Belemmerd aan het werk

Belemmerd aan het werk

Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen

Maroesjka Versantvoort (red.)
Patricia van Echtelt (red.)

SCP/CBS/TNO/UWV Kenniscentrum
Den Haag, augustus 2012

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:
a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het SCP verricht deze taken in het bijzonder bij problemen die het beleid van meer dan één departement raken.
De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het SCP te voeren beleid. Over de hoofdzaken hiervan heeft hij/zij overleg met de minister van Algemene Zaken; van Veiligheid en Justitie; van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties; van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap; van Financiën; van Infrastructuur en Milieu; van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2012
SCP-publicatie 2012-17
Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag
Figuren: Mantext, Moerkapelle
Omslagillustratie: © Thinkstock
Omslagontwerp: bureau Stijlzorg, Utrecht

ISBN 978 90 377 0616 1
NUR 740



Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.repro-recht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

Sociaal en Cultureel Planbureau
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Telefoon (070) 340 70 00
Fax (070) 340 70 44
Website: www.scp.nl
E-mail: info@scp.nl

De auteurs van SCP-publicaties zijn per e-mail te benaderen via de website. Daar kunt u zich ook kosteloos abonneren op elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

Voorwoord		9
Samenvatting		11
1	Aandacht voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid *Patricia van Echtelt en Maroesjka Versantvoort (SCP)*	19
1.1	Beleidscontext	19
1.2	Vraagstelling en opzet van het rapport	21
1.3	Definiëring van onderzoeksgroepen	23
1.4	Gebruikte databestanden	24
	Literatuur	25
2	Trends in ziekteverzuim *John Klein Hesselink, Irene Houtman en Seth van den Bossche (TNO)*	26
2.1	Onderzoeksvragen en databestanden	26
2. 2	Wat zijn de ontwikkelingen in het verzuim in Nederland?	26
2.3	Welke werknemers hebben een hoog verzuim?	28
2.4	Met welke gezondheidsproblemen verzuimen werknemers?	37
2.5	In welke mate is verzuim werkgebonden?	40
2.6	Wat doen werkgevers tegen ziekteverzuim?	42
2.7	Conclusies en vooruitblik	45
	Noten	46
	Literatuur	46
3	Trends in arbeidsongeschiktheidsregelingen *Patricia van Echtelt (SCP), Frank Pijpers (CBS), m.m.v. Ton Ferber (CBS)*	50
3.1	Onderzoeksvragen	50
3.2	Ontwikkelingen in de arbeidsongeschiktheidsregelingen	51
3.3	De kans op in- en uitstroom naar achtergrondkenmerken	54
3.4	Samenvatting	58
	Noten	59
	Literatuur	59
4	Trends in arbeidsaanbod van personen met gezondheidsbeperkingen *John Michiels (CBS), Dionne Arts (UWV), Jan Besseling (TNO), Henk-Jan Dirven (CBS) en Carla van Deursen (UWV)*	61
4.1	Beleidscontext	61
4.2	Onderzoeksvragen en databestanden	62
4.3	Resultaten	64

4.4	Conclusies	80
	Noten	81
	Literatuur	83
5	Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in internationaal perspectief *Patricia van Echtelt (SCP)*	84
5.1	Beleidscontext	84
5.2	Wetgeving	85
5.3	Ziekteverzuim	91
5.4	Arbeidsongeschiktheid	95
5.5	Arbeidsdeelname personen met een gezondheidsbeperking	98
5.6	Conclusies	101
	Noten	103
	Literatuur	103
6	De impact van thuis- en telewerk op ziekteverzuim en arbeidsdeelname arbeidsgehandicapten *Maroesjka Versantvoort (SCP) en Karolus Kraan (TNO)*	105
6.1	Beleidsrelevantie	105
6.2	Analytisch kader	106
6.3	Kerncijfers	110
6.4	Invloed thuis- en telewerk op ziekteverzuim en arbeidsduur arbeidsgehandicapten	113
6.5	Conclusies	122
	Noten	123
	Literatuur	123
7	Inclusieve arbeidsorganisaties *Ellen van Wijk, Peter Brouwer en Aukje Smit (TNO)*	125
7.1	Beleidscontext en onderzoeksvragen	125
7.2	Kenmerken van inclusieve organisaties	126
7.3	Methodologische verantwoording	132
7.4	Resultaten	133
7.5	Conclusie	140
	Literatuur	143
8	Financiële prikkels in arbeidsongeschiktheidsregelingen *Maroesjka Versantvoort (SCP)*	145
8.1	Onderzoeksvraag	145
8.2	Literatuuroverzicht	145
8.3	Financiële prikkels in de WIA	150
8.4	Gevolgen van uitkeringshoogte voor aanvraag en instroom	164

8.5	Conclusies en beschouwing	169
	Noten	171
	Literatuur	171
9	Gezondheidsbeleving en arbeidsdeelname	174
	Jolanda van Rijssen en Carla van Deursen (Kenniscentrum UWV)	
9.1	Onderzoeksvragen	174
9.2	Onderzoeksliteratuur	175
9.3	De invloed van gezondheidsbeleving en een langdurige aandoening op arbeidsdeelname	179
9.4	Interventies om een negatieve gezondheidsbeleving om te buigen	189
9.5	Conclusies	191
	Noten	192
	Literatuur	192
10	Kans op werk van arbeidsbeperkten zonder uitkering	194
	Dionne Arts en Carla van Deursen (Kenniscentrum UWV)	
10.1	Onderzoeksvragen	194
10.2	Verschillen tussen vangnetters en reguliere werknemers in de eerste twee ziektejaren	197
10.3	Verklaring van verschillen in WIA-aanvraag tussen reguliere werknemers en vangnetters	201
10.4	Voorspellers van werk van 35-minners, vangnetters en reguliere werknemers	203
10.5	Ontwikkelingen in arbeidsdeelname van 35-minners in de eerste twee jaar	208
10. 6	Conclusies	212
	Noten	214
	Literatuur	215
11	Synthese en aandachtspunten voor beleid	216
	Maroesjka Versantvoort (SCP)	
	Noten	222
Summary		223
Internetbijlagen (te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport)		
Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau		231

Voorwoord

De aanpak van het groeiend aantal arbeidsongeschikten en het hoge ziekteverzuim stond de afgelopen jaren hoog op de beleidsagenda in Nederland. Met substantiële veranderingen in de arbeidsongeschiktheidsregelingen is het accent verschoven van inkomensbescherming naar activering en re-integratie. De overheid streeft naar een 'participatiemaatschappij' waarin iedereen naar vermogen werkt.

Dat streven is echter alleen te verwezenlijken als werken haalbaar en lonend is voor mensen met een gezondheidsbeperking en als werkgevers bereid zijn hen in dienst te nemen. Dit zijn centrale onderwerpen in deze derde editie van de Trendrapportage over ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van personen met gezondheidsbeperkingen. Net als in 2007 en 2010 werkte het Sociaal en Cultureel Planbureau hierin samen met het Centraal Bureau voor de Statistiek en TNO. Dit jaar kon het beeld verder worden gepreciseerd doordat UWV toetrad tot het samenwerkingsverband.

De hervormingen in het sociale zekerheidstelsel lijken succesvol, in die zin dat in de afgelopen tien jaar steeds minder mensen een uitkering hebben vanwege arbeidsongeschiktheid. Ook neemt Nederland binnen Europa een gunstiger positie in. Toch zijn er nog steeds punten die aandacht vergen. Zo zijn de kansen op een baan klein van mensen die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn verklaard, zeker voor ouderen. Ook is het volume in de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong) veel hoger dan verwacht. Opvallend is dat de arbeidsparticipatie in Nederland inmiddels tot de hoogste van Europa behoort, maar dat die van mensen met beperkingen daarbij achter blijft. De Nederlandse uitgaven aan arbeidsongeschiktheid behoren verder al jaren tot de hoogste in Europa. Tegen deze achtergrond is het van belang de ontwikkelingen in ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en de arbeidsdeelname van mensen met beperkingen ook de komende jaren te blijven volgen.

Prof. Dr. Paul Schnabel
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Samenvatting

Nederland stond jarenlang bekend om een hoog ziekteverzuim en een groot aantal arbeidsongeschikten. De laatste jaren zijn diverse beleidswijzigingen doorgevoerd om het uitkeringsvolume te verkleinen en de re-integratie van mensen met gezondheidsbeperkingen te bevorderen. Daartoe is het activerende karakter van de arbeidsongeschiktheidsregelingen versterkt. Belangrijke veranderingen brachten onder andere de Wet verbetering poortwachter (WVP) in 2002, de Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (VLZ) in 2004 en het vervangen van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) door de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) in 2006. In 2010 is ook de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong) vervangen door de nieuwe Wet Wajong. De centrale vraagstelling in dit rapport is:

Hoe hebben het ziekteverzuim, het arbeidsongeschiktheidsvolume en de arbeidsparticipatie van mensen met een gezondheidsbeperking zich de afgelopen jaren ontwikkeld en welke (beleids)ontwikkelingen hebben hierbij een rol gespeeld?

Het rapport bestaat uit twee delen. Het eerste deel brengt trends in ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen in kaart. Tevens plaatst het de Nederlandse situatie in internationaal perspectief. In het tweede deel komen drie thema's aan bod: 1 de invloed van ontwikkelingen op het terrein van arbeid op ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid; 2 factoren die de keuzen van werknemers en werkgevers beïnvloeden bij re-integratie naar werk; 3 groepen die een bijzondere of een kwetsbare positie innemen. In het eerste thema belichten we de invloed van thuis- en telewerk op ziekteverzuim en de arbeidsdeelname van arbeidsgehandicapten. In het tweede thema onderzoeken we het effect van financiële prikkels op de re-integratie en de invloed van gezondheidsbeleving op arbeidsdeelname. We bespreken ook de overwegingen van werkgevers om mensen uit kwetsbare groepen in dienst te nemen. In het derde thema behandelen we de positie van personen die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn bevonden en dus geen recht hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, de zogeheten 35-minners.

In deze rapportage worden verschillende definities gehanteerd voor de groepen waarop het beleid of de studie betrekking heeft. Het gaat bijvoorbeeld om mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering, arbeidsgehandicapten en mensen met een beperking. Soms is er overlap tussen deze groepen, maar er zijn ook duidelijke verschillen. We verwijzen naar hoofdstuk 1 voor een beschrijving van de groepen (kader 1.2). Dat hoofdstuk biedt ook een overzicht van de relevante wet- en regelgeving (kader 1.1) en de gebruikte databestanden (kader 1.3).

