 7=volledig mee eens). De drie schalen hebben een betrouwbaarheid van .87 (ACS), .75 (CCS) en .79 (NCS) (Meyer & Allen, 1990). In dit onderzoek is gekeken naar de betrouwbaarheid van deze schalen; hiervoor wordt verwezen naar paragraaf 2.1 van hoofdstuk 6.

- Multi-dimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) (Wallston, 1978)

Wallston, Wallston en DeVellis (1978) hebben een vragenlijst ontwikkeld die geschikt is om de beheersingsoriëntatie ten aanzien van gezondheid te meten, te weten de "Multidimensional Health Locus of Control scale". Aangezien het in dit afstudeeronderzoek gaat om verzuimpercentages en de inschattingen daarvan, lijkt het gepast om voor de operationalisering van de beheersingsoriëntatie, gebruik te maken van de MHLC. Dit meetinstrument is specifiek gericht op gezondheid en ziekten waarbij, in navolging van Levenson, (1973) een onderscheid gemaakt is in drie beheersende instanties, te weten de persoon zelf, machtige anderen en kans of geluk. Voor elke beheersende instantie is een aparte schaal ontwikkeld van zes uitspraken met elk een Likert-type antwoordschaal

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

(1=beslist mee oneens, 2=enigszins mee oneens, 3=niet mee een niet mee oneens 4=enigszins mee eens, en 5=beslist mee eens). Deze lijst is naar het Nederlands vertaald door Burink-Withaar, Jansen, Jonkers en Pruyn (Jonkers e.a., 1981). Een factoranalyse (Jonkers e.a., 1981) leidde tot de drie verwachte factoren, namelijk een interne (item 25, 29, 32, 36, 39 en 41), een machtige anderen (item 26, 28, 31, 35, 38 en 42) en een kans-beheersingsoriëntatie (item 27, 30, 33, 34, 37 en 40). Hoewel alle uitspraken de hoogste lading hadden op de voorspelde factor, bleken een aantal uitspraken een relatief lage lading of lage communaliteit te hebben. Mede op basis hiervan en op basis van enkele proefinterviews heeft Halfens (1985) de lijst enigszins aangepast. Halfens heeft ervoor gezorgd dat de 'machtige anderen' één eenduidige beheersende instantie werd, namelijk de arts. Hiervoor moest één vraag aangepast worden. Verdere aanpassingen hebben vooral betrekking gehad op de formulering en het woordgebruik. Alle items zijn overigens positief geformuleerd dus er hoeft bij verwerking van de antwoorden niet meer gespiegeld te worden. De interne consistentie van deze lijst is goed. Wallston e.a. vonden voor de verschillende schalen respectievelijk een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .77 (Internal Health Locus of Control), .67 (Powerful Others Health Locus of Control) en .75 (Chance Health Locus of Control).

5.3 Procedure

De 328 organisaties zijn in de eerste instantie allen benaderd door middel van een onaangekondigde standaardbrief, die eind mei 2003 per post verstuurd is. De brief werd gericht aan de eventuele contactpersoon van Falke & Verbaan of anders aan het hoofd P&O. In de brief is uitleg gegeven over het onderzoek en gevraagd of per organisatie één directielid (bij voorkeur de directeur) en één P&O- lid (bij voorkeur hoofd P&O) bereid waren aan het onderzoek mee te werken. Medewerking hield in dat iedere respondent 10 minuten tijd vrij maakte om één van de twee bijgevoegde vragenlijsten in te vullen. Directie en P&O kregen identieke vragenlijsten met dezelfde instructies. De vragenlijst is opgenomen in bijlage 2.
In de brief was het verzoek opgenomen, de vragenlijsten zo snel mogelijk, doch uiterlijk 11 juni te retourneren naar een antwoordnummer. Aan de brief werd naast de antwoordenveloppe een antwoordkaart toegevoegd, waarop de respondenten aan konden geven of ze na de afronding van het onderzoek een samenvatting van de resultaten wilden ontvangen, en of kans wilde maken op één van de drie vrijkaarten voor een themamiddag georganiseerd door Falke & Verbaan, ter waarde van minimaal 300 euro.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Wanneer de organisatie geen medewerking wilde verlenen werd de lezer verzocht dit op de antwoordkaart of via een korte e-mail aan te geven. Toen er na de uiterlijke inleverdatum van de vragenlijst onvoldoende respons was, is de uiterste inleverdatum 3 weken opgeschoven en zijn vanaf 2 juli nagenoeg alle organisaties telefonisch benaderd. In deze gesprekken werd gevraagd of de vragenlijsten aan waren gekomen (dit bleek in veel gevallen niet zo te zijn), en zo ja, of ze alsnog ingevuld en opgestuurd konden worden. Wanneer de vragenlijsten niet waren aangekomen werden ze, met goedkeuring van de desbetreffende organisaties, opnieuw verstuurd. Veel organisaties waren vanwege vakantie(drukte) niet in staat aan het onderzoek mee te werken. Aan de personen van deze organisaties is dan telefonisch gevraagd wat zij achtten dat het laagst haalbare verzuimpercentage voor Nederland is. Dit leverde nog een groot aantal inschattingen van het laagst haalbare verzuim op. Als resultaat van al deze telefoontjes zijn de vragenlijsten aan ruim 100 bedrijven opnieuw opgestuurd. Dit alles had tot gevolg dat de respons meer dan verdubbeld werd. Voor een precieze uiteenzetting van de respons wordt verwezen naar paragraaf 1 van hoofdstuk 6.

5.4 Statistische methoden

In deze paragraaf komen de gebruikte statistische methoden aan bod. Allereerst zal kort in worden gegaan op de manier waarop de Verbaannorm herijkt gaat worden, mocht dit nodig blijken.

5.4.1 Herijken van de Verbaannorm

Het herijken van de Verbaannorm zal als volgt gebeuren: allereerst wordt het gemiddelde van alle ILHV's genomen. Deze uitkomst wordt gedeeld door de huidige Verbaannorm van 5%. De Verbaannorm per cel, zoals vastgesteld in 1984 door Verbaan (zie tabel 1), wordt vervolgens vermenigvuldigd met deze factor.

Een oogmerk van het afstudeeronderzoek is het bereiken van een nieuwe, subjectieve en geaccepteerde verzuimnorm voor Nederland (indien nodig). Deze nieuwe norm voor Nederland wordt vervolgens berekend door de resultaten ((gemiddelde inschatting LHV ÷ 5%) x huidige Verbaannorm per cel) voor ieder van de 25 cellen te vermenigvuldigen met de werkzame beroepsbevolking verdeeld over deze 25 cellen. In bijlage 3 staat de verdeling van de werkzame beroepsbevolking van 1992 over de 25 cellen.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

5.4.2 Keuze van de statistische methoden

Voordat de gebruikte statistische methoden aan bod komen, worden eerst de drie betrouwbaarheidsanalyses, uitgevoerd op de drie bestaande vragenlijsten, beschreven ('Uitspraken Arbeidsoriëntatie', 'Affective/Continuance/Normative Commitment Scale' en 'Multi-dimensional Health Locus of Control Scale'). Als maat voor de betrouwbaarheid van de vragenlijsten is gewerkt met de interne consistentie, die wordt bepaald aan de hand van de Cronbach's Alpha. Ook zijn op de drie lijsten (indien de betrouwbaarheid dit toe liet) factoranalyses uitgevoerd. Dit is gebeurd om te onderzoeken of de dimensies die volgens de makers van de vragenlijsten te onderscheiden zijn, ook daadwerkelijk terug worden gevonden bij deze data. Bij de factoranalyses is varimax geroteerd en rekening gehouden met het Kaiser-Meyer-Olkin criterium.

Een **Independent-Samples T-test** is ingezet bij de *onderzoeksvragen 1*, *3* en *4* en bij *hypohese 2*. Bij deze onderzoeksvragen en bij de hypothese moest bepaald worden of twee bepaalde groepen respondenten significant van elkaar verschilden op de afhankelijke variabele ILHV. De gemiddelde ILHV's van de volgende groepen werden steeds met elkaar vergeleken, en bepaald of ze significant van elkaar verschilden:

- respondenten die de gehele vragenlijst hebben ingevuld en respondenten die hun ILHV over de telefoon hebben gegeven zonder de andere vragen in te vullen;
- respondenten die wel en respondenten die niet bekend zijn met de visie op verzuim van Falke & Verbaan;
- respondenten met de functie (hoofd) P&O (adviseur) en directeur;
- mannelijke en vrouwelijke respondenten.

De nulhypothese, die tweezijdig getoetst is bij de onderzoeksvragen 1, 3 en 4, en eenzijdig getoetst is bij hypothese 2, stelt dat de gemiddelden van de twee groepen aan elkaar gelijk zijn. Alvorens de daadwerkelijke T-toets uit te voeren is er steeds een Levene's test voor gelijke populatievarianties uitgevoerd.

Bij *onderzoeksvraag 1* werd bepaald of het verschil tussen de ILHV's en de huidige Verbaannorm van 5% significant is. Hiervoor werd een **One Sample T-test** uitgevoerd. De nulhypothese, die tweezijdig getoetst is, stelt dat het steekproefgemiddelde (de gemiddelde ILHV) gelijk is aan het populatiegemiddelde (de huidige Verbaannorm van 5%). Wanneer

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

deze t-toets significant is, wordt deze nulhypothese verworpen en wordt de Verbaannorm herijkt.

Bij *onderzoeksvraag 2* en *hypothese 4* is gebruik gemaakt van een **univariate variantieanalyse**. Hierbij werd getoetst of er een verschil in de ILHV bestaat tussen respectievelijk respondenten die werkzaam zijn in de verschillende sectoren en respondenten met verschillende opleidingsniveaus. De nulhypothese, die bij onderzoeksvraag 2 tweezijdig en bij hypothese 4 eenzijdig getoetst is, luidt dat de groepsgemiddelden aan elkaar gelijk zijn. Een post hoc toets (Bonferroni) is uitgevoerd wanneer bleek dat de t-toets significant was, er kon dan gekeken worden welke groepen (bijvoorbeeld sectoren) precies van elkaar verschilden. Een voorwaarde voor de post hoc toest is dat de varianties gelijk zijn en daarom is ook steeds een Levene's test uitgevoerd.

Er is gekozen voor de **Pearson's pruduct-moment correlatie** bij de *hypothesen 1a, 3, 5, 6* en *7*. Hierbij wordt de samenhang bekeken van de ILHV met respectievelijk: het werkelijke ziekteverzuimpercentage binnen de organisatie waar de respondent werkzaam is; de leeftijd van de respondent; de score van een respondent op een arbeidsoriëntatie; de score van een respondent op een component van organisatiebinding; en de score van een respondent op een beheersingsoriëntatie.

Bij *hypothese 1b* zou aanvankelijk ook een product-moment correlatie toegepast worden, was het niet zo dat deze vraag is komen te vervallen. Er waren via het Centraal Bureau voor de Statistiek namelijk geen eenduidige verzuimcijfers voor de vijf sectoren over 2002 te vinden. Door het CBS wordt een andere onderverdeling in sectoren gemaakt dan in onderverdeling die in dit onderzoek is gehanteerd. Het grootste probleem hier was dat door het CBS de sector onderwijs wordt onderverdeeld in de sector overheid, terwijl in dit onderzoek juist onder andere inzicht wilde verschaffen in de verschillen tussen onderwijs en overheid wat betreft de inschatting van het laagst haalbare verzuim.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Hoofdstuk 6 Resultaten

6.1 Beschrijving van de responsgroep

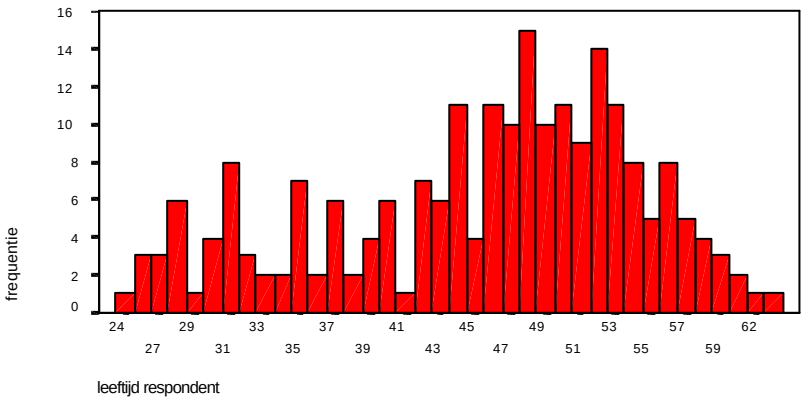
Uiteindelijk zijn er van de 656 verstuurde vragenlijsten 221 ingevuld retour gekomen, wat een respons van 34% indiceert. Van deze vragenlijsten zijn er vier niet in de analyses opgenomen omdat het ging om lijsten die dubbel waren ingevuld. In totaal zijn er dus 217 bruikbare vragenlijsten teruggekomen, die afkomstig zijn van 149 organisaties: 68 organisaties hebben twee vragenlijsten retour gestuurd en nog eens 81 organisaties hebben één vragenlijst teruggestuurd. Een beschrijving van deze onderzoeksgroep in de vorm van een verdeling over de subjectvariabelen evenals de respons per sector, wordt gepresenteerd in tabel 3:

Tabel 3: Verdeling van de onderzoeksgroep over de subjectvariabelen en de respons per sector

Geslacht	***Functie***	***Opleidingsniveau***	***Sector***	***Bekendheid met visie op verzuim***
Man N= 132	P&O N= 152	HAVO/MBO N= 8	Industrie N= 34 (30%)	Bekend N= 140
Vrouw N= 85	Directie N= 65	HBO N= 126	Gez.zorg N= 84 (45%)	Onbekend N= 77
		WO N= 83	Overheid N= 46 (38%)	
			Onderwijs N= 26 (23%)	
			Dienstverlening N= 27 (22%)	
Totaal = N= 217	Totaal N= 217	Totaal N= 217	Totaal N= 217	Totaal N= 217

De leeftijd van de responsgroep varieert van 24 t/m 63 jaar, met een gemiddelde van 45. Figuur 6 geeft de verdeling over leeftijd van de responsgroep nauwkeurig weer:

Figuur 6: Frequentieverdeling over leeftijd van de responsgroep



Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Zoals vermeld in de procedure (hoofdstuk 5) is telefonisch aan een aantal bedrijven die niet mee wilden werken, gevraagd of zij een inschatting konden geven van het laagst haalbare verzuimpercentage voor Nederland in zijn totaliteit. Dit leverde nog eens 57 ILHV's op. In totaal zijn er 272 inschattingen van het laagst haalbaar verzuimpercentage gegeven. In tabel 4 worden enkele beschrijvende maten van de ILHV en het werkelijke verzuim binnen de organisaties weergegeven.

Tabel 4: Beschrijvende maten van het ILHV en het werkelijke verzuim binnen de organisaties.

Variabele	***N***	***M***	***SD***	***minimum***	***maximum***	***SE***
Werkelijke verzuim%	215	6,74	2,05	,00	13,20	0,14
ILHV	272	4,25	1,14	1,00	8,00	0,07

6.2 Overige resultaten

Allereerst komen in deze paragraaf de resultaten van de drie betrouwbaarheidsanalyses en de factoranalyses per schaal aan bod. Vervolgens zullen de resultaten per onderzoeksvraag en per hypothese gepresenteerd worden.

6.2.1 Betrouwbaarheidanalyse en factoranalyse per subschaal

Om te beginnen zijn er een aantal betrouwbaarheidsanalyses uitgevoerd: op de gehele vragenlijst, op de schalen arbeidsoriëntatie, organisatiebinding en beheersingsoriëntatie, en op de verschillende subschalen. De resultaten van deze analyses zijn gepresenteerd in tabel 5. Op de items per schaal zijn bij voldoende betrouwbaarheid vervolgens de factoranalyses uitgevoerd.

Arbeidsoriëntatie

Zoals te zien is in tabel 5 op de volgende bladzijde, is de betrouwbaarheid van de schaal die arbeidsoriëntatie meet erg laag (a = .34). De subschalen alternatieve en passieve arbeidsoriëntatie zijn onvoldoende betrouwbaar en worden niet gebruikt in de verdere analyses. De subschaal traditionele arbeidsoriëntatie heeft een lage betrouwbaarheid van a = .55 maar heeft slechts drie items. Besloten is deze subschaal wel te gebruiken.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Tabel 5: Betrouwbaarheid

Domein	***Aantal Items***	***a***
Gehele vragenlijst	42	.73
Arbeidsoriëntatie	9	.34
- Traditioneel	3	.55
- Alternatief	3	.37
- Passief	3	.01
Organisatiebinding	15	.77
- Affectief	5	.84
- Continuerend	5	.74
- Normatief	5	.66
Beheersingsoriëntatie	18	.62
- Intern	6	.72
- Extern anderen	6	.70
- Extern kans	6	.74

(a = Cronbach's Alpha, maat voor de interne consistentie)

Er is een factoranalyse uitgevoerd op de subschaal traditionele arbeidsoriëntatie, hierbij is varimax geroteerd en rekening gehouden met het Kaiser-Meyel-Olkin criterium: deze was aan de lage kant (KMO = .58) maar voldoende om bij slechts drie items een factoranalyse te rechtvaardigen. Uit deze factoranalyse komt de dimensie "traditionele arbeidsoriëntatie" goed naar voren: alle drie de traditionele items scoren hoog[3] op één en dezelfde component. In de verdere analyses waarin arbeidsoriëntatie een rol had, is om bovenstaande redenen slechts gewerkt met de traditionele component van arbeidsoriëntatie.

Organisatiebinding

Tabel 5 laat ook zien dat de betrouwbaarheid van de schaal 'organisatiebinding', in de vorm van de interne consistentie goed is (a = .77).

Bij de factoranalyse die op deze schaal is uitgevoerd, is wederom varimax geroteerd en is gekeken naar het Kaiser-Meyer-Olkin criterium. Deze was goed te noemen (KMO = .78). Uit de factoranalyses komen vier componenten naar voren: op één component scoren alle vijf de items die affectieve organisatiebinding meten, hoog; op de tweede component scoren drie items die continuerende organisatiebinding meten, hoog; en op de laatste twee componenten scoren de verschillende items van normatieve organisatiebinding, hoog. De dimensies affectieve en continuerende organisatiebinding worden dus in de komende analyses gebruikt,

[3] Een hoge score op een component wil zeggen: een componentlading van groter dan .3.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

maar de dimensie normatieve organisatiebinding wordt in de analyses die nog volgen buiten beschouwing gelaten, aangezien de items van deze dimensie op twee componenten hoog scoorden.

Beheersingsoriëntatie

De betrouwbaarheid van de schaal die de beheersingsoriëntatie meet, is redelijk (a = .62) te noemen, zo kan geconcludeerd worden uit tabel 5. De betrouwbaarheid van de subschalen beheersingsoriëntatie intern, extern anderen en extern kans is goed, namelijk respectievelijk a = .72, a = .70, en a = .74.

Uit de factoranalyse op de schaal beheersingsoriëntatie, kwamen vier componenten. Bij deze factoranalyse is overigens varimax geroteerd en bleek voldaan te worden aan het Kaiser-Meyer-Olkin criterium (KMO = .76). Op de eerste component scoorden vijf van de zes items die de 'externe beheersingsoriëntaties kans' meten, hoog; op de tweede component scoorden vier items van de dimensie 'interne beheersingsoriëntatie', hoog; en op de derde component scoorden vier van de items die de 'externe beheersingsoriëntatie ander' meten, hoog. Op het vierde component scoorde slecht één item 'externe beheersingsoriëntatie ander' hoog.