Trends (deel 1)

Tabel S.1

Kerncijfers ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en arbeidsdeelname van personen met gezondheidsbeperkingen, 2002-2010 (in procenten en aantallen)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ziekteverzuim (%)	-	-	-	4,8	4,5	4,2	4,1	4,0	4,2
arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (x 1000)									
WAO	802	787	763	700	660	636	619	606	592
WIA					19	38	59	83	110
Wajong	134	138	142	147	156	167	178	192	205
WAZ	57	57	56	52	47	43	39	35	30
netto-arbeidsparticipatie arbeidsbeperkten (%)									
met arbeidshandicap	43	42	41	40	40	-	-	43	39
gedeeltelijk arbeidsongeschikt	60	58	58	57	55	56	59	58	57
volledig arbeidsongeschikt	13	12	12	12	11	13	14	13	13

Bron: TNO (NEA'05-'10); CBS (arbeidsongeschiktheidsuitkeringen '02-'10; EBB '02-'10; SSB'02-'10)

Hoofdstuk 2: Trends in ziekteverzuim

Het ziekteverzuim in Nederland is gedaald van 7% in 1990 naar 4,2% in 2010 (tabel S.1). Sinds 2007 is het ziekteverzuimpercentage vrijwel onveranderd. Personen die onder de Ziektewet vallen omdat ze geen werkgever (meer) hebben of omdat ze een uitzonderingsgroep vormen voor wie de werkgever geen loondoorbetalingsverplichting heeft, tellen niet mee in de berekening van het ziekteverzuimpercentage. Hun aandeel is onder meer door de ongunstige economische situatie toegenomen. Wanneer rekening wordt gehouden met het verzuim van deze groep zou het landelijk verzuimpercentage dus hoger uitvallen.

Het verzuim verschilt tussen groepen werknemers. Ten eerste verzuimen ouderen meer dan jongeren. Dit is vrijwel volledig toe te schrijven aan het feit dat gezondheidsproblemen toenemen met de leeftijd. Ouderen verzuimen vooral langer; de frequentie is juist lager dan bij jongeren. Anders dan de algemene trend daalt het verzuim van 55-plussers de laatste jaren niet. Een verklaring kan zijn dat de mogelijkheden voor vervroegde uittreding voor mensen met een zwakkere gezondheid zijn ingeperkt. Ten tweede ligt het ziekteverzuim van vrouwen in de jaren 2005-2010 gemiddeld 30% hoger dan dat van mannen. Verschillen in arbeidsomstandigheden, in de aard van de klachten en in de verzuimbegeleiding spelen hierbij een rol. In vergelijking met begin jaren negentig zijn de verschillen in verzuim tussen mannen en vrouwen afgenomen. Ten derde is het verzuim onder laagopgeleiden relatief groot. Dit is voor een groot deel te verklaren door hun slechtere gezondheid, die te maken heeft met slechtere werkomstandigheden, een minder gezonde leefstijl en slechtere woonomstandigheden. Tot slot verzuimen

werknemers met een vast contract meer dan werknemers met een flexibel contract. Een verklaring kan zijn dat flexwerkers over het algemeen jonger en dus gezonder zijn, maar ook het feit dat ze niet verzekerd zijn van een baan.

Het aandeel van psychische klachten, overspannenheid en burn-out als oorzaak van verzuim is de afgelopen jaren afgenomen. Wel leiden psychische klachten nog steeds tot het meest langdurige verzuim en ze zijn daarom naast klachten aan het bewegingsapparaat een van de grootste veroorzakers van verzuim. Werkgebonden verzuim is de afgelopen jaren geleidelijk minder geworden. In 2010 is 23% van het ziekteverzuim hoofdzakelijk of gedeeltelijk werkgebonden.

Hoofdstuk 3: Trends in arbeidsongeschiktheid

Het totale aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen is gestaag afgenomen, van ongeveer 950.000 in 2000 naar ruim 800.000 in 2010 (tabel S.1). Wel lijkt deze daling de laatste jaren wat af te zwakken. Het stijgende volume van de WIA heeft te maken met ingroei van de nieuwe wet en een veranderende omvang en samenstelling van de verzekerden.

Opvallend is de sterke toename van Wajong-uitkeringen: van 127.000 in 2000 tot 205.000 in 2010. Voor een deel komt dat door de invoering van de Wet werk en bijstand in 2004, die gemeenten een grotere financiële prikkel gaf om het bijstandsvolume zo laag mogelijk te houden en waar mogelijk mensen te laten doorstromen naar de Wajong. De Wajong is in 2010 ingrijpend veranderd om jonggehandicapten meer te stimuleren tot werken. Het is nog te vroeg om conclusies te trekken, maar de instroom in de Wajong nam in 2011 voor het eerst af.

Sommige groepen hebben een verhoogde kans om in te stromen in arbeidsongeschiktheidsregelingen. Dit geldt bijvoorbeeld voor ouderen en voor niet-westerse Nederlanders. Vrouwen hebben een relatief grote kans om in te stromen in de Werkher-vattingsregeling gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA), terwijl mannen een grotere kans hebben op instroom in de Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten (IVA) en de Wajong. De kans op instroom verschilt ook per regio: deze is iets groter in het zuiden, noorden en oosten van het land dan in het westen.

Hoofdstuk 4: Trends in arbeidsdeelname van personen met een gezondheidsbeperking

De netto-arbeidsparticipatie van gedeeltelijk arbeidsongeschikten en van arbeidsgehandicapten is 57% en 39% in 2010, tegen 72% voor mensen zonder langdurige aandoening of arbeidsongeschiktheidsuitkering. In de periode 2002-2010 is de arbeidsdeelname van personen met een gezondheidsbeperking iets afgenomen. Dat komt voor een belangrijk deel door veranderingen in de samenstelling van de groep, onder andere de stijging van de gemiddelde leeftijd. Als we corrigeren voor veranderingen in samenstelling naar geslacht en leeftijd, dan is de arbeidsdeelname van gedeeltelijk arbeidsongeschikten iets gestegen (twee procentpunt), terwijl die van volledig

arbeidsongeschikten en arbeidsgehandicapten constant is gebleven. Overigens hebben door aanscherping van de toegangscriteria de arbeidsongeschikten van nu gemiddeld meer beperkingen dan de arbeidsongeschikten van een aantal jaren geleden. Ook de recessie speelt een rol. Verder blijkt dat de arbeidsduur van personen met een gezondheidsbeperking de laatste jaren is gedaald en wel sterker dan die van personen zonder gezondheidsbeperking. Ook hier spelen veranderingen in de samenstelling van de groep een rol.

Personen met een werkloosheid- of bijstandsuitkering hebben relatief vaak gezondheidsbeperkingen. Onder WW-ontvangers zijn vooral arbeidsgehandicapten en gedeeltelijk arbeidsongeschikten oververtegenwoordigd, al neemt hun aandeel wel af. Onder bijstandsontvangers zijn arbeidsgehandicapten oververtegenwoordig. In de periode 2002-2010 gaf ongeveer 45% van de bijstandsontvangers aan vanwege een langdurige aandoening te worden belemmerd bij het uitvoeren of verkrijgen van werk.

Ongeveer een kwart van de gedeeltelijk arbeidsongeschikten die nu niet (of minder dan twaalf uur) werken zou dat wel willen. Hierin verschillen gedeeltelijk arbeidsongeschikten niet van personen zonder gezondheidsbeperking. Gedeeltelijk arbeidsongeschikten die aangeven niet te willen werken geven naast ziekte en arbeidsongeschiktheid vaak hun hoge leeftijd en prepensioen als reden op.

Hoofdstuk 5: Nederland in Europese context

De Nederlandse wet- en regelgeving voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid neemt binnen Europa op sommige punten een bijzondere positie in. Het gaat dan bijvoorbeeld om de verplichting voor werkgevers tot twee jaar loondoorbetaling bij ziekte en de relatief kleine rol van medische professionals bij de re-integratie. De wet- en regelgeving in Nederland komt het meest overeen met die van de Scandinavische landen. De ingrijpende wetswijzigingen in Nederland – ook in vergelijking met andere Europese landen – lijken hun vruchten te hebben afgeworpen. Door het dalende ziekteverzuim neemt Nederland internationaal gezien een gunstiger positie in dan voorheen, hoewel het ziekteverzuim nog wel boven het Europese gemiddelde ligt. In 2010 was 8,3% van de Nederlandse werknemers meer dan vijftien dagen afwezig wegens ziekte, terwijl het gemiddelde voor de 27 landen van de Europese Unie (EU) op 7,5% lag. Ook in omvang van en uitgaven voor arbeidsongeschiktheid is de positie van Nederland binnen de EU verbeterd: midden jaren negentig behoorde Nederland tot de landen met het hoogste aandeel arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, terwijl het in 2008 iets naar het midden was opgeschoven. De Nederlandse uitgaven aan arbeidsongeschiktheid behoren met 2% van het bruto binnenlands product nog wel tot de hoogste van de EU. Daar staat tegenover dat deze uitgaven, in tegenstelling tot die van andere landen, de afgelopen jaren daalden. Overigens zijn de internationale verschillen kleiner als we kijken naar de totale uitkeringsafhankelijkheid (inclusief werkloosheidregelingen).

Voor vrijwel alle EU-landen geldt dat mensen met gezondheidsbeperkingen minder vaak aan het arbeidsproces deelnemen dan mensen zonder gezondheidsbeperkingen.

Met 56% arbeidsparticipatie van mensen met een langdurige aandoening neemt Nederland ten opzichte van andere EU-landen een middenpositie in. Deze positie steekt evenwel schril af bij de arbeidsparticipatie van personen zonder langdurige aandoening in Nederland, die tot de hoogste van Europa behoort.

Achtergrondstudies (deel 2)

Hoofdstuk 6: De impact van tele- en thuiswerk

Thuis- en telewerk zou de arbeidsdeelname van mensen met een beperking kunnen verhogen, doordat de kosten van mobiliteit en accommodatie verminderen en het werk makkelijker te combineren is met verzorging, therapie en artsbezoek. Deze nieuwe manieren van werken kunnen ook van invloed zijn op het ziekteverzuim, hoewel de werking theoretisch twee kanten op kan gaan. Ze kunnen leiden tot meer autonomie en meer mogelijkheden werk en privé op elkaar af te stemmen, waardoor ziekteverzuim afneemt. Maar ze kunnen ook leiden tot gevoelens van isolatie en van 'nooit klaar zijn met werk', waardoor ziekteverzuim juist toeneemt.

De analyses in deze rapportage laten zien dat werknemers en arbeidsgehandicapten die telewerken een lager ziekteverzuim hebben, ook wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in persoonskenmerken (0,4 tot 0,5 procentpunt voor werknemers; 2 procentpunten voor arbeidsgehandicapten). Voor mensen die thuiswerken zonder dat zij telewerken gaat dit echter niet op. Wel stimuleert thuiswerk het aantal arbeidsuren van mensen met een arbeidshandicap.

Er is echter ook een keerzijde. Telewerkers hebben verhoudingsgewijs vaak last van het gevoel ofwel de familie tekort te doen vanwege werkverplichtingen ofwel het werk vanwege familieverantwoordelijkheden.

Hoofdstuk 7: Inclusieve arbeidsorganisaties

Mensen met een kwetsbare positie op de arbeidsmarkt, vooral mensen met een gezondheidsbeperking en langdurig werklozen, hebben werkgevers nodig die hen willen en kunnen opnemen. In dit kader wordt wel gesproken over 'inclusieve arbeidsorganisaties': organisaties die bewust mensen uit deze groepen in dienst nemen. In de periode 2008 tot 2010 deed 16% van de Nederlandse bedrijven dat. Dit percentage nam in die periode wel af, waarschijnlijk door de verslechterde economische situatie. Inclusieve organisaties onderscheiden zich in een aantal opzichten. Zij hebben onder andere meer kennis van de mogelijkheden en beperkingen van de doelgroep, hebben vaker een 'mensgerichte' cultuur en behoren vaker tot de non-profitsector. Op andere punten, zoals de stijl van leidinggeven en het HR-beleid, verschillen inclusieve organisaties echter niet van andere organisaties. De meeste inclusieve organisaties bieden om sociale redenen mensen uit kwetsbare groepen een kans. Dat laat onverlet dat zij de risico's binnen de perken willen houden. De inzet van kwetsbare groepen vraagt bovendien extra inspanningen van de organisatie, zoals begeleiding en werkaanpassingen.

Hoofdstuk 8: Financiële prikkels in arbeidsongeschiktheidsregelingen

De arbeidsongeschiktheidsregelingen bevatten financiële prikkels voor werkgever en werknemer om het beroep op het stelsel te beperken en de resterende verdiencapaciteit te benutten. Bij de WIA blijkt dat gedeeltelijk arbeidsongeschikten een duidelijke financiële stimulans hebben om hun vastgestelde verdiencapaciteit in te zetten. Deze prikkel is relatief groot voor mensen met een inkomen rond 50.000 euro; het voordeel van werken wordt kleiner naarmate het inkomen hoger is. Mensen die voor minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn bevonden en recht hebben op een WW-uitkering hebben op korte termijn nauwelijks financieel voordeel van arbeidsparticipatie. Uit de onderzoeksliteratuur blijkt dat de arbeidsmarktparticipatie van mensen met een gezondheidsbeperking gevoelig is voor de beschikbaarheid en de hoogte van uitkeringen. Zo laten studies zien dat een daling van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met 1% ten opzichte van de lonen een stijging betekent van de participatie van mensen met gezondheidsbeperking van ongeveer 0,35% (afhankelijk van de opzet van de uitgevoerde studie). Ook sancties blijken volgens deze studies effectief, evenals intensieve toetsing. Opvallend is dat toen in 2007 de uitkeringshoogte voor bepaalde mensen (i.e. werkende gedeeltelijk arbeidsongeschikten met een inkomen boven het maximum dagloon) steeg, onder hen ook het aantal wia-aanvragen relatief sterk steeg. Het aantal toewijzingen steeg evenwel niet. De effecten van financiële prikkels voor werkgevers lijken daarentegen tamelijk beperkt: ze hebben hooguit een klein positief effect op de werkgelegenheid.

Hoofdstuk 9: Gezondheidsbeleving en arbeidsdeelname

Naast economische motieven beïnvloeden ook psychosociale aspecten de re-integratie naar werk. Dat geldt bijvoorbeeld voor de beleving van de eigen gezondheid. Een negatieve gezondheidsbeleving hangt samen met factoren zoals gebrek aan grip op het eigen leven, gebrek aan sociale steun, een negatieve houding van de omgeving, een ongezonde leefstijl, of stress en angst voor verandering. Wanneer rekening wordt gehouden met het aantal langdurige aandoeningen en ernstige beperkingen, blijken mensen met een negatieve gezondheidsbeleving het werk veel minder vaak te hervatten dan mensen met een positieve gezondheidsbeleving. Dit geldt niet alleen voor personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering, maar ook voor WW'ers, 35-minners en andere niet-werkenden met een gezondheidsbeperking. Dit impliceert dat interventies op gezondheidsbeleving kunnen helpen de arbeidsdeelname te bevorderen, in ieder geval van mensen met niet al te zware belemmeringen. Kansrijke interventies zijn bijvoorbeeld cognitief gedragstherapeutische interventies en werken als therapie. Ook programma's voor gezondheidsbevordering en meer kennis over leefstijl kunnen de vicieuze cirkel van negatieve gezondheidsbeleving en arbeidsparticipatie doorbreken.

Hoofdstuk 10: Kans op werk van arbeidsbeperkten zonder uitkering

Uit de evaluatie van de WIA kwam de positie van arbeidsbeperkten zonder werkgever als zorgelijk naar voren, vooral die van de 35-minners. Werklozen, werknemers van wie het dienstverband is afgelopen en uitzendkrachten doen bij ziekte een beroep op het vangnet van de Ziektewet en worden daarom ook wel 'vangnetters' genoemd.

De werkhervatting van deze groep, zowel tijdens als na de eerste twee ziektejaren, blijft sterk achter bij die van reguliere werknemers. In 2010 is slechts 33% van de vangnetters aan het werk tegenover 60% van de reguliere werknemers. De kans om aan de poort van de WIA te komen is voor vangnetters veel groter: van de langdurig zieke werknemers doet uiteindelijk 28% een WIA-aanvraag, bij de vangnetters is dit aandeel met 55% twee keer zo hoog.

Dit is te verklaren uit de minder gunstige arbeidsmarktkenmerken van vangnetters en uit de afwezigheid van een werkgever. Vangnetters beleven hun gezondheid als slechter, nemen minder eigen initiatief tot re-integratie, hebben veel vaker psychosociale problemen (zoals schulden, verslaving, problemen in relatie- of zorgsfeer), hebben slechtere arbeidsmarktkwalificaties (lagere opleiding, langer uit het arbeidsproces), ontvangen minder begeleiding bij re-integratie en hebben geen werkgever naar wie ze terug kunnen. De ongunstige kenmerken van vangnetters zijn verantwoordelijk voor 41% van het grotere aantal WIA-aanvragen, en het feit dat men geen werkgever meer heeft voor 59%. Dit illustreert hoe belangrijk de faciliteiten en inspanningen van de werkgever zijn voor het succes van het participatiebeleid.

Tot slot

Parallel aan de beleidswijzigingen is de afgelopen jaren het arbeidsongeschiktheidsvolume gedaald, is het ziekteverzuim gedaald (tot 2007 en sindsdien constant) en is de arbeidsdeelname van gedeeltelijk arbeidsongeschikten wanneer rekening wordt gehouden met veranderingen in de groepssamenstelling licht gestegen. Er blijven echter een aantal aandachtspunten. Allereerst het uitkeringsvolume in de Wajong, dat sterker steeg dan verwacht (2011 toonde voor het eerst een afname). Daarnaast blijft de deelname duidelijk achter van mensen die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn, vooral van mensen die in het vangnet van de Ziektewet vallen. Verder valt op dat de arbeidsdeelname van personen met gezondheidsbeperkingen achterblijft bij de internationale positie die Nederland inneemt als het gaat om de participatie van personen zonder gezondheidsbeperking. Ook het aandeel arbeidsongeschikten is in Nederland hoger dan het EU-gemiddelde. Qua uitgaven aan arbeidsongeschiktheid behoort Nederland tot de hoogst scorende landen.

De analyses in de rapportage tonen een aantal aanknopingspunten voor beleid.
Ten eerste is behoud van de werkgeversrelatie cruciaal voor succesvolle re-integratie van mensen met gezondheidsbeperkingen. Ten tweede blijkt gezondheidsbeleving een bepalende factor te zijn voor arbeidsparticipatie. Interventies gericht op het doorbreken van de vicieuze cirkel van negatieve gezondheidsbeleving en non-participatie lijken veelbelovend. Een derde aanknopingspunt is intensivering van verzuimbegeleiding en – controle; daarmee valt het verzuim met enkele procenten te reduceren. Een vierde kansrijke optie is thuis- en telewerk. Met name telewerk vanuit huis reduceert ziekteverzuim en stimuleert de arbeidsduur van arbeidsgehandicapten. Een vijfde aanknopingspunt is gelegen in de prikkelstructuur van de WIA. Voor mensen

die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn en nog werkloosheidsrechten hebben, is arbeidsparticipatie naar vermogen op korte termijn nauwelijks rendabel. Ook is momenteel uitbreiding van het aantal arbeidsuren niet voor alle groepen (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten lonend.

Deze aanknopingspunten staan echter niet op zichzelf. Het ouder worden van de beroepsbevolking zorgt voor extra druk op de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen; ouderen hebben meer gezondheidsproblemen en minder kans op een baan dan jongeren. Een andere 'bedreigende' ontwikkeling is de verdergaande flexibilisering van de arbeidsmarkt. De re-integratie van mensen met gezondheidsbeperkingen, vooral de oudere onder hen, heeft een beduidend grotere kans van slagen wanneer deze bij de eigen werkgever plaatsvindt.

1 Aandacht voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

Patricia van Echtelt en Maroesjka Versantvoort (SCP)

1.1 Beleidscontext

Een hoog ziekteverzuim, een groot aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en een geringe arbeidsparticipatie van arbeidsgehandicapten hebben jarenlang aandacht gevraagd van Nederlandse beleidsmakers. De schijnbaar onbeheersbare groei van het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen werd wel 'de open zenuw van de Nederlandse verzorgingsstaat' genoemd. De afgelopen decennia zijn substantiële beleidswijzigingen doorgevoerd om de instroom in uitkeringen te beperken en de arbeidsparticipatie te bevorderen. Het beleid richtte zich niet alleen op de uitkeringsgerechtigden. Ook werkgevers werden financieel gestimuleerd de instroom in uitkeringen zo veel mogelijk te beperken en participatie en re-integratie te bevorderen. Het regeerakkoord uit 2010 sprak van het streven naar een participatiemaatschappij om de betaalbaarheid van de verzorgingstaat te waarborgen. Dit houdt in dat ieder 'naar vermogen' participeert in de samenleving. Het participatiestreven wordt onder meer ingegeven door ontwikkelingen als vergrijzing en ontgroening, die het beroep op het stelsel vergroten en tegelijkertijd het financiële draagvlak reduceren. De economische crisis die eind 2008 inzette zorgt voor extra druk.
De vraag is nu hoe tegen deze achtergrond het ziekteverzuim, het arbeidsongeschiktheidsvolume en de arbeidsparticipatie van mensen met een gezondheidsbeperking zich ontwikkeld hebben. Deze studie beoogt daarop een antwoord te geven. Niet alleen door ontwikkelingen te schetsen, maar ook door deze te plaatsen in het perspectief van beleidsveranderingen, internationale ontwikkelingen en economische omstandigheden.