Alledrie de dimensies kwamen dus goed naar voren en zodoende is besloten ze op te nemen in de verdere analyses.

6.2.2 Resultaten per onderzoeksvraag/hypothese

Allereerst wordt opgemerkt dat voor alle toetsen, mits anders aangegeven, een significantieniveau van .05 is toegepast.

6.2.2.1 Het exploratieve deel: onderzoeksvraag 1 t/m 4

Onderzoeksvraag 1

Uit de t-toets die staat weergegeven in tabel 6 blijkt dat het gemiddelde van de ILHV's van de 217 respondenten die de gehele vragenlijst hebben ingevuld, en het gemiddelde van de 57 respondenten die slechts hun ILHV over de telefoon hebben medegedeeld, niet significant verschillend is. De gemiddelden van deze groepen zijn 4,28 (SD = 1,13) (vragenlijst ingevuld) en 4,12 (SD = 1,19) (vragenlijst niet ingevuld), met een verschil van 0,16.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Tabel 6: T-toets: vergelijking van de ILHV tussen de groepen die wel en niet de hele vragenlijst hebben ingevuld.

Variabele	***T***	***df***	***p***
ILHV	.92	270	.36

Het feit dat de twee groepen niet significant van elkaar verschillen wat betreft de ILHV, heeft tot gevolg dat alle beschikbare ILHV's samengenomen mogen worden om de gemiddelde ILHV te bepalen. Zoals ook in tabel 4 is weergegeven, is het gemiddelde van al deze ILHV's 4,25 (SD = 1,14).

De t-toets die is gebruikt om te toetsen of het gemiddelde van alle ILHV's (M = 4,25) significant verschillend is van de huidige Verbaannorm van 5%, staat weergegeven in tabel 7.

Tabel 7: T-toets: vergelijking van de gemiddelde ILHV met de huidige Verbaannorm van 5%.

Variabele	***T***	***df***	***P***
ILHV	-10,91	271	.00

Deze toets is wel significant, wat wil zeggen dat de gemiddelde inschatting van het laagst haalbare verzuimpercentage voor Nederland, significant afwijkt van de Verbaannorm. De Verbaannorm zal dus herijkt worden.

Vervolgens is de Verbaannorm daadwerkelijk herijkt zoals omschreven staat bij de methoden in paragraaf 5.1 van hoofdstuk 5: de Verbaannorm per cel is vermenigvuldigd met een factor 0,85 (4,25 ÷ 5) en vervolgens vermenigvuldigd met de werkzame beroepsbevolking (bijlage 3), verdeeld over deze 25 cellen. Dit leverde een nieuwe verzuimnorm van 4,3% op. Voor een uitgebreide uiteenzetting van de nieuwe norm per cel wordt verwezen naar de conclusies in paragraaf 1 van het volgende hoofdstuk.

Voordat wordt voortgezet met de resultaten wordt hier opgemerkt dat bij de komende analyses alleen met de ILHV's van de respondenten die heel de vragenlijst hebben ingevuld, is gewerkt. Dit omdat van de respondenten die hun ILHV slechts over de telefoon hebben gegeven, geen andere subjectvariabelen bekend zijn. Het gemiddelde van deze 215 ILHV's die in de volgende analyses gebruikt worden, is 4,28 (SD = 1,13).

Onderzoeksvraag 2

De univariate variantieanalyse die is uitgevoerd (nadat bleek dat de populatievarianties gelijk

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

waren), om te testen of er een verschil bestaat tussen de verschillende sectoren wat betreft de ILHV, is niet significant gebleken: F (4, 210) = 1.10, $p > .05$. Er bestaat dus geen significant verschil tussen de respondenten uit de verschillende sectoren, wat betreft de ILHV.

Onderzoeksvraag 3

De t-toets die is uitgevoerd (nadat bleek dat de populatievarianties gelijk waren), om te onderzoeken of er een verschil in ILHV bestaat tussen de respondenten die bekend zijn met de visie[4] op verzuim van Falke & Verbaan en de respondenten die niet bekend zijn met deze visie, is niet significant gebleken: t (213) = .56, $p > .05$. Er bestaat dus geen significant verschil in de ILHV tussen respondenten die bekend zijn met de visie en respondenten die dat niet zijn. Wanneer de gemiddelden van deze groepen vergeleken worden wordt het minimale verschil in ILHV ook duidelijk. De gemiddelde ILHV van de respondenten die bekend zijn met de visie is 4,31 (SD = 1,10) en de gemiddelde ILHV van de respondenten die niet bekend zijn met de visie is 4,22 (SD = 1,20)

Onderzoeksvraag 4

Ook bestaat er geen significant verschil in de ILHV, tussen de functiegroepen P&O en directie. Dit bleek uit de t-toets die is uitgevoerd (nadat duidelijk was dat de popultatievarianties gelijk waren) om dit verschil te onderzoeken: t (213) = -.06, $p > .05$.
De gemiddelde ILHV van de P&O -leden is 4,28 (SD = 1,17), en de gemiddelde ILHV van directie is 4,29 (SD = 1,03).
Ook is er gekeken naar een samenhang tussen functie en opleidingsniveau van de respondenten. Zoals redelijkerwijs valt te verwachten kon er een significante, positieve samenhang vastgesteld worden tussen functie en opleidingsniveau (r = .23)

6.2.2.2 Het toetsende deel: hypothese 1 t/m 7

Hypothese 1a

In tabel 8 staat het resultaat van de eenzijdige correlationele analyse die is uitgevoerd om de samenhang tussen het werkelijke verzuimpercentage binnen een organisatie en de ILHV te onderzoeken. Er bestaat een significante, positieve samenhang ($p < .001$) tussen het werkelijke verzuim binnen de organisaties en de ILHV's.

[4] 'verzuim is gedrag waar keuzes aan ten grondslag liggen'.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Tabel 8: Gemiddelden, standaarddeviaties en correlatiecoëfficiënten

	Variabele	***M***	***SD***	***r*** *1*	*2*
1	Werkelijke verzuim	6,74	2,05	-	-
2	ILHV	4,28	1,13	.32*	-

**p = .00 (p < .001)*

Hypothese 2

De t-toets die is uitgevoerd (nadat bleek dat de populatievarianties gelijk waren) om de hypothese te toetsen dat vrouwelijke respondenten een hogere ILHV geven dan mannelijke respondenten, blijkt niet significant te zijn. t (213) = -.52, $p > .05$. De twee groepen verschillen dan ook nauwelijks op de ILHV. De gemiddelde ILHV voor de mannen is 4,24 (SD = 1,07) en de gemiddelde ILHV voor de vrouwen is 4,33 (SD = 1,21).

Hypothese 3

Tabel 9 presenteert de resultaten van de correlationele analyse die is uitgevoerd om de verwachte positieve samenhang tussen de leeftijd van de respondenten en de ILHV te onderzoeken. Er is geen significante (positieve) samenhang gevonden tussen de leeftijd van de respondenten en de ILHV's.

Tabel 9: Gemiddelden, standaarddeviaties en correlatiecoëfficiënten

	Variabele	***M***	***SD***	***r*** *1*	*2*
1	ILHV	4,28	1,13	-	-
2	Leeftijd	45,36	8,957	-.06	-

p = .05

Hypothese 4

Het toetsen van de hypothese of er een significant verschil bestaat tussen respondenten met verschillende opleidingsniveaus wat betreft de ILHV, is komen te vervallen aangezien de toets voor gelijke populatievarianties significant was (p < .05). Verwacht werd dat dit wellicht te wijten was aan de onevenredige verdeling over de opleidingsniveaus (zie tabel 3). Toen echter dezelfde analyse werd uitgevoerd, zonder de 8 respondenten met opleidingsniveau HAVO erin te betrekken, bleek de toets voor gelijke varianties nog steeds significant te zijn (p < .01).

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

6.2.2.2.1 De correlaties van de ILHV met arbeidsoriëntatie, organisatiebinding en beheersingsoriëntatie

In tabel 10 staan de correlaties tussen enerzijds de ILHV en anderzijds de score van de respondenten op respectievelijk een arbeidsoriëntatie (hypothese 5), een component van organisatiebinding (hypothese 6) en een beheersingsoriëntatie (hypothese 7).

Tabel 10: Gemiddelden, standaarddeviaties en correlatiecoëfficiënten

	Variabele	***R***	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
1	ILHV		-	-	-	-	-	-	-
2	Traditionele arbeidsoriëntatie		-.08	-	-	-	-	-	-
3	Affectieve organisatiebinding		-.16*	.11	-	-	-	-	-
4	Continuerende organisatiebinding		.05	-.09	.00	-	-	-	-
5	Externe beheersingsoriëntatie kans		-.05	-.02	-.02	.10	-	-	-
6	Externe beheersingsoriëntatie anderen		-.07	.03	-.04	.11	.00	-	-
7	Interne beheersingsoriëntatie		-.06	.13	-.04	.05	.00	.00	-

**= (p = .05)*

Hypothese 5

Uit tabel 10 is af te lezen dat er geen significante correlatie bestaat tussen de ILHV en de score van de respondenten op een traditionele arbeidsoriëntatie. Hypothese 5 wordt dus verworpen: er bestaat geen significante negatieve samenhang tussen de ILHV's en de score van de respondenten op een traditionele arbeidsoriëntatie.

Hypothese 6

Voor organisatiebinding is er één dimensie significant gecorreleerd met de ILHV. Het gaat om de affectieve organisatiebinding die, zoals verwacht, een negatieve samenhang met ILHV vertoont (r = -.16). De continuerende organisatiebinding vertoont daarentegen geen significante samenhang met de ILHV.

Hypothese 7

Hypothese 7, die stelt dat er een negatieve samenhang bestaat tussen de ILHV' en de score van de respondenten op een interne beheersingsoriëntatie, wordt op basis van de verkregen resultaten verworpen. De correlaties tussen de ILHV en 'interne beheersingsoriëntatie', 'externe beheersingsoriëntatie kans' en 'externe beheersingsoriëntatie ander' zijn in dit onderzoek niet significant gebleken.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Hoofdstuk 7 Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden, naar aanleiding van de resultaten die staan omschreven in het vorige hoofdstuk, de conclusies van het afstudeeronderzoek behandeld. Tevens komen de knelpunten van het onderzoek, in de vorm van een discussie, aan bod. Tot slot worden in dit afsluitende hoofdstuk enkele aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek.

7.1 De herijkte Verbaannorm

Gezien het feit dat de gemiddelde ILHV verschilt van de huidige Verbaannorm van 5%, is de verzuimnorm herijkt. Deze herijking leidde tot een nieuwe, subjectieve norm van 4,3%, waarvan gehoopt wordt dat deze algemeen geaccepteerd is. De herijkte norm is gepresenteerd in tabel 11. Deze 4,3 is een gewogen gemiddelde van alle 25 cellen uit tabel 11. Gewogen omdat het gemiddelde is genomen van alle cellen die vermenigvuldigd zijn met de werkzame beroepsbevolking voor ieder van de 25 cellen. Volgens de respondenten van dit onderzoek is 4,3 dus het laagst haalbare ziekteverzuimpercentage voor Nederland in zijn totaliteit, exclusief zwangerschap en WAO. De nieuwe norm van 4,3% is een norm die organisaties, verspreid over Nederland en verschillende sectoren, zelf hebben aangedragen en waarvan verwacht kan worden dat ze zich hierin kunnen vinden. De kracht van de nieuwe norm, waarvan gehoopt wordt dat deze algemeen geaccepteerd is, is dat het de kans kan vergroten dat organisaties een breed draagvlak bereiken voor de gestelde verzuimdoelen en deze daardoor uiteindelijk ook bereiken. Het advies aan Falke & Verbaan is dan ook om in de toekomst met deze nieuwe norm te rekenen, wanneer de hoogte van het onvermijdbaar verzuim voor een arbeidsorganisatie bepaald wordt.

Tabel 11: De herijkte Verbaannorm

Functieniveau	***Leeftijdscategorie***				
	15-25	*25-34*	*35-44*	*45-54*	*55-64*
I = LO	5,9	6,8	7,6	8,5	10,2
II = MAVO/LBO	4,2	5,1	5,9	6,8	8,5
III = HAVO/MBO	2,5	3,4	4,2	5,1	8,5
IV = HBO	0,8	1,7	2,5	3,4	6,8
V = WO	-	0,8	1,7	2,5	4,2
Totaal					**4,3***

** gemiddelde van: cellen x werkzame beroepsbevolking*

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Een knelpunt bij de herijking van de Verbaannorm is dat de originele Verbaannorm bestaat uit afgeronde cijfers, en de onafgeronde cijfers niet meer te achterhalen zijn. Dit heeft wellicht tot gevolg dat de nieuwe, herijkte norm, die immers gebaseerd is op de onafgeronde, originele norm, ook minder precies van aard is.

Een punt van kritiek op de originele Verbaannorm zou kunnen zijn dat ervan uit wordt gegaan dat mensen met een lager opleidingsniveau meer verzuimen dan mensen met een hoger opleidingsniveau. Dit gezien het feit dat op de lagere opleidingsniveaus doorgaans meer fysiek belastend werk voorkomt. Hierbij wordt echter geen rekening gehouden met emotionele en mentale belasting die bij de hogere opleidingsniveaus wellicht juist hoger ligt.

In dit afstudeeronderzoek zijn de onderlinge verhoudingen tussen de percentages in de cellen van de originele Verbaannorm, als aanname opgenomen. Aanbevolen wordt echter om in toekomstig onderzoek toch nog goed naar deze verhoudingen te kijken. Wanneer men namelijk kijkt naar de verzuimnorm van Verbaan, (zowel de originele als de herijkte) valt op dat met name in de hogere leeftijdscategorieën met de wat hogere opleidingsniveaus, de sprongen van de ene naar de volgende cel wel erg groot zijn. De sprong van (HBO, 45-54) naar (HBO, 55-64) is bij de herijkte norm bijvoorbeeld 3,4%. Dit houdt op dit opleidingsfunctieniveau in, dat een toename in leeftijd van 10 jaar, leidt tot een verhoging van het laagst haalbare verzuimpercentage met 3,4%. Tijdens de uitvoering van dit afstudeeronderzoek zijn bij deze verhoudingen de nodige vraagtekens gezet. De grote sprongen bij de oudere leeftijdscategorieën zijn wellicht te wijten aan het gegeven dat ten tijde van de ontwikkeling van de Verbaannorm, de WAO bij oudere medewerkers als een vorm van afvloeiingsregeling werd gebruikt. De WAO is in 1967 al ingevoerd en kende in 1984 een instroom van 88700 personen. Dit is veel, vooral omdat de WAO- instroom de laatste jaren redelijk constant rond de 75000 beweegt (CBS). De WAO wordt voorafgegaan door één jaar ziekteverzuim en dit weegt natuurlijk zwaar mee bij de bepaling van het laagst haalbare verzuim binnen die cellen. Tegenwoordig zijn er meer alternatieven om eerder te stoppen met werken dan verzuim. Te verwachten is dus dat het laagst haalbare ziekteverzuimpercentage bij de oudere leeftijdscategorieën niet meer zo veel hoger is dan bij de jongere leeftijdscategorieën, zoals de Verbaannorm veronderstelt.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Op basis van de bovenstaande drie punten is het wellicht raadzaam om in volgend onderzoek een geheel nieuwe verzuimnorm te ontwikkelen. Men zou dan ook rekening kunnen houden met emotionele en mentale belasting in de hogere opleidingsniveaus, en het probleem van de afgeronde cijfers komt bij de ontwikkeling van een nieuwe norm vanzelfsprekend te vervallen. Ook zou er dan bekeken kunnen worden of de verhoudingen tussen de cellen nog reëel zijn, door het werkelijke ziekteverzuim (van bij voorkeur een grote organisatie) toe te passen op de verhoudingen van de Verbaannorm.

Opgemerkt wordt dat de onderzoeksgroep niet geheel aselectief gekozen is. De 200 bedrijven die via de Kamer van Koophandel opgevraagd zijn, zijn wel aselectief. De 128 organisaties uit het klantenbestand van Falke & Verbaan daarentegen niet. Echter, wanneer de gehele onderzoeksgroep 'at random' was gekozen was de verdeling 'wel/niet bekend met de visie op verzuim van Falke & Verbaan waarschijnlijk niet evenredig geweest. In volgend onderzoek zou wellicht een wat meer aselect gekozen steekproef gehanteerd kunnen worden.

7.2 De onderzoeksvragen

Onderzoeksvraag 2

Allereerst bestaat er wat betreft de ILHV, geen significant verschil tussen de respondenten uit de sectoren industrie, gezondheidszorg, overheid, onderwijs en zakelijke/commerciële dienstverlening. De respondenten uit al deze sectoren vinden dus nagenoeg hetzelfde ziekteverzuimpercentage laagst haalbaar voor Nederland, namelijk 4,3%. Enkele klanten van Falke & Verbaan hebben in het verleden te kennen gegeven dat naar hun mening de Verbaannorm niet op alle sectoren evenveel van toepassing is. De gezondheidszorg zou bijvoorbeeld een hogere norm moeten hebben aangezien het werkelijke verzuim daar ook hoger is dan in de overige sectoren. De uitkomst van deze onderzoeksvraag pleit echter niet voor het feit dat het nodig is een dergelijke gedifferentieerde verzuimnorm voor de verschillende sectoren te ontwikkelen: de respondenten uit de vijf verschillende sectoren van dit onderzoek vinden immers hetzelfde haalbaar voor Nederland. Wanneer echter gevraagd zou zijn naar wat de respondenten haalbaar vinden voor de sector waarin zij zelf werkzaam zijn, zou er wellicht wel een verschil tussen sectoren aangetoond kunnen worden. Wellicht is het interessant om hier in toekomstig onderzoek naar te kijken. De reden dat in dit onderzoek niet is gevraagd naar de inschatting van het verzuim voor de eigen sector, is gelegen in het

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

doel de Verbaannorm te herijken, waarbij de Verbaannorm een verzuimnorm is voor heel Nederland en niet voor aparte sectoren.

Voor de aanvang van het onderzoek werd gevreesd dat de verdeling van de responsgroep over de sectoren niet evenredig zou zijn. Dit vooral omdat het klantenbestand van Falke & Verbaan ook niet evenredig verdeeld is over deze sectoren. Er staan bijvoorbeeld veel meer gezondheidszorginstellingen in dat bestand dan organisaties uit de industriële sector. De verdeling van de responsgroep over de sectoren staat weergeven in tabel 3 van hoofdstuk 6. Hieruit valt af te lezen dat deze onderverdeling inderdaad niet evenredig is. Er zijn bijvoorbeeld meer dan drie keer zoveel respondenten uit de gezondheidszorg dan uit het onderwijs.