Het rapport is een vervolg op de trendrapportages *Beter aan het werk* (Jehoel-Gijsbers 2007) en *Beperkt aan het werk* (Jehoel-Gijsbers 2010), een samenwerkingsproject van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) met het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en TNO. Voor deze editie is het samenwerkingsverband uitgebreid met het UWV Kenniscentrum. Deels is dit rapport een update en deels een verdieping van de thematiek. Monitoring, zoals beoogd bij de start van de eerste trendrapportage, blijft de hoofddoelstelling. Hoewel de trends worden geduid in het perspectief van recente beleidsontwikkelingen, is het niet de doelstelling beleidswijzigingen te evalueren.

Historisch overzicht van beleid

In de jaren tachtig van de vorige eeuw was er veel kritiek op de Ziektewet en de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO): ze zouden te duur zijn en misbruik in de hand werken. Bovendien zouden werkgevers door het ontbreken van financiële prikkels

te weinig aan preventie en re-integratie doen. De kosten van de sociale zekerheid namen in die periode sterk toe, hetgeen op langere termijn tot een onhoudbare situatie zou leiden. De overheid trachtte de uitgaven eerst te beteugelen door de uitkeringsniveaus te verlagen. In 1985 ging de WAO omlaag van 80% naar 70% van het laatstverdiende loon; uitkering via de Ziektewet ging naar 75% en een jaar later eveneens naar 70%. Daarnaast streefde de overheid naar beperking van het aantal uitkeringsgerechtigden. Ook kwam er steeds meer aandacht voor de aanpak en de registratie van ziekteverzuim door bedrijven (Smulders en Veerman 1990). In 1987 is het stelsel van sociale zekerheid sterk gewijzigd. Gedeeltelijk arbeidsongeschikten kwamen niet meer in aanmerking voor een volledige WAO-uitkering, maar moesten voor het deel dat zij werkloos waren een beroep doen op een werkloosheidsregeling. De stelselherziening leidde echter niet tot de beoogde vermindering van het aantal uitkeringsontvangers. Het ziekteverzuim daalde, maar bleef ondanks de maatregelen steken op een tamelijk hoog niveau (7% in 1990).

Vanaf begin jaren negentig kwam meer nadruk te liggen op de beheersbaarheid van het stelsel van sociale zekerheid en richtte men zich meer op beperking van de instroom en bevordering van de uitstroom (Koopmans 2007). Nieuwe aanpassingen in de uitkeringsvoorwaarden moesten het beroep op de regelingen verminderen (zie tabel 1.1). De voorwaarden werden aangescherpt en re-integratie kwam centraler te staan. Ook zittende WAO'ers jonger dan 45 jaar moesten herbeoordeeld worden volgens de nieuwe criteria, zoals vastgelegd in het aangepaste Schattingsbesluit uit oktober 2004.

Tabel 1.1
Wet- en regelgeving rondom arbeidsongeschiktheid 1992-2010

1992	Wet terugdringing arbeidsongeschiktheidsvolume (TAV)
1993	Wet terugdringing beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA)
1994	Wet terugdringing ziekteverzuim (TZ)
1995	Wet afschaffing malus bevordering re-integratie (Amber)
1996	Wet uitbreiding loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (WULBZ)
1998	Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (Pemba)
1998	Wet op de (re)integratie van arbeidsgehandicapten (REA)
2002	Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (SUWI)
2002	Wet verbetering poortwachter (WVP)
2003	Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ)
2004	Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (VLZ)
2004	Aanpassing schattingsbesluit (ASB)
2006	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)
2009	Wet stimulering arbeidsparticipatie
2010	Herziening Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wajong)

De verantwoordelijkheid voor verzuim en re-integratie kwam steeds meer bij werkgever en werknemer te liggen in plaats van bij publieke uitvoeringsorganisaties. Dat gebeurde met financiële prikkels en organisatorische maatregelen. Zo werd de periode

dat de werkgever het loon verplicht moest doorbetalen steeds langer. In 1994 werd dit twee tot zes weken (Wet terugdringing ziekteverzuim), in 1996 één jaar (Wet uitbreiding loondoorbetalingsverplichting bij ziekte) en in 2004 twee jaar (Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte). In 2002 werd de Wet verbetering poortwachter ingevoerd, die de werkgever verplicht de re-integratie van de zieke werknemer planmatig vorm te geven. Als bij de aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsuitkering blijkt dat een werkgever te weinig gedaan heeft om zieke werknemers weer aan het werk te krijgen, kan een loondoorbetalingsanctie volgen. En als de werknemer onvoldoende meewerkt aan de re-integratie kan de werkgever met toestemming van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) de loondoorbetaling stopzetten of de werknemer ontslaan.

Met de invoering van de Wet structuur uitvoering werk en inkomen (SUWI) in 2002 is ook de uitvoering van de sociale zekerheid sterk gewijzigd (zie Vrooman et al. 2002). Het nieuwe UWV werd verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheidsregelingen.

Als sluitstuk van de nieuwe maatregelen is in 2006 de WAO vervangen door de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). De WIA benadrukt dat werknemers moeten werken naar vermogen, ook als ze minder arbeidsgeschikt zijn. De drempel om in aanmerking te komen voor een uitkering is verhoogd van 15% naar 35% teruggang in verdiencapaciteit. De wet bestaat uit twee regelingen. Arbeidsongeschikten bij wie het loonverlies 80% of meer is en er geen zicht is op herstel, vallen onder de Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten (IVA). Personen die gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn (vanaf 35% loonverlies) en volledig arbeidsongeschikten bij wie nog een kans op herstel aanwezig is, vallen onder de Werkhervattingsregeling gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA). Het inkomen van de gedeeltelijk arbeidsongeschikten is afhankelijk van de mate waarin ze werken. In 2010 is ook de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wajong) aangepast, waarbij activering centraler is komen te staan. Net als in de WIA is het uitgangspunt dat werken voor jonggehandicapten lonend moet zijn en dat zij gestimuleerd worden te werken naar vermogen.

1.2 Vraagstelling en opzet van het rapport

De rapportage beoogt trends in het ziekteverzuim, het arbeidsongeschiktheidsvolume, en de arbeidsparticipatie van mensen met een gezondheidsbeperking uiteen te zetten en deze in het perspectief van relevante beleidsmatige, internationale en economische ontwikkelingen te duiden. De centrale onderzoeksvraag van deze rapportage is:

Hoe hebben het ziekteverzuim, het arbeidsongeschiktheidsvolume en de arbeidsparticipatie van mensen met een gezondheidsbeperking zich de afgelopen jaren ontwikkeld en welke (beleids)ontwikkelingen hebben hierbij een rol gespeeld?

De publicatie bevat twee delen. Het eerste deel, hoofdstuk 2 tot en met 5, behandelt de relevante trends. We brengen in kaart hoe ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van personen met een gezondheidsbeperking zich het afgelopen

decennium hebben ontwikkeld. Daarnaast plaatsen we de Nederlandse situatie in internationaal perspectief.

1 Het tweede deel verdiept en duidt de gesignaleerde trends. We behandelen drie thema's: 1 de invloed van ontwikkelingen op het terrein van arbeid op ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid;
2 factoren die de keuzes van werknemers en werkgevers beïnvloeden bij de re-integratie naar werk;
3 groepen die een bijzondere of een kwetsbare positie innemen.

Bij het eerste thema – ontwikkelingen op het terrein van arbeid – gaan we in op de groeiende populariteit van 'Het nieuwe werken' en de effecten die tele- en thuiswerken hebben op ziekteverzuim en de arbeidsdeelname van arbeidsgehandicapten. Thuis- en telewerken zouden positieve gevolgen hebben, zoals minder files en meer mogelijkheden om werk en zorg te combineren. Wat zijn de (te verwachten) consequenties van telewerk en thuiswerk voor ziekteverzuim? En welke mogelijkheden bieden deze werkvormen voor de arbeidsdeelname van mensen met een gezondheidsbeperking? In hoofdstuk 6 wordt op deze vragen ingegaan.

Het tweede perspectief – factoren die de keuzes van werknemers en werkgevers beinvloeden bij de re-integratie naar werk – is leidend in de hoofdstukken 7, 8 en 9. Hoofdstuk 7 richt zich op het werkgeversperspectief en beoogt inzicht te geven in de 'harde' en 'zachte' factoren die van invloed zijn op het aantrekken en behouden van mensen met een gezondheidsbeperking. Participatie van deze groep vereist immers organisaties die deze mensen (duurzaam) opnemen. In dit kader wordt wel gesproken van 'inclusieve arbeidsorganisaties': organisaties die mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt duurzaam en naar vermogen laten werken en de daarvoor benodigde aanpassingen realiseren. We beschrijven de kenmerken van inclusieve organisaties. Hoofdstuk 8 gaat in op de werking van financiële prikkels voor werkhervatting en remming van uitkeringsafhankelijkheid. Bij hervormingen van de regelingen voor arbeidsongeschiktheid stond activering voorop: werkgever en werknemer worden met financiële prikkels aangemoedigd het beroep op het stelsel te minimaliseren en de resterende verdiencapaciteit te maximaliseren. Hoofdstuk 9 brengt de relatie tussen gezondheidsbeleving en arbeidsparticipatie in kaart voor mensen met een langdurige aandoening. De relatie tussen de feitelijke gezondheid en arbeidsdeelname is veelvuldig onderzocht. Recent groeit echter de aandacht voor de beleving van de gezondheid als factor die bepaalt of mensen met een gezondheidsbeperking wel of niet deelnemen aan arbeid.

Het derde perspectief – bijzondere groepen – staat centraal in hoofdstuk 10. Uit de evaluatie van de WIA kwam de positie van de groep arbeidsbeperkten zonder werkgever als grootste aandachtspunt naar voren, vooral die van mensen die voor 35% of minder arbeidsongeschikt zijn bevonden, de zogenaamde 35-minners. Dit zijn zieke werklozen, werknemers die ziek zijn op het moment dat hun dienstverband afloopt, en zieke uitzendkrachten. Zij doen een beroep op het vangnet van de Ziektewet en worden

daarom ook wel 'vangnetters' genoemd. Dit hoofdstuk onderzoekt waarom deze groep minder frequent en minder snel het werk hervat dan zieke werknemers.

Opzet en perspectief van de hoofdstukken variëren per thema. In het slothoofdstuk, hoofdstuk 11, bespreken we deze perspectieven in samenhang, presenteren we de belangrijkste bevindingen en noemen we aandachtspunten voor beleid.