Onderzoeksvraag 3

Een andere conclusie die getrokken kan worden is dat het wel of niet bekend zijn met de visie op verzuim van Falke & Verbaan geen invloed heeft op de ILHV. Er bestaat namelijk geen verschil in de ILHV's tussen respondenten die bekend zijn met deze visie en respondenten die dat niet zijn. De visie van op verzuim van Falke & Verbaan luidt: 'verzuim is gedrag waar een keuze aan ten grondslag ligt.' In navolging van het beslissingsmodel van Philipsen (1989), beschouwt Falke & Verbaan verzuim nagenoeg altijd als een keuzeproces; verzuimen is een soort van gedrag waarop invloed uit te oefenen valt. Het bekend zijn met de visie zou dan ook eventueel als gevolg kunnen hebben dat de respondenten verzuim meer als iets beïnvloedbaars zien dan respondenten die niet bekend zijn met de visie, en daarom het LHV voor Nederland lager inschatten. Dit wordt echter niet door de resultaten ondersteund.

Onderzoeksvraag 4

Directie en P&O zijn twee verschillende groepen binnen een organisatie die verschillende baten hebben bij een laag ziekteverzuimpercentage. Directie is over het algemeen vooral op de kostenbesparing gericht die een verzuimreductie met zich meebrengt gericht, terwijl P&O ook gericht is op de gevolgen voor de medewerkers. Gezien deze verschillen moet toch geconcludeerd worden dat de beiden groepen het laagst haalbare verzuimpercentage voor Nederland gelijk inschatten: er bestaat immers geen verschil in de ILHV tussen respondenten met de functies van P&O en directie. De nieuwe, herijkte Verbaannorm wordt dus zowel door P&O als door de directie van de verschillende organisatie onderschreven.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Tijdens de voorbereidingen voor het onderzoek is er bewust gekozen voor P&O en directie als respondenten om het laagst haalbare verzuimpercentage voor Nederland in te schatten. Dit omdat bij hen respectievelijk de kennis en de macht ligt wat betreft het ziekteverzuimbeleid binnen een organisatie. Redelijkerwijs mag aangenomen worden dat zij 'verstand van zaken' hebben wat betreft verzuim en dit is van belang aangezien zij een *inschatting* moeten geven: de kans is klein dat deze twee functiegroepen zomaar iets zullen gokken, wat bij medewerkers van 'de werkvloer' wellicht eerder het geval zou kunnen zijn. Een nadelige consequentie van deze keuze zou echter kunnen zijn dat de herijkte Verbaannorm een onderschatting is van het laagst haalbare verzuim. Hoe je het ook wendt of keert: P&O en directie zijn nu eenmaal gebaat bij een laag ziekteverzuimpercentage, ook al is dat wellicht met verschillende beweegredenen. Wanneer andere groepen (Raad van Bestuur, medewerkers, etc.) ook in het onderzoek waren betrokken was de ILHV wellicht reëler geweest. Aangeraden wordt dan ook om in eventueel volgend onderzoek naar een herijking van de Verbaannorm een meer diverse onderzoeksgroep te creëren. Overigens wordt niet bedoeld dat men dan alleen voor medewerkers moet kiezen: dit zou juist weer een overschatting van het laagst haalbare verzuimpercentage tot gevolg kunnen hebben.

7.3 De hypothesen

Hypothese 1a

Er bestaat een positieve samenhang tussen het werkelijke verzuim binnen een organisatie en de inschatting van het laagst haalbare verzuimpercentage voor Nederland, door de respondenten uit de betreffende organisatie. Dit wil zeggen: hoe hoger het werkelijke verzuim binnen een organisatie, hoe hoger de ILHV, en andersom. Dit resultaat is voor meerdere interpretaties vatbaar: enerzijds kan het betekenen dat de respondenten bij het inschatten van het laagst haalbare verzuim beïnvloed worden door het referentiekader dat ze hebben doordat ze werkzaam zijn binnen een bepaald bedrijf met een bepaald verzuimpercentage. In navolging van de 'anchoringtheorie' wordt het werkelijke ziekteverzuim binnen de organisatie als anker gebruikt, waarvan 'te weinig' wordt afgeweken bij de inschatting van het laagst haalbare ziekteverzuimpercentage voor Nederland. Wat haalbaar is voor Nederland wordt dan als het ware gerefereerd aan wat de werkelijkheid is binnen de eigen organisatie. Anderzijds kan het betekenen dat wanneer de respondenten een bepaald beeld hebben van wat laagst haalbaar is, het werkelijke verzuim binnen de organisatie waarin deze respondenten werkzaam zijn, niet snel onder dit percentage zal uitkomen. De inschatting van het laagst

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

haalbare verzuim fungeert dan als het ware al een “self-fulfilling prophecy” voor het werkelijke verzuimpercentage. Gezien de aard van de data was het niet mogelijk te onderzoeken hoe deze relatie exact loopt.

Hypothese 2

Hypothese 2 is verworpen aangezien de vrouwelijke respondenten geen hogere ILHV geven dan mannelijke respondenten. Zoals blijkt uit de relevante literatuur, verzuimen vrouwen meer dan mannen, wanneer er niet gecorrigeerd wordt voor factoren waarop mannen en vrouwen van elkaar verschillen, zoals onder andere arbeidsomstandigheden, functieniveau en zwangerschap. Dit gegeven heeft in dit onderzoek echter niet tot gevolg dat vrouwen het laagst haalbare verzuimpercentage voor Nederland ook hoger inschatten dan mannen, wat wel een verwachting was van dit onderzoek. Deze uitkomst kan een indicatie zijn van het feit dat de vrouwen in dit onderzoek hun eigen verzuim niet als referentiepunt gebruiken om het LHV in te schatten. Ook is het mogelijk dat, in de onderzoeksgroep die gebruikt is voor dit onderzoek, mannen en vrouwen nauwelijks van elkaar verschillen wat betreft de hoogte van het verzuim, wat weer te wijten zou kunnen zijn aan het feit dat het gaat om een groep hoog opgeleide respondenten uit gelijke functiegroepen (P&O en directie) met dus grotendeels dezelfde baankenmerken. Omdat de mannelijke en vrouwelijke respondenten beiden bestaan uit P&O en directie, wordt er dus als het ware gecorrigeerd voor de factor functieniveau en zou het kunnen dat het werkelijke verzuim tussen de twee groepen niet verschilt. De mannelijke en vrouwelijke respondenten hebben dan een gelijkend referentiekader wat zou kunnen resulteren in een gelijke inschatting van het laagst haalbare verzuim.

Hypothese 3

Uit de resultaten ten aanzien van deze hypothese is gebleken dat er geen samenhang bestaat tussen de ILHV en leeftijd van de respondent. Verwacht werd dat de ILHV zou stijgen met een toename van de leeftijd van de respondenten, want in de onderzoeksliteratuur over dit onderwerp, was gevonden dat ouderen per saldo een hoger verzuim hebben dan jongeren. Er werd dan ook verwacht dat dit hogere verzuim bij ouderen zou resulteren in een hogere ILHV bij ouderen. Dit bleek echter niet het geval te zijn. Niet duidelijk is of deze uitkomst te wijten is aan het niet bestaan van een verschil in het werkelijke verzuim tussen de jongeren en ouderen van deze onderzoeksgroep met hoofden P&O en directie, of dat er geen samenhang bestaat tussen het werkelijke verzuim van de respondenten en hun ILHV. Er valt wellicht

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

meer te zeggen voor de eerste verklaring, aangezien in hypothese 1a is gebleken dat er wel degelijk een samenhang bestaat tussen het werkelijk verzuim op organisatieniveau en de ILHV. Bij deze wordt aangeraden om bij gelijksoortig onderzoek in de toekomst ook te vragen naar het werkelijk verzuimpercentage op persoonsniveau: er kunnen dan wellicht specifiekere verbanden gelegd worden tussen een bepaalde demografische dan wel psychologische variabelen en het werkelijke verzuim. Ook is het overigens denkbaar dat de ouderen met echt hoog ziekteverzuim al zijn uitgeselecteerd, en de oudere respondenten zodoende een lager gemiddeld ziekteverzuim hebben dan alle oudere werknemers samen. Tot slot dient hier opgemerkt te worden dat de respondenten in dit onderzoek niet evenredig verdeeld zijn over de variabele leeftijd (zie figuur 5, hoofdstuk 6). Pas vanaf de leeftijd 42 treedt er een zekere normaalverdeling op. Er is dus geen sprake van een lineair verband maar meer een curvelineair verband. Dit zou als gevolg kunnen hebben dat er geen correlatie is gevonden tussen de kleeftijd van de respondenten en de ILHV.

Hypothese 5

Op grond van de literatuur werd een samenhang verwacht tussen de ILHV's en de score van de respondenten op een traditionele arbeidsoriëntatie: In navolging van het onderzoek dat Verbaan in 1984 heeft uitgevoerd, lag het in de lijn der verwachting dat respondenten met een traditionele arbeidsoriëntatie het laagst haalbare verzuimpercentage voor Nederland lager in zouden schatten dan respondenten met een andere arbeidsoriëntatie. Zij zien werken namelijk als een morele en zedelijke plicht, wat zou kunnen resulteren in een lagere ILHV door deze respondenten. Traditionele arbeidsoriëntatie blijkt echter niet samen te hangen met de ILHV. Dus ook al wordt werken als iets vanzelfsprekends ervaren en is niet werken onethisch in de ogen van de mensen met een traditionele arbeidsoriëntatie: deze oriëntatie heeft geen invloed op de hoogte van de ILHV.

Gezien de lage betrouwbaarheid van de subschaal die gebruikt is om arbeidsoriëntatie te meten, worden er kanttekeningen gezet bij de bruikbaarheid ervan. Wellicht is het feit dat er geen samenhang gevonden kon worden tussen de ILHV en de scores van de respondenten op een (traditionele) arbeidsoriëntatie, te wijten aan de lage betrouwbaarheid van deze lijst. Voor de aanvang van het onderzoek waren er geen betrouwbaarheidscijfers of validiteitsgegevens over deze lijst bekend, maar toch is besloten ermee te werken aangezien Verbaan in zijn onderzoek in 1984 ook deze lijst heeft gebruikt om de arbeidsoriëntatie bij bedrijfsartsen te

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

meten. Voor toekomstig onderzoek naar arbeidsoriëntatie wordt aangeraden geen gebruik te maken van deze lijst, maar een meer betrouwbare en valide lijst te gebruiken.