1.3 Definiëring van onderzoeksgroepen

In wet- en regelgeving en in onderzoek naar ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid worden verschillende definities gehanteerd voor de groepen waarop het beleid of de studie betrekking heeft. Het gaat bijvoorbeeld om mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering, arbeidsgehandicapten en mensen met een beperking. Soms is er grote overlap tussen deze groepen, maar er zijn ook duidelijke verschillen. Deze verschillen komen ook terug in de databestanden die voor de analyses in deze rapportage worden gebruikt (zie § 1.4). Daarom geven we in kader 1.1 een beknopt overzicht van een aantal definities (zie ook Jehoel-Gijsbers 2010).

Kader 1.1 Enkele definities van personen met gezondheidsproblemen

Mensen met een langdurige aandoening
Dit zijn mensen die in een enquête 'ja' antwoorden op de vraag of men 'last heeft van een of meer langdurige aandoeningen, ziekten of handicaps'. Deze vraag komt onder andere voor in de Enquête Beroepsbevolking (EBB).

Arbeidsgehandicapt
Deze term wordt gebruikt om op basis van enquêtegegevens de groep aan te duiden die niet alleen last heeft van een langdurige aandoening (zie hierboven), maar ook als gevolg hiervan belemmerd wordt in het uitvoeren of verkrijgen van werk. In de EBB wordt in geval van een langdurige aandoening, ziekte of handicap aansluitend gevraagd of er sprake is van een belemmering in het uitvoeren of verkrijgen van werk. Is dat volgens de respondent het geval, dan is er sprake van een arbeidshandicap en heet de persoon een arbeidsgehandicapte.

Arbeidsongeschikt
De term arbeidsongeschikt wordt gebruikt voor iemand die na een beoordeling door het UWV volledig of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is verklaard en recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de WAO, WIA, WAZ of Wajong. De WAO en WIA zijn verzekeringen voor werknemers, de WAZ voor zelfstandigen en de Wajong is voor jonggehandicapten. De mate van arbeidsongeschiktheid wordt niet uitgedrukt in termen van ziekte maar van verlies aan verdiencapaciteit. Personen zijn volledig arbeidsongeschikt als zij niet meer dan 20% kunnen verdienen van het inkomen dat ze hadden op het moment dat de ziekteverzuimperiode van twee jaar inging. In alle andere gevallen is de persoon gedeeltelijk arbeidsongeschikt.

Kader 1.1 (vervolg)

Arbeidsbeperkten
Arbeidsbeperkten zijn mensen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen. Daarnaast ook personen die bij de WIA-claimbeoordeling minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn bevonden (35-minners) en bij wie de WAO-uitkering bij de herbeoordelingoperatie in het kader van de aanpassing Schattingsbesluit in 2004 (ASB) is beëindigd.

Personen met een negatieve gezondheidsbeleving
De gezondheidsbeleving is het oordeel dat iemand in een enquête geeft over zijn of haar eigen gezondheid. Daarbij worden alle gezondheidsaspecten meegewogen die de persoon zelf relevant vindt. Het gaat dus niet om de feitelijke gezondheid of objectief vastgestelde beperkingen, maar om de beleving. We spreken van een negatieve gezondheidsbeleving als mensen aangeven dat zij hun gezondheidstoestand over het algemeen als 'slecht' of 'zeer slecht' beleven.

Personen met gezondheidsbeperkingen
Deze omschrijving wordt in dit rapport gebruikt als algemene aanduiding van groepen met gezondheidsproblemen. Dit wil zeggen dat zij op elk van de hierboven vermelde groepen kan worden toegepast. In de context van het hoofdstuk wordt duidelijk welke specifieke groep wordt bedoeld.

1.4 Gebruikte databestanden

We geven een kort overzicht van de databestanden die in deze rapportage zijn gebruikt. In vergelijking met de eerste trendrapportage in 2007 zijn nu meer gegevens over ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid beschikbaar. In de eerste plaats is voor een aantal databestanden, zoals de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) en de *European Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC), inmiddels een langere tijdreeks beschikbaar, wat inzicht biedt in de ontwikkelingen in het ziekteverzuim op langere termijn. In de tweede plaats zijn er nieuwe gegevensbestanden. Zo maakt de Monitor arbeidsbeperkten en werk (AB&W) over de jaren 2007-2010 het mogelijk de ontwikkelingen in arbeidsdeelname bij verschillende groepen arbeidsbeperkten te volgen. De Kwartaalenquête ziekteverzuim (KZV) en de Werkgeversenquête arbeidsomstandigheden (WEA), beide gestart in 2008, benaderen ziekteverzuim en de aanpak ervan vanuit het perspectief van de werkgever. Net als in de eerdere trendrapportages is voor deze editie gebruik gemaakt van een aantal langer lopende onderzoeken en registraties, zoals het Permanent onderzoek leefsituatie (POLS) en het Sociaal statistisch bestand (SSB). Tabel 1.2 biedt een overzicht van de gebruikte databestanden.

Tabel 1.2
Gebruikte databestanden

gegevensbestand	start	frequentie	doelpopulatie	indicatie steek-proefomvang	hoofd-stuk
Nationale enquête arbeids-omstandigheden (NEA)	2003	sinds 2005 jaarlijks	werknemers	22.000	2, 6
Kwartaalenquête ziekte-verzuim (KZV)	2008	elk kwartaal	werkgevers	25.000	2
Werkgevers enquête arbeids-omstandigheden (WEA)	2008	tweejaarlijks	werkgevers	5.200	2, 7
Werkgeversenquête Brabant	2011	eenmalig	werkgevers	228	7
European Working Conditions Survey (EWCS)	1990	vijfjaarlijks	EU, werkenden	1.000 per land	5
Enquête beroepsbevolking (EBB)	1987	Jaarlijks	personen > 15 jr	75.000	4
Sociaal statistisch bestand (SSB)[a]	1999	jaarlijks	Personen	-	3, 4
European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2005	jaarlijks	EU, personen > 16 jr	14.000 in NL	5
Permanent onderzoek leefsituatie (POLS)	1997	jaarlijks	personen	9.000	9
Weg naar de WIA (WnW)	2007	eenmalig met drie metingen	langdurig zieke werk-nemers en hun werk-gevers en vangnetters	6.300 (eerste meting)	10
Monitor Arbeidsbeperkten en werk (AB&W)	2007	jaarlijks	arbeidsbeperkten	populatie-gegevens	4, 10

a In het SSB wordt informatie uit verschillende bronbestanden bij elkaar gebracht.

Literatuur

Jehoel-Gijsbers, G. (red.) (2007). *Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Jehoel-Gijsbers, G. (red.) (2010). *Beperkt aan het werk. Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Koopmans, I. (2007). *De beheersing en verdeling van het zorgrisico. Modernisering van de sociale zekerheid 1987-2007.* Amsterdam: Aksant.

Smulders, P.G.W. en T.J. Veerman (1990). *Handboek ziekteverzuim: gids voor de bedrijfspraktijk.* Den Haag: Delwel Uitgeverij.

Vrooman, C., S. Hoff, G. Jehoel-Gijsbers, L. Ruitenberg, J.M. Wildeboer Schut (2002). Sociale zekerheid. In: *Sociaal en Cultureel Rapport 2002; De kwaliteit van de quartaire sector;* (p. 314-424). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

2 Trends in ziekteverzuim

John Klein Hesselink, Irene Houtman en Seth van den Bossche (TNO)

2.1 Onderzoeksvragen en databestanden

Dit hoofdstuk gaat over ontwikkelingen in het ziekteverzuim in Nederland. Het bevat trendgegevens, informatie over de achtergronden en gevolgen van ziekteverzuim en een beschrijving van de maatregelen die werkgevers en de overheid nemen om het verzuim terug te brengen en laag te houden. Vijf vragen staan centraal:

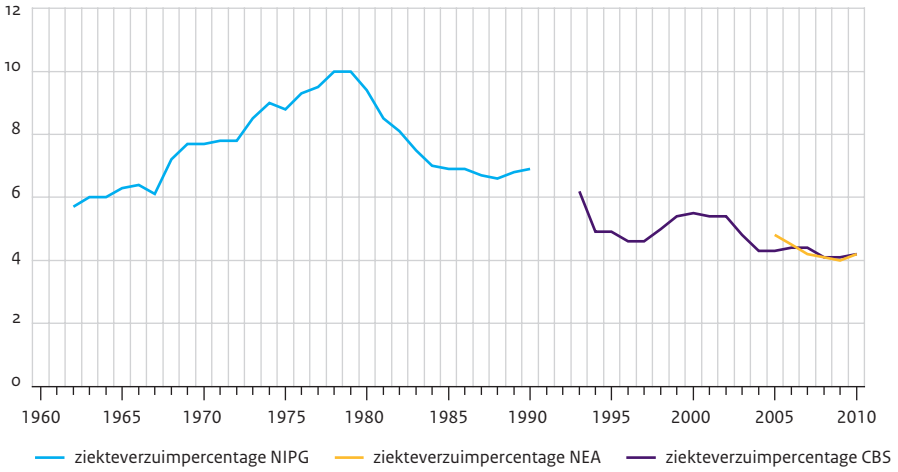
Wat zijn de ontwikkelingen in het verzuim in Nederland?
Welke werknemers hebben een hoog verzuim?
Met welke gezondheidsproblemen verzuimen werknemers?
In welke mate is verzuim werkgebonden?
Wat doen werkgevers aan de aanpak van verzuim?

De verzuimgegevens in dit hoofdstuk zijn grotendeels afkomstig uit de Nationale enquête arbeidsomstandigheden (NEA) (Koppes et al. 2011). Deze jaarlijkse enquête met een nettorespons van 22.000 tot 24.000 Nederlandse werknemers geeft inzicht in zaken zoals kenmerken van werknemers, de arbeid die zij verrichten, arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden, gezondheid en ziekteverzuim. We analyseren de gegevens van de jaren 2005 tot en met 2010, die in totaal betrekking hebben op 138.848 werknemers. Het ziekteverzuim in de NEA wordt gemeten met zelfrapportage. In de eerste plaats wordt gevraagd naar het aantal werkdagen en het aantal keer dat men heeft verzuimd in de afgelopen twaalf maanden. Door het aantal verzuimde werkdagen te delen door het contractueel aantal te werken dagen is het verzuimpercentage voor deeltijd gecorrigeerd. Daarnaast worden vragen gesteld over de laatste keer dat men verzuimd heeft: het aantal werkdagen verzuim, de klacht waarmee verzuimd is, de indruk die men heeft of deze klacht het gevolg is van het werk en de verzuimbegeleiding.

2. 2 Wat zijn de ontwikkelingen in het verzuim in Nederland?