Hypothese 6

De enige relatie die in de literatuur gevonden is, is een negatieve relatie tussen ziekteverzuim en affectieve organisatiebinding: deze relatie wordt door dit onderzoek ondersteund. Concreet betekent dit dat wanneer iemand een sterke emotionele binding aan zijn of haar organisatie heeft, hij of zij het laagst haalbare verzuim voor Nederland lager inschat dan mensen die niet zo'n sterke emotionele band hebben met de organisatie. De continuerende organisatiebinding vertoont geen significante samenhang met ILHV: respondenten die zich bewust zijn van de voordelen die ontstaan uit het lidmaatschap van de organisatie, en de nadelige consequenties die weggaan zouden hebben, hebben geen significant hogere of lagere ILHV dan respondenten die dit bewustzijn niet hebben.

Hypothese 7

Op basis van de gevonden literatuur werd een negatieve samenhang tussen 'interne beheersingsoriëntatie' en de ILHV verwacht. Dat wil zeggen dat mensen met een interne beheersingsoriëntatie het LHV lager inschatten dan mensen met een andere beheersingsoriëntatie, omdat de eerste groep het gevoel heeft meer invloed te hebben op de eigen gezondheid en daarmee op het ziekteverzuim. Dit werd door het onderzoek echter niet ondersteund: er werd geen significante samenhang gevonden tussen de ILHV en de score van een respondent op een interne beheersingsoriëntatie. De samenhang van de ILHV met de beide externe beheersingsoriëntaties is ook onderzocht, maar deze componenten vertoonden beide ook geen significante samenhang met de ILHV.

Tot slot

Tot slot wordt opgemerkt dat de herijkte Verbaannorm slechts een indicatie is voor het gepercipieerde laagst haalbare ziekteverzuimpercentage voor Nederland, toe te passen binnen een organisatie (onderdeel). De Verbaannorm mag niet worden beschouwd als een geobjectiveerde werkelijkheid.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Literatuurlijst

- Adams, J.S. (1965). Inequity in social exchange. In: Berkowitz, I. (ed), *Advances in experimental social psychology, Vol. 2.* New York: Academic Press.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior.* Englewood Cliffs, Prentice hall.
- Ajzen, I., & Madden, T.J. (1988). Prediction of goal-directed behaviour: attitudes, intensions, and perceiver behavioural control. *Journal of Experimental Social Psychology, 20,* 453-474.
- Allegro, J.T. (1973). *Socio-technische organisatieontwikkeling.* Leiden: Stenfert Kroes.
- Allegro, J.T., & Veerman, T. (1992). Ziekteverzuim. In: P.J.D. Drenth, Hk. Thierry & Ch.J. de Wolff. *Nieuw handboek Arbeids- en Organisatiepsychologie* (pp. 1053-1093). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Andriessen, J.H.T.H. (1972). Interne of externe beheersing. *Nederlands tijdschrift voor de Psychologie, 27,* 173-178.
- Becker, H.S. (1960). Notes on the concept of commitment. *American Journal of Sociology, 66,* 32-42.
- Becker, T.E., Randall, D.M., & Riegel, C.D. (1995). The multidimensional view of commitment and the theory of reasoned action: A comparative evaluation. *Journal of Management, 21* (4), 617-638.
- Boven, L. van, & Loewenstein, G. (2003). Social projection of transient drive states. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29,* 1159-1168.
- Buchanan, B. (1974). Building organizational commitment: The socialization of managers in work organizations. *Administrative Science Quarterly, 19,* 533-546.
- Buttler, M.C., & Burr, R.G. (1980). Utility of a multidimensional locus of control scale in predicting health and job-related outcomes in military environment. *Psychological Reports, 47,* 719-728.
- Buunk,A.P., & Wolff, Ch.J. de (1988). Sociaal psychologische aspecten van stress op het werk. In: P.J.D. Drenth, Hk. Thierry, Ch.J. de Wolff (red.), *Nieuw handboek arbeids- en organisatiepsychologie.* Deventer: Van Loghum Slaterus, 3.8-1-3.8-50.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (10 juli 2003). *Ziekteverzuim particuliere bedrijven.* http://www.cbs.nl/nl/cijfers/kerncijfers/arbeid.htm#Sociale. (Statline)

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

- Chadwick-Jones, J.K., Nicholson, N., & Brown, C. (1982). *Social Psychology of Absenteeism*. New York: Praeger.
- Clement, R. W., & Krueger, J. (2002). Social categorisation moderates social projection. *Journal of Experimental Social Psychology, 38,* 219-231.
- Cuelenaere, B. (1997). *Verder na langdurig ziekteverzuim: Een onderzoek naar trajecten van mannen en vrouwen.* Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Cummings, T.G. & Worley, C.G. (1993). *Organisational Development and Change* (5th ed.). Saint Paul MN: West Publishing Company.
- Deursen, C.G.L van, & Smulders, P.G.W. (1997). *Hoofdstuk 14: Ziekteverzuim.* In: Smulders, P.G.W., Op de Weegh, J.M.J. (red.), *Arbeid en gezondheid: risicofactoren.* Utrecht: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Dijk, F.J.H. van, Dormolen, M. van, Kompier, M.A.J., & Meijman, T.F. (1990). Herwaardering model belasting-belastbaarheid. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg, 68* (1), 3-10.
- Dijk, W.F.M. van (2003). *Maatwerk bij het meten van werkdruk.* Publicatie in voorbereiding.
- Eagly, A.H., & Chaiken, S. (1993). *The Psychology of Attitudes.* Orlando: Harcourt Brace & Company.
- Ekkers, C.L., & Sanders, A.F. (1987). *Stress in de arbeidssituatie.* Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Falke & Verbaan B.V. (9 april 2003). *Verzuimbeheersing.* http://www.falkeverbaan.nl/index2.php?pageCode=diensten.
- Farkas, A.J., & Tetrick, L.E. (1989). A three-wave longitudinal analysis of the causal ordering of satisfaction and commitment on turnover decisions. *Journal of Applied Psychology, 74,* 855-868.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1981). Attitudes and voting behavior: An application of the theory of reasoned action. In: G.M. Stephenson & J.M. Davis (Eds.) *Progress in applied social psychology, 1,* 253-313. London: Wiley.
- Gaillard, A.W.K. (1996). *Stress, productiviteit en gezondheid.* Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Geurts, S.A.E. (1994). Absenteeism from a social psychological perspective. Proefschrift.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

- Geurts, S.A.E., Kompier, M., & Gründemann, R. (2000). Curing the Dutch disease ? Sickness absence and work disability in the Netherlands. *International Social Security Association, 53* (4), 79-103.
- Geurts, S.A.E (2002). Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In: Schaufeli, W.B., Bakker, A.B. & Jonge, J. de (2002). *Psychologie van Arbeid en Gezondheid.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Grosfeld, J.A.M. (1988). *De voorspelbaarheid van de individuele verzuimduur.* Proefschrift. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Hackett, R.D., Bycio, P., & Hausdorf, P.A. (1994). Further assessments of Meyer and Allen's (1991) three-component model of organizational commitment. *Journal of Applied Psychology, 79* (1), 15-23.
- Hackman, J.R., & Lawler, E.E. (1971). Employee reactions to job characteristics. *Journal of applied Psychology, 55,* 259-286.
- Hackman, J.R., & Oldham, G.R. (1976). Motivation through the design of work: test of a theory. *Organizational behaviour and human performance, 16,* 250-279.
- Halfens, R.J.G. (1985). *Locus of Control: de beheersingsoriëntatie in relatie tot ziekte- en gezondheidsgedrag.* Proefschrift, Rijksuniversiteit Limburg: Maastricht.
- Heuvel, A. van den, Wooden, M. (1995). Do explanations of absenteeism differ fro men and women? *Human Relations, 48* (11), 1309-1328.
- Hill, J.M.M., & Trist, E. L. (1962). Industrial accidents, sickness and other absences. *Tavistock Pamphlet no.4,* London: Travistock Publications.
- Jones, P. E. (2003). Social projection and projective behaviour: False assumptions about false consensus. Doctoral dissertation, Vrije Universiteit, Amsterdam.
- Jonkers, R., Rutten, M., Ronner, T., Alleyn, J.J., & Horde, T.v.d. (1981). *Omgaan met borstkanker: een samenwerkingsproject van de Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland te Den Haag en het Studiecentrum Sociale Oncologie te Rotterdam van de Stichting Koningin Wilhelmina Fonds.* 1e onderzoeksverslag april 1981.
- Kahn, R., e.a. (1964). *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity.* New York: John Wiley.
- Kanter, R.M. (1968). Commitment and social organization: A study of commitment mechanisms in utopian communities. *American Sociological Review, 33,* 499-517.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly, 24,* 285-308.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

- Keller, R.T. (1983, august). Predicting absenteeism from prior absenteeism, attitudinal factors, and nonattitudinal factors. *Journal of Applied Psychology*, 536-540.
- Krueger, J. (2000). The projective perception of the social world: A building block of social comparison process. In: J. Suls & L. Wheeler (Eds.), *Handbook of social comparison: Theory and research* (pp. 323-351). New York: Kluwer/Plenum.
- Kruidenier, H.J. (1981). *Ziekteverzuim en conjunctuur; een beschouwing naar aanleiding van de daling van het ziekteverzuim.* Amsterdam: Stichting CCOZ.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41,* 397-404.
- LISV (Landelijk Instituut voor de Sociale Zekerheid) (2000). *Vrouwen, (werk)omstandigheden en arbeidsongeschiktheid.* Amsterdam: LISV.
- Mathieu, J.E., & Zajac, D.M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin, 108* (2), 171-194.
- Meems, A. (1981). Een onderzoek naar de effecten van een dreigende bedrijfssluiting. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 59* (16), 565-571.
- Meyer, J.P. & Allen, N.J. (1987). Organizational commitment: Toward a three component model. *Research Bulletin No. 660.* The University of Western Ontario, Department of Psychology, London.
- Meyer, J.P., Allen, N.J., & Topolnytsky, L. (1998). Commitment in a changing world of work. *Canadian Psychology, 39,* 1-2, 83-93.
- Nicholson, N., Brown, C.A., & Chadwick-Jones, J.K. (1977). Absence from work and personal characteristics. *Journal of Applied Psychology, 62,* 319-327.
- Nicholson, N., & Johns, G. (1985). The absence culture and the psychological contract: who's in control of absence? *Academy of Management Review, 10,* 397-407.
- Philipsen, H. (1968). *Afwezigheid wegens ziekte: een onderzoek naar oorzaken van verschillen in ziekteverzuim tussen 83 middelgrote bedrijven.* Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheid TNO.
- Philipsen, H. (1969). *Afwezigheid wegens ziekte.* Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Porter, L.W., & Steers, R.M. (1973). Organizational, work, and personal factors in employee turnover and absenteeism. *Psychological Bulletin, 80,* 151-176.
- Prins, R. (1990). *Sickness absence in Belgium, Germany and the Netherlands; a comparative study.* Amsterdam: Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

- Rijvers, W.H.R.C. (1996). *Ziekteverzuim- een wijze van kijken.* Scriptie
- Rotter, J.B., Seeman, M., & Liverant, S. (1962). Internal versus external control of reinforcement: a major variable in behaviour theory. *Decisions, Values and Groups, 2,* 473-516.
- Rotter, J.B., (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, 80,* I (no. 609).
- Sitter, L.U. de (1981). *Op weg naar nieuwe fabrieken en kantoren; productieorganisatie en arbeidsorganisatie op de tweesprong.* Deventer: Kluwer.
- Smulders, P.G.W. (1984). *Balans van 30 jaar ziekteverzuimonderzoek;de resultaten van 318 studies samengevat.* Leiden: NPG/TNO.
- Smulders, P.G.W. (1985). *Bedrijfsklimaat en ziekteverzuim.* 's Gravenhage: Stichting Maatschappij en Onderneming.
- Smulders, P.G.W., & Veerman, T.J. (red.) 1990. *Handboek ziekteverzuim – Gids voor de bedrijfspraktijk.* 's Gravenhage: Delwel Uitgeverij
- Spector, P.E. (1982). Behaviour in organisations as a function of employee's locus of control. *Psychological Bulletin, May 1982,* 482-497.
- Steers, R.M., & Rhodes, S.R. (1978). Major influences on employee attendance: a process model. *Journal of Applied Psychology, 63,*191-407.
- Stebbins, R.A. (1970). On misunderstanding the concept of commitment: A theoretical clarification. *Social Forces, 48,* 526-529.
- Strack, F., & Mussweiler, T. (1997). Explaining the enigmatic anchoring effect: Mechanisms of selective accessibility. *Journal of Personality and Sociale Psychology, 73,* 437-446.
- Stroink, P.L., & Andries, F. (1977). *De L.T.S.-er van scholier tot werknemer.* Leiden: NIPG/TNO.
- Stumph, S.A., & Hartman, K. (1984). Individual exploration to organizational commitment or withdrawal. *Academy of Management Journal, 27,* 308-329.
- Veerman, T.J. (1985). Ziekteverzuim en bedreigende werkgelegenheid; enige bevindingen op drie niveaus. *Gezondheid & Samenleving,6* (3), 174-181.
- Veerman, T.J., & Verboon, F.C. (1990). *Afwijkende werktijdregelingen en ziekteverzuim; verslag van een pilot-study.* Intern rapport. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

- Verbaan, D. (1986). De verzuimbenadering bij de Nederlandse Philipsbedrijven. In: H.O. Steensma e.a.: Ziekteverzuimbeleid, werk en gezondheid; Drie voorbeeldprojecten. Stichting CCOZ, Amsterdam 1986.
- Verbaan, D. (1991). *Verlaag het ziekteverzuim. Een praktische handleiding.* Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Verbaan, D. & van de Loo, E.L.H.M. (1990). Een praktische verzuimaanpak. *Gids voor Personeelsmanagement, 10,* 31-33.
- Verhoeven, D. (1990). Normen en regels in werksituaties. Scriptie.
- Vries, H. de, Kuhlman, P., & Dijkstra, M. (1987). Persoonlijke effectiviteit: de derde variabele naast attitude en sociale norm als voorspeller van gedragsintentie. *GVO/Preventie, 8,* 253-264.
- Vrijhof, B.J. (1987). *Ziekteverzuim 1985-1986.*Amsterdam: Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA.
- Vroege, D. (1982). Verkenning rond het concept belasting-belastbaarheid. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 60* (24), 793-798.
- Vroom, V. (1964). Job satisfaction and job behaviour. Hoofdstuk 6 in: Vroom, V. (ed.), *Work and Motivation.* New York: Wiley.
- Vuuren, C. V. van, Smit, A. A., Gent, M. J. van, & Andriessen, S. (2001). *De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn: Een onderzoek naar de maatregelen van actieve instellingen.* TNO Arbeid.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs, 6,* 160-196.
- Wiener, Y. (1982). Commitment in organizations: A normative view. *Academy of Management Review, 7,* 418-828.
- Williams, L.J., & Hazer, J.T. (1986). Antecedents and consequences of satisfaction and commitment in turnover models: A reanalysis using latent variable structural equitation methods. *Journal of Applied Psychology, 71,* 219-231.
- Winnubst, J.A.M. (1980-1984). Stress in organisaties: naar een nieuwe benadering van werk en gezondheid. In: Drenth, P.J.D., e.a. (red.), *Handboek Arbeids- en Organisatiepsychologie (aflevering 2).* Deventer: Van Loghum Slaterus

WRR (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid) (1987). *De ongelijke verdeling van gezondheid.* Rapport V58. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Bijlagen

BIJLAGE 1: Berekening van de Verbaannorm

De verzuimnorm kan op de volgende wijze worden berekend:

- Bepaal voor het bedrijf (of bedrijfsonderdeel) het aantal personen per cel. Noteer dit in de linkerbovenhoek van de cel zoals hieronder weergegeven.
- Bereken voor elke cel het minimum aantal verzuimers met behulp van de in de cel aangegeven norm. Noteer dit in de rechteronderhoek van het model zoals hieronder weergegeven.

Bijvoorbeeld:

In de cel functieniveau I en leeftijd 15-24 jaar staan 38 personen ingevuld. De verzuimnorm voor deze personeelsgroep is 7%. 7% van 38 personen is 2,7; dus rechtsonder wordt in deze cel 2,7 ingevuld.

- Tel van alle cellen de aantallen op die rechtsonder staan ingevuld (= som van het minimum aantal verzuimers).
- Tel van alle cellen de aantallen op die linksboven staan ingevuld (= het totaal aantal medewerkers).

Bereken nu de verzuimnorm op de volgende manier:

$$\frac{\text{Som van het minimum aantal verzuimers}}{\text{Totaal aantal medewerkers}} \times 100\% = \ldots\%$$

In ons voorbeeld komt dit uit op een verzuimnorm van 6,8 %.

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Functie-niveau	Leeftijd				
	I (15-24)	II (25-34)	III (35-44)	IV (45-54)	V (55-64)
I (LO)	**38** **7** **2.7**	42 **8** 3.4	36 **9** 3.2	18 **10** 1.8	6 **12** 0.7
II (MAVO / LBO)	26 **5** 1.3	59 **6** 3.5	45 **7** 3.2	25 **8** 2	5 **10** 0.5
III (HAVO / MBO)	1 **3** 0.03	20 **4** 0.8	20 **5** 1	11 **6** 0.7	3 **10** 0.3
IV (HBO)	- **1** -	5 **2** 0.1	7 **3** 0.2	5 **4** 0.2	1 **8** 0.08
V (WO)	- - -	- **1** -	5 **2** 0.1	2 **3** 0.06	1 **5** 0.05

	381
Berekende verzuimnorm	**6,8**
	21

38	← Aantal medewerkers
7	← Verzuimnorm per cel
2.7	← Minimum aantal verzuimers

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

BIJLAGE 2: De Vragenlijst

Vragenlijst

Falke & Verbaan, de organisatie waar ik op dit moment mijn afstudeeronderzoek uitvoer, is een adviesbureau dat zich bezig houdt met onder andere verzuimtrajecten. Middels deze trajecten helpt zij organisaties bij het reduceren van het verzuim. Eén van de instrumenten die hierbij ingezet wordt is de *Verbaannorm*. Deze norm is een indicatie voor het laagst haalbare verzuimpercentage binnen een organisatie. Met hulp van Falke & Verbaan heb ik een onderzoek ingesteld, met als doel het optimaliseren van deze Verbaannorm. Tevens ben ik geïnteresseerd in de relatie tussen de voor u wellicht minder bekende begrippen arbeidsoriëntatie, organisatiebinding, beheersingsoriëntatie, en uw inschattingen omtrent het laagst haalbare verzuimpercentage voor Nederland.

Uiteraard geldt ook voor dit onderzoek: hoe hoger de respons hoe betrouwbaarder de resultaten van het onderzoek. Hieraan kunt u uw bijdrage leveren. Daarom aan u het vriendelijke verzoek deze vragenlijst in te vullen. Het invullen zal tussen de 10 en de 15 minuten van uw tijd in beslag nemen. Alle gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden en voor geen andere doeleinden dan dit onderzoek gebruikt worden. Noch uzelf, noch uw organisatie zullen bij de verwerking van de vragenlijsten en de analyses te herleiden zijn.