Vijftig jaar ziekteverzuim in Nederland kenmerkt zich door grote schommelingen (zie figuur 2.1). Het ziekteverzuim steeg van ongeveer 6% in 1962 tot 10% in 1978 en 1979. Daarna daalde het tot 7% in 1990. Pas na een aantal ingrijpende wettelijke maatregelen (zie hoofdstuk 1) daalde het verzuim vanaf 1994 verder naar 4,1% in 2008. Vanaf 2009 is het verzuimpercentage gestabiliseerd; in 2010 was het 4,2% (zie ook Klein Hesselink et al. 2012).

Figuur 2.1
Ontwikkeling van ziekteverzuim in Nederland, 1962-2010 (in procenten)



Bron: Vrijhof en Prins (1990); Houtman et al. (1999, 2001); CBS StatLine; Klein Hesselink et al. (2012)

De werknemersverzekering tegen inkomensverlies bij ziekte kent een lange geschiedenis. De Ziektewet is in 1929 ingevoerd en bepaalde dat alle werknemers in Nederland na twee ziektedagen een uitkering kregen. De betaling van de uitkering werd via de werkgever geregeld. De premie werd betaald door werkgevers en werknemers via een afdrachtsysteem aan bedrijfsverenigingen. De Ziektewet heeft lange tijd in min of meer dezelfde vorm bestaan. Toen in 1967 de WAO werd ingevoerd, bleek deze wet tevens van invloed te zijn op de Ziektewet. Werkgevers en werknemers gingen het traject van de Ziektewet naar de WAO steeds vaker gebruiken als een afvloeiingsregeling voor ontslagen werknemers. Het almaar stijgende verzuim dwong de overheid tot ingrijpende wettelijke maatregelen, die er uiteindelijk toe leidden dat het verzuim sterk daalde. In deze maatregelen kwam steeds meer verantwoordelijkheid bij werkgevers en werknemers te liggen (zie hoofdstuk 1).
Het zijn niet alleen de wettelijke maatregelen die tot een daling hebben geleid. Ook het maatschappelijke bewustzijn dat het verzuim teruggedrongen moest worden en de opkomst van arbodiensten, particuliere verzuimbureaus en arboprofessionals hebben daaraan bijgedragen. De verzuimbegeleiding van zieke werknemers werd een wettelijke verplichting en is integraal onderdeel geworden van het beleid in ondernemingen, hoewel er ook ontsnappingsmogelijkheden bestaan. In de huidige ongunstige economische situatie worden tijdelijke arbeidsovereenkomsten minder vaak verlengd en komen door faillissementen en reorganisaties veel voormalige werknemers bij ziekte in het vangnet Ziektewet terecht en via dit traject in een van de WIA-regelingen (Van der Burg et al. 2011). Deze uitzonderingsregeling van de Ziektewet is na de privatisering ervan blijven bestaan om (voormalige) werknemers die geen werkgever hebben van een uitkering te

voorzien. Momenteel wordt nagegaan waarom er in het vangnet Ziekteverzuim zoveel WW-ers, eindedienstverbanders en uitzendkrachten door ziekte uiteindelijk in een WIA-regeling terechtkomen en wat daarvan de oorzaken zijn (Van der Burg et al. 2011). Bovendien tellen deze vangnetgroepen niet mee in de landelijke verzuimcijfers voor de periode die voorafgaat aan de WIA-intreding. De vraag is dan of het landelijke verzuimpercentage niet bijgesteld moet worden voor het verzuim van deze vangnetgroepen.

Kader 2.1 Wat is de economische betekenis van 4,2% verzuim?

In 2010 was het ziekteverzuim in Nederland 4,2%. Dat wil zeggen dat 4,2% van alle mogelijk te werken uren van werknemers niet gewerkt is vanwege ziekte, ongeval of een andere gezondheidsreden. Dit verzuim kost ongeveer 12,6 miljard euro per jaar, uitgaande van de 300,5 miljard euro aan totale loonkosten in Nederland in 2010 (CBS StatLine). Dit bedrag komt overeen met een recente schatting van 13 miljard euro in 2008 door Steenbeek et al. 2010.
4,2% verzuim betekent gemiddeld negen dagen verzuim per jaar per werknemer (uitgaande van een gemiddelde werkweek van 31 uur). Het betekent ook dat gemiddeld iedere dag meer dan 200.000 werknemers niet werken vanwege ziekte of een ongeval.
Bij deze berekeningen hoort wel de kanttekening dat ze onnauwkeurig zijn, omdat er geen differentiatie is naar populaties en sectoren. Bovendien zijn gedrags- en externe effecten niet meegenomen, zoals bij een maatschappelijke kosten-batenanalyse vaak wel gebeurt. Kosten voor bijvoorbeeld vervanging van ziek personeel en verzuimbegeleiding zijn niet meegenomen. Het is onbekend hoe hoog die zijn. In sommige organisaties blijft het werk gewoon liggen totdat de zieke medewerker hersteld is.
Het is ook niet zo dat het verzuim teruggebracht kan worden naar 0%; gezondheidsklachten zijn onvermijdelijk.

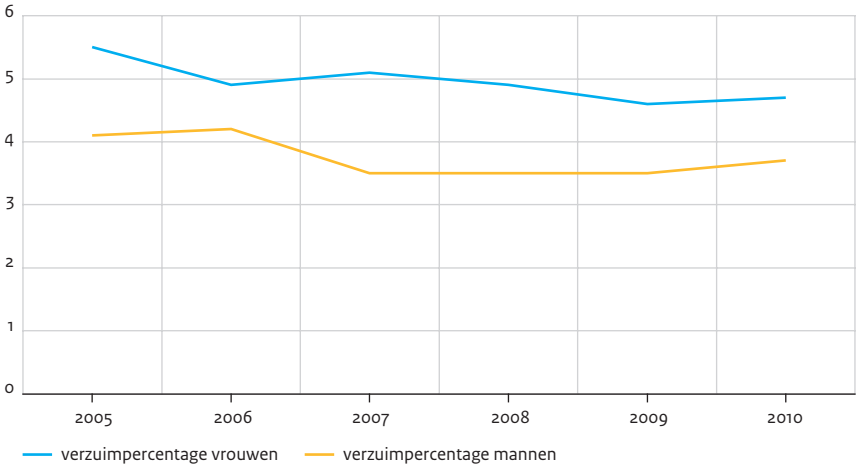
2.3 Welke werknemers hebben een hoog verzuim?

De hoogte van het ziekteverzuim hangt samen met demografische kenmerken en kenmerken van de werksituatie (Smulders 2007; Klein Hesselink en Smulders 2010). Inzicht in de achtergronden van deze kenmerken kan informatie geven over de oorzaken en ontwikkelingen van het verzuim. We bespreken vier kenmerken – geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en contractvorm – en bekijken de ontwikkelingen in de laatste zes jaren.

Geslacht

Hoewel er veel onderzoek is gedaan naar het consequent hogere ziekteverzuim van vrouwen (Houtman en Van den Heuvel 2001), zijn de verschillen met het ziekteverzuim van mannen nog steeds niet volledig te verklaren. Voordat we daarop ingaan geeft figuur 2.2 een overzicht van de verzuimpercentages van vrouwen en mannen.

Figuur 2.2
Ziekteverzuim naar geslacht, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA 2005-2010)

Het ziekteverzuim bij vrouwen ligt in de periode 2005-2010 gemiddeld 30% hoger dan bij mannen. Dat verschil is kleiner dan in begin jaren negentig, toen het verzuim van vrouwen 60% hoger lag dan dat van mannen (Jehoel-Gijsbers en Linder 2007). Onbekend is waarom dit verschil geslonken is.
Bij de gemiddelde verzuimduur is de relatie omgekeerd: bij vrouwen is die in 2010 lager (6,1 werkdagen) dan bij mannen (7,6 werkdagen). Vrouwen verzuimen gemiddeld wel vaker (1,3 keer per jaar) dan mannen (1,0 keer per jaar), maar per keer verzuimen zij dus minder lang.
Uit onderzoek naar de verzuimverschillen tussen vrouwen en mannen komt een complex aan factoren naar voren (Jettinghoff et al. 2004). Dat verklaart waarom het tot nu toe niet gelukt is die verschillen eenvoudig te duiden. Belangrijke problemen bij het vergelijken van de (internationale) onderzoeksliteratuur zijn de grote verschillen tussen landen, de leeftijd van de vrouwen, de beroepsgroep en de wijze waarom het verzuim is gemeten (Bekker et al. 2009).
Arbeidsomstandigheden en het verschil in arbeidsrisico's verklaren een deel van de verzuimverschillen tussen mannen en vrouwen (Mastekaasa en Dale Olsen 2000). Vrouwen hebben bijvoorbeeld minder ontplooiings- en regelmogelijkheden in hun werk dan mannen. Zelfs als ze hetzelfde werk doen, hebben ze andere taken. Zo werken vrouwelijke verpleegkundigen vaker op afdelingen waarin veel contact met patiënten en familie is, maar ook op afdelingen waar vaker getild of ander zwaar werk gedaan moet worden, terwijl mannelijke verpleegkundigen vaker als hoofd of op de operatiekamer of de intensive care werken (Dassen et al. 1990). Er zijn echter ook beroepen waar mannen het fysiek zwaardere werk doen (Messing et al. 1994, 1998). Daarnaast hebben dezelfde