De vragenlijst bestaat uit 6 algemene vragen, 2 vragen over verzuim en 42 stellingen. Het is de bedoeling dat u bij iedere stelling aangeeft in hoeverre u het hiermee eens bent. Houdt u hierbij rekening met het feit dat de onderdelen van de vragenlijs verschillende antwoordcategorieën hebben.

Bij voorbaat wil ik u hartelijk danken voor uw medewerking.

Maaike van Herpt,
4e –jaars Arbeid- en Organisatie Psychologie studente,
Universiteit van Tilburg

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Hieronder volgen de algemene vragen. Het is belangrijk dat u **al** deze vragen beantwoordt. Maak het cirkeltje dat bij het juiste antwoord staat zwart.

1) Geslacht:

* man
* vrouw

2) Leeftijd: ..... jaar

3) Functie:

* P&O- adviseur / hoofd P&O / personeelsfunctionaris / etc.
* Directeur / directielid

4) Niveau van uw hoogst genoten opleiding:

* HAVO / Middelbaar Beroeps Onderwijs
* Hoger Beroeps Onderwijs
* Wetenschappelijk Onderwijs
* Anders

5) Tot welke sector behoort het bedrijf waarin u werkzaam bent?

○ Industrie
* Gezondheidszorg
* Overheid
* Onderwijs
* Zakelijke / commerciële dienstverlening

6) Bent u bekend met de visie op verzuim **'verzuim is gedrag waar keuzes aan ten grondslag liggen'**, die gebruikt wordt door Falke & Verbaan?

* ja
* nee

Heeft u zich ervan verzekerd dat alle vragen ingevuld zijn?

- De vragenlijst begint op de volgende pagina -

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Instructie: Omcirkel bij iedere stelling het antwoord dat naar uw mening het beste is. Denk niet te lang na over een antwoord: eerste ingevingen zijn vaak het beste. Wilt u geen vragen overslaan?

Verzuim		
	De volgende twee vragen hebben betrekking op verzuimpercentages exclusief zwangerschap en WAO. De percentages hoeven niet afgerond te worden!	**Verzuimpercentage**
1.	Wat is het **werkelijke verzuimpercentage** over het jaar 2002, van de totale **organisatie** waarin u werkzaam bent?	……,……%
2.	Wat beschouwt u als **het laagst haalbare verzuimpercentage voor Nederland** in zijn totaliteit? (NB: het gaat er niet om wat u zou willen, maar wat u denkt dat haalbaar is)	……,……%

Arbeidsoriëntatie						
	De volgende stellingen hebben betrekking op ideeën over werk en banen IN HET ALGEMEEN. Ze verwijzen dus niet alleen naar de huidige baan. In hoeverre bent u het met deze stellingen eens?	**Helemaal niet mee eens**	**Niet zo mee eens**	**Niet mee eens en niet mee oneens**	**Een beetje mee eens**	**Helemaal mee eens**
1.	Je moet zelf kunnen bepalen hoe hard je werkt.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2.	In de WW lopen doe je alleen als het echt niet anders kan, het is eigenlijk een schande.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3.	Je kunt alleen van je vrije tijd genieten als je ervoor gewerkt hebt.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4.	Je zou eigenlijk vrij moeten zijn om wel of niet te gaan werken.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5.	Ik wil gewoon prettig werk hebben, hogerop komen interesseert me niet.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6.	Werken is het belangrijkste in je leven.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7.	Als je hogerop wilt komen gaat dat altijd ten koste van de mensen om je heen.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8.	Ik wil eenvoudig werk hebben waarbij ik niet te veel hoef na te denken.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9.	Je wilt liever in de WW lopen dan vervelend werk doen.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

- sla pagina om -

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Organisatiebinding

	De volgende stellingen hebben betrekking op uw houding ten aanzien van uw huidige baan. In hoeverre bent u het met deze stellingen eens?	Volledig mee oneens	Sterk mee oneens	Enigszins mee oneens	Niet mee eens en niet mee oneens	Enigszins mee eens	Sterk mee eens	Volledig mee eens
10.	Ik ervaar problemen van deze organisatie als mijn eigen problemen.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Ik voel me emotioneel gehecht aan deze organisatie	1	2	3	4	5	6	7
12.	Het zou voor mij op dit moment moeilijk zijn om weg te gaan bij deze organisatie, ook al zou ik dat willen.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Een van de belangrijkste redenen waarom ik bij deze organisatie blijf, is dat ik loyaliteit belangrijk vind.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Ik ben bang voor wat er zou kunnen gebeuren als ik mijn baan opzeg, zonder meteen een nieuwe baan te hebben.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Ik voel me thuis in deze organisatie.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Het is onbehoorlijk om van de ene organisatie naar de andere over te stappen.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Ik heb het gevoel dat ik te weinig alternatieven heb om nu ontslag te nemen.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Ik ben opgegroeid met de gedachte dat het waardevol is om loyaal te blijven aan een organisatie.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Deze organisatie betekent veel voor mij.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Als ik ontslag neem wordt het moeilijk om een andere baan te vinden.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Het zou een goede zaak zijn als werknemers het grootste deel van hun loopbaan bij een organisatie zouden blijven.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Ik voel me als “deel van de familie” in deze organisatie.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Er zou te veel in mijn leven verstoord worden als ik nu ontslag zou nemen.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Ik vind dat iemand loyaal zou moeten zijn ten opzichte van zijn of haar organisatie.	1	2	3	4	5	6	7

- sla pagina om -

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

Beheersingsoriëntatie						
	De volgende stellingen gaan over de manier waarop u tegen gezondheid aankijkt. In hoeverre bent u het met deze stellingen eens?	**Beslist mee oneens**	**Enigszins mee oneens**	**Niet mee eens en niet mee oneens**	**Enigszins mee eens**	**Beslist mee eens**
25.	Mijn gezondheid wordt in de eerste plaats bepaald door wat ik zelf doe.	1	2	3	4	5
26.	Om ziektes te voorkomen is het belangrijk regelmatig de huisarts te raadplegen.	1	2	3	4	5
27.	Als ik ziek word dan word ik het toch, daar kan niemand iets aan doen.	1	2	3	4	5
28.	Als ik me niet goed voel, moet ik eigenlijk een arts raadplegen.	1	2	3	4	5
29.	Als ik ziek ben ligt het aan mijzelf hoe snel ik beter wordt.	1	2	3	4	5
30.	Of ik gezond blijf is een kwestie van toevallige gebeurtenissen.	1	2	3	4	5
31.	Artsen hebben er veel invloed op of ik gezond blijf of niet.	1	2	3	4	5
32.	Het ligt vooral aan mijzelf hoe snel ik van een ziekte zal genezen.	1	2	3	4	5
33.	Wat ik ook doe, ziek word ik waarschijnlijk toch.	1	2	3	4	5
34.	De meeste dingen waardoor ik ziek word overkomen mij bij toeval.	1	2	3	4	5
35.	Wat betreft mijn gezondheid, kan ik alleen maar doen wat de dokter zegt.	1	2	3	4	5
36.	Als ik ziek word dan is dat mijn eigen schuld.	1	2	3	4	5
37.	Mijn goede gezondheid is grotendeels een kwestie van aanleg of geluk.	1	2	3	4	5
38.	Artsen bepalen mijn gezondheid.	1	2	3	4	5
39.	Als ik goed voor mijzelf zorg, kan ik ziektes voorkomen.	1	2	3	4	5
40.	Hoe snel ik van een ziekte zal genezen, wordt grotendeels door geluk bepaald.	1	2	3	4	5
41.	Ik heb mijn gezondheid in eigen hand.	1	2	3	4	5
42.	Als ik van een ziekte herstel, heb ik dit toch vooral te danken aan mijn arts.	1	2	3	4	5

- einde van de vragenlijst –

Wilt u zo vriendelijk zijn de ingevulde vragenlijst zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk eind juli op te sturen (zie antwoordenveloppe) naar:

Falke & Verbaan
t.a.v. Maaike van Herpt
Antwoordnummer 11595
5600 WC EINDHOVEN

Hartelijk dank voor uw medewerking!!!

Gedownload van http://www.trackinnovations.nl

BIJLAGE 3: Verdeling van de werkzame beroepsbevolking naar leeftijd en onderwijsniveau, 1999 (meeste recente overzicht van het CBS)

Werkzame beroepsbevolking van 15-64 jaar naar leeftijd en functie/ onderwijsniveau/-richting, 1999

		Totaal	**Leeftijd**				
			15-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar
		x 1 000					
Functieniveau							
1	**LO**	513	63	97	135	168	51
2	**MAVO**	473	118	96	113	109	37
	LBO	920	157	238	243	204	78
	w.o technisch	578	101	154	155	117	51
	economisch	106	19	32	30	20	5
	Verzorgend	226	33	49	55	67	22
3	**HAVO/VWO**	369	93	117	99	47	13
	MBO	2611	297	851	710	582	170
	w.o technisch	955	100	320	244	217	73
	economisch	841	92	278	214	195	61
	Verzorgend	804	104	248	248	168	36
4	**HBO**	1273	84	413	388	302	87
	w.o technisch	241	17	85	63	53	22
	economisch	348	31	150	95	58	14
	Verzorgend	680	36	176	229	189	51
5	**WO**	635	11	230	199	148	47
	w.o technisch	143	.	55	44	31	11
	economisch	193	.	86	58	34	12
	Verzorgend	297	5	88	97	83	24
	Onbekend	11	.	.	.	.	.
Totaal		6805	822	2043	1890	1565	485