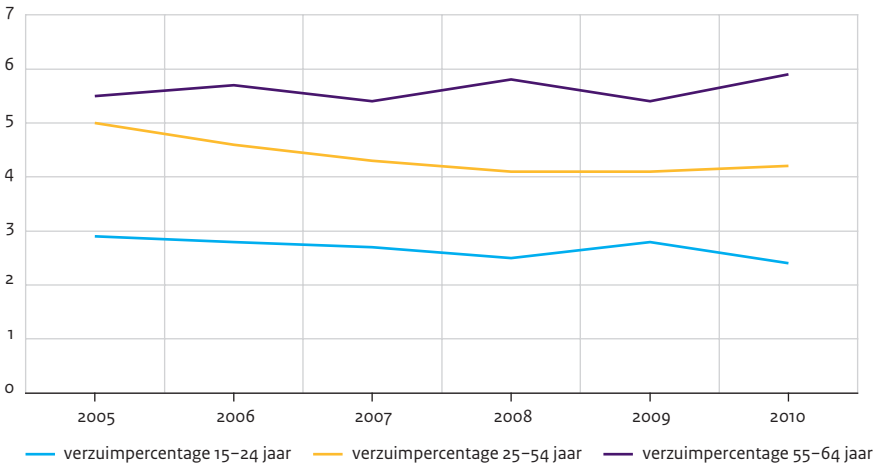
arbeidsomstandigheden soms een andere impact op mannen dan op vrouwen. Zo hangen een slechte werksfeer en fysiek zwaar werk juist bij vrouwen samen met een hoger verzuim of een grotere kans op arbeidsongeschiktheid (Houtman en Van den Heuvel 2001; van der Giezen 2000; Sanders en Nauta 2004).
Verschillen in gezondheid en lichamelijke gesteldheid spelen eveneens een belangrijke rol. Vrouwen hebben gemiddeld meer en andere gezondheidsklachten en een grotere medische consumptie dan mannen (Duijts et al. 2006; Houtman en Van den Heuvel 2001). Zwangerschap en bevalling spelen in Nederland nagenoeg geen rol in de verzuimcijfers, omdat deze vorm van afwezigheid collectief gefinancierd wordt via de Ziektewet. Maar de zwangerschapsperiode leidt wel tot meer (vermijdbaar) verzuim als niet tijdig de werklast wordt verminderd (Houtman et al. 2007). Vooral fysieke werkbelasting, psychosociale werkbelasting (hoge taakeisen, weinig regelmogelijkheden, gebrekkige sociale steun), ploegendienst en nachtarbeid vormen een aantoonbaar risico voor verzuim gerelateerd aan zwangerschap (Houtman et al. 2007).
Een andere factor die de verzuimverschillen tussen vrouwen en mannen verklaart is dat werkende vrouwen anders worden behandeld door hun werkgever, collega's of bedrijfsarts. Werkgevers hebben – zo lijkt – een grotere afstand tot vrouwen dan tot mannen (Cuelenaere 1997), maar ook bedrijfsartsen schatten het belang van re-integratie voor werkhervatting lager in voor vrouwen dan voor mannen (Vinke et al. 1999; Patton en Johns 2007). Daarnaast lijken vrouwen zich, met name wanneer klachten blijvend zijn, wat minder geroepen te voelen weer aan het werk te gaan dan mannen (Vinke et al. 1999; Eriksen et al. 2003).
De dubbele belasting van vrouwen door de combinatie van werk en gezin lijkt minder relevant voor de verklaring van verzuimverschillen tussen mannen en vrouwen. Diverse studies laten geen effect zien (Cuelenaere et al. 1996; Guérin et al. 1997; Sonnentag 1996; Van Deursen et al. 1999; Vingård et al. 2005; Voss et al. 2008). In een enkele studie wordt wel een ongunstig effect van dubbele belasting gerapporteerd (Hall 1992; Sandmark en Renstig 2010) maar dit effect is doorgaans gering en afhankelijk van de context waarin gewerkt en geleefd wordt. Vooral als vrouwen veel gezinstaken en -verantwoordelijkheden hebben (Jettinghoff et al. 2004; Lidwall et al. 2009) en bij eenoudergezinnen is er sprake van een hoger verzuim (Voss et al. 2008). In hoofdstuk 3 gaan we ook op deze verschillen in.
De conclusie is dat er veel factoren zijn waarop mannen en vrouwen verschillen en dat die factoren soms wel en soms niet een rol spelen bij het hogere verzuim van vrouwen. Nadere analyse van de NEA-cijfers laat echter zien dat vrouwen geen hoger ziekteverzuim hebben vanwege chronische aandoeningen dan mannen. Het grote verschil in het verzuimpercentage van mannen en vrouwen aan het einde van de jaren negentig is wel kleiner geworden. Een reden kan zijn dat de begeleidingsactiviteiten door de Wet verbetering poortwachter zijn toegenomen en meer gelijkmatig bij mannen en vrouwen worden toegepast. Maar feitelijk is het nog steeds niet volledig te verklaren waarom vrouwen meer verzuimen en vaker in de WIA komen dan mannen.

Leeftijd

Oudere werknemers hebben meer gezondheidsproblemen dan jonge. Dat uit zich ook in het ziekteverzuim en het is zelfs zo dat vooral de chronische gezondheidsproblemen de verschillen in ziekteverzuim tussen de leeftijdsgroepen vrijwel volledig verklaren (Klein Hesselink en Smulders 2010). Figuur 2.3 toont eerst de verschillen in ziekteverzuim voor drie leeftijdsgroepen van werknemers.

Figuur 2.3

Ziekteverzuim naar leeftijd, 2005-2010 (in procenten)



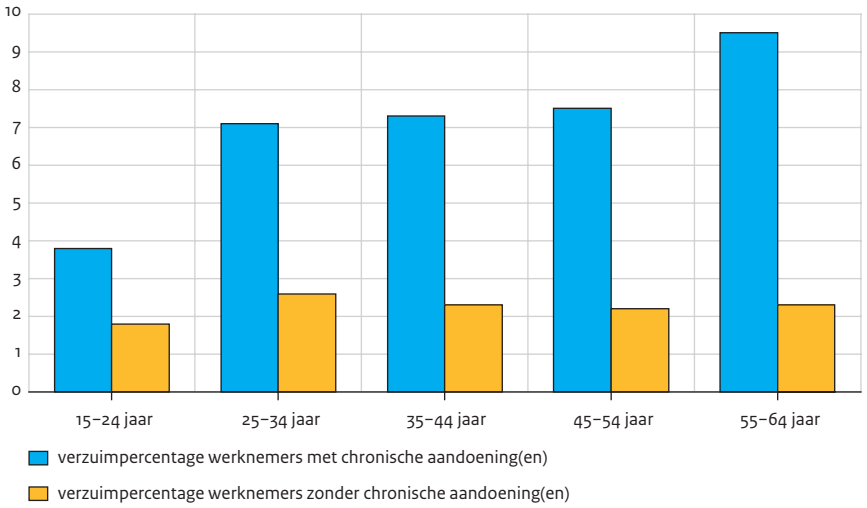
Bron: TNO/CBS (NEA 2005-2010)

Het verzuim van werknemers van 55 jaar en ouder is consequent hoger dan dat van de leeftijdsgroep 25-54 jaar, en dat is weer consequent hoger dan dat van werknemers van 15-24 jaar. Er is wel een opmerkelijk verschil te zien in figuur 2.3. Terwijl in het verzuim van de 55-plussers in de jaren 2005-2010 geen significant stijgende of dalende trend aanwezig is, toont het verzuim van de beide andere leeftijdsgroepen een duidelijk dalende trend. Een reden kan zijn dat werknemers op een gemiddeld steeds hogere leeftijd met pensioen gaan (Arts en Otten 2011), omdat de mogelijkheden voor vervroegde uittreding voor mensen met een zwakkere gezondheid zijn ingeperkt.

Ook de gemiddelde verzuimduur verschilt aanzienlijk tussen de drie leeftijdsgroepen. Een verzuimgeval duurt in de leeftijdsgroep van 55 jaar en ouder gemiddeld 9,8 werkdagen. In de groep van 15-24 jaar is dat 2,8 werkdagen. De verzuimfrequentie is ook verschillend, maar ligt wel dichter bij elkaar: gemiddeld 1,2 keer per jaar voor de groep van 15-24 jaar en 1,1 keer per jaar voor de groep van 55-64 jaar. De verzuimfrequentie van de oudste groep is dus lager, maar neemt wel wat toe over de jaren 2005-2010. In de beide

andere groepen daalt de verzuimfrequentie in deze periode, net als de gemiddelde verzuimduur.
De conclusie is dan dat het verzuimpercentage van ouderen vooral hoger is omdat de gemiddelde verzuimduur hoger is. Dat suggereert een relatie met gezondheidsklachten, die ook toenemen met het toenemen van de leeftijd. Klein Hesselink en Smulders (2010) laten zien dat chronische aandoeningen van oudere werknemers inderdaad het hogere verzuim van deze groep verklaren. Figuur 2.4 brengt dit in beeld.

Figuur 2.4
Ziekteverzuim van werknemers met en zonder chronische aandoeningen, naar leeftijd, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

Bij werknemers zonder chronische aandoeningen ligt het verzuimpercentage rond de 2 en dat geldt voor alle vijf de leeftijdsgroepen. Met het stijgen van de leeftijd neemt wel het verzuim van de groepen met chronische aandoeningen toe en duurt het verzuim langer.
De gemiddelde verzuimduur geeft eenzelfde beeld, maar daar is een geringe toename van de verzuimduur met de leeftijd te zien bij werknemers zonder chronische aandoening. De verzuimfrequentie in de groep zonder chronische aandoeningen is aanzienlijk lager (0,9 keer per jaar) dan in de groep met chronische aandoeningen (1,7 keer per jaar) en neemt af met de leeftijd.

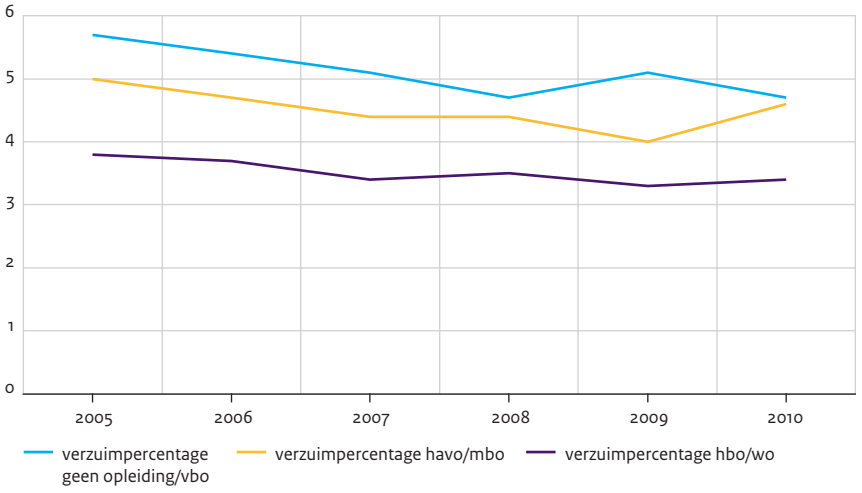
Oudere werknemers hebben om verschillende redenen een hoger verzuim dan jongere werknemers. Met de leeftijd nemen ook de gezondheidsklachten toe. Dat is een natuurlijk proces (Van den Boogaard et al. 2005), mede beïnvloed door een langdurige werkbelasting en een ongezonde leefstijl. Ook gaan oudere mensen anders om met beperkingen. Van den Bogaard et al. (2005) vinden bijvoorbeeld dat mensen vanaf 50 jaar een grotere herstelbehoefte hebben. Hoewel de lichamelijke gevolgen van het ouder worden zich heel verschillend voordoen bij mensen, komen verscheidene gezondheidsklachten aantoonbaar meer voor bij ouderen. Dat geldt ook voor de werkgerelateerde. In de leeftijdsklasse 45-54 jaar vindt de grootste instroom in de arbeidsongeschiktheidsregelingen plaats. Oudere werknemers (boven 54 jaar) lijken relatief gezond, maar dat beeld is mogelijk vertroebeld doordat werknemers met gezondheidsproblemen geleidelijk aan verdwijnen uit het arbeidsproces (*healthy worker effect*).
Daarnaast vinden Van den Bogaard et al. (2005) dat de aard van het werk van grote invloed is op de belasting van werknemers. Bij de blauwe boorden zijn de fysieke gevolgen van het werk groter dan bij de witte boorden. Bij laagopgeleiden doet zich sterker een cumulatie van risicofactoren voor dan bij hoogopgeleiden.
Een positief effect is te verwachten van de toegenomen regelcapaciteit van oudere werknemers (Van den Bogaard et al. 2005). Veel mensen compenseren hun lichamelijke beperkingen met hulpmiddelen (zoals een leesbril) en *coping*-strategieën. *Coping* gaat over de wijze waarop mensen omgaan met problemen, zoals conflicten tussen werk en privé en spanningen uit de omgeving. Een positieve levenshouding, alertheid op nieuwe mogelijkheden, een actieve houding, verhoogde realiteitszin en een goede relatie met de leidinggevende zijn bijvoorbeeld effectieve strategieën. Het blijkt dat oudere werknemers betere werkstrategieën en effectievere *coping*-strategieën hebben dan jongere werknemers (Van den Bogaard et al. 2005).

Opleidingsniveau

Opleidingsniveau is een belangrijke verklaring voor verschillen in ziekteverzuim tussen sectoren en beroepsgroepen. Werknemers met weinig opleiding verzuimen meer en vaker dan werknemers met een hoge opleiding.
Figuur 2.5 toont het ziekteverzuim voor drie opleidingsniveaus (hoogst afgeronde opleiding) in de periode 2005-2010.

Uit figuur 2.5 blijkt dat werknemers met een lager opleidingsniveau een hoger ziekteverzuim hebben dan werknemers in de middengroep, die op hun beurt weer hoger scoren dan werknemers uit de hoogste opleidingsgroep. Dit geldt ook voor de gemiddelde verzuimduur.

Figuur 2.5
Ziekteverzuim van werknemers naar opleidingsniveau, 2005-2010 (in procenten)



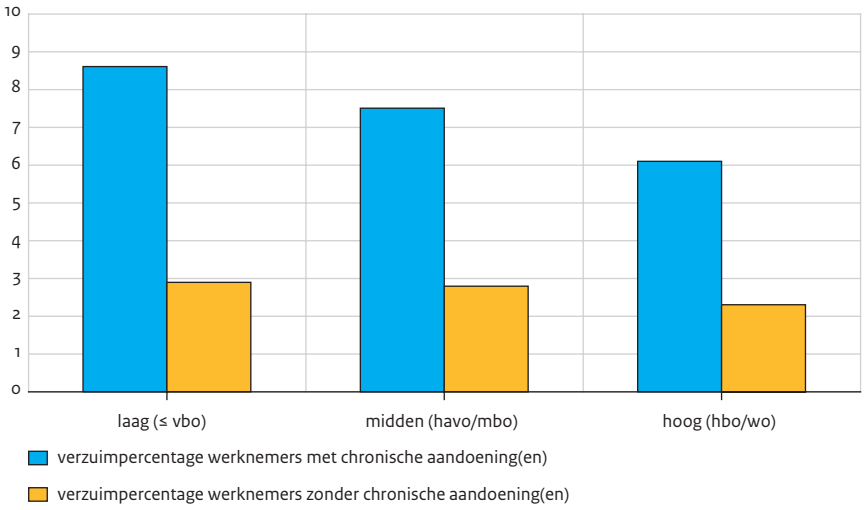
Bron: TNO/CBS (NEA 2005-2010)

De verschillen tussen de opleidingsniveaus zijn weer voor een belangrijk deel te verklaren uit verschillen in gezondheid: werknemers met een laag opleidingsniveau zijn gemiddeld ongezonder dan werknemers met een hoog opleidingsniveau (Programmacommissie SEGV-II 2001). Dat uit zich ook in het aantal werknemers met een of meer chronische aandoeningen (zie figuur 2.6).

Het ziekteverzuim van werknemers met een chronische aandoening is bij alle opleidingsniveaus hoger dan dat van mensen zonder aandoening, maar vooral onder werknemers met een laag opleidingsniveau.[1] De chronische aandoeningen verklaren dus in sterke mate de relatie tussen opleidingsniveau en ziekteverzuim. Bij werknemers zonder chronische aandoeningen is er nauwelijks verschil naar opleidingsniveau.

Om aan te geven dat mensen uit een lage sociaaleconomische klasse gemiddeld meer problemen met hun gezondheid en een hogere sterfte hebben dan mensen uit de hoge sociaaleconomische klassen wordt de term sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) gebruikt (Programmacommissie SEGV-II 2001). Sociaaleconomische status wordt gedefinieerd naar opleidingsniveau, inkomen en beroepsniveau. Deze drie kenmerken blijken in de praktijk sterk samen te hangen, zodat er gesproken wordt van sociaaleconomische klasse. De gezondheidsverschillen in de tabellen 2.5 en 2.6 hebben een sterke gelijkenis met de verschillen die in SEGV-onderzoek zijn aangetoond.

Figuur 2.6
Ziekteverzuim van werknemers met en zonder chronische aandoeningen naar opleidingsniveau, 2005-2010 (in procenten)



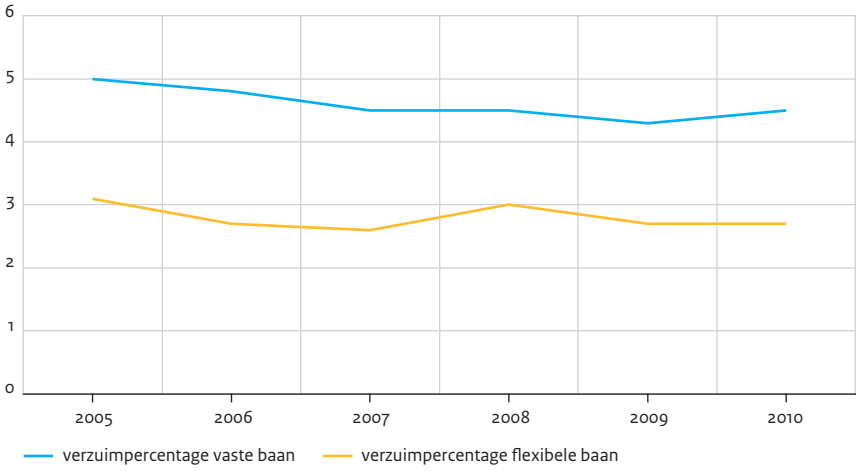
Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

Volgens de Programmacommissie SEGV-II (2001) is het ontstaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verklaren uit een selectiemechanisme en een causatiemechanisme. Bij het selectiemechanisme veroorzaakt een minder goede gezondheid de lagere sociaaleconomische status. Mensen met een slechte gezondheid stijgen gemiddeld minder snel op de sociaaleconomische ladder of dalen, bijvoorbeeld doordat zij niet kunnen studeren of werken. Bij het causatiemechanisme leiden factoren als een ongezonde leefstijl en ongunstige werk- en woonomstandigheden tot een slechtere gezondheid. Deze risicofactoren voor ziekte en sterfte komen vaker voor in de lagere sociaaleconomische klassen.

Contractvormen

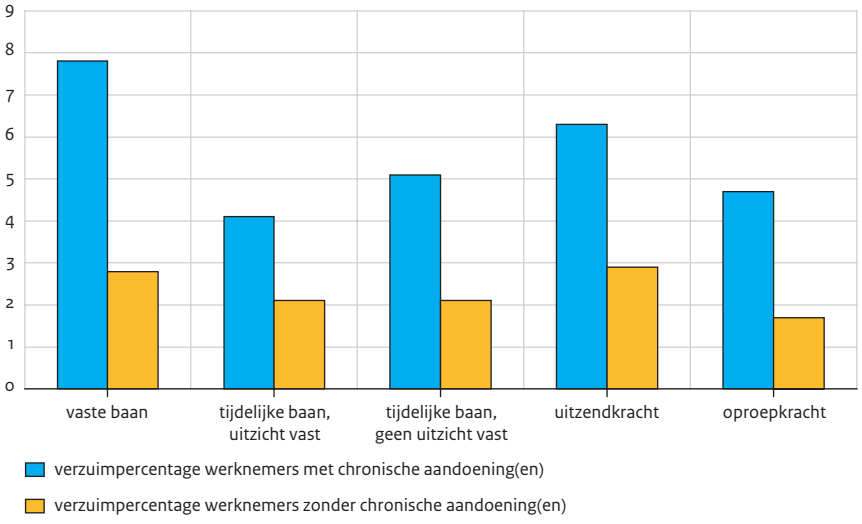
In de afgelopen drie decennia is het aandeel werknemers met een flexibele aanstelling (tijdelijk aangestelde werknemers, uitzendkrachten en oproepkrachten) sterk toegenomen (Knegt et al. 2007; Klein Hesselink et al. 2008). Vaak zijn flexibele banen tijdelijk: flexwerkers worden aangetrokken tijdens pieken in de productie of tijdens onderbezetting door vakantieperiodes of ziekte. Maar ook nieuwe werknemers krijgen steeds vaker tijdelijke contracten, om zo de proeftijd te verlengen.
Het aandeel flexwerkers in de werknemerspopulatie is in de afgelopen 40 jaar met flinke conjunctuurschommelingen gestegen van 4% in 1970 (Klein Hesselink et al. 2008) naar 20% in 2010 (Koppes et al. 2011). Inmiddels zijn er veel flexibele contractvormen ontstaan. In figuur 2.7 wordt de ontwikkeling in ziekteverzuim van flexwerkers vergeleken met die van werknemers met een vaste baan (arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd).

Figuur 2.7
Ziekteverzuim van flexwerkers versus werknemers met een vaste baan, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA 2005-2010)

Figuur 2.8
Ziekteverzuim van vier groepen flexwerkers met en zonder chronische aandoeningen versus werknemers met een vaste baan, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

De ontwikkeling van het verzuim van vast aangestelde werknemers lijkt sterk op die van het Nederlandse verzuimpercentage (figuur 2.1). Dat is niet verwonderlijk omdat 80% van de werknemers in 2010 een vaste baan had. Flexwerkers hebben doorgaans een lager verzuim dan werknemers met een vaste baan. Smulders en Nijhuis (1999) geven als mogelijke reden dat flexibele contracten een rem zetten op verzuim omdat flexwerkers bang zijn hun baan te verliezen. Werknemers met een vaste aanstelling hebben deze rem niet.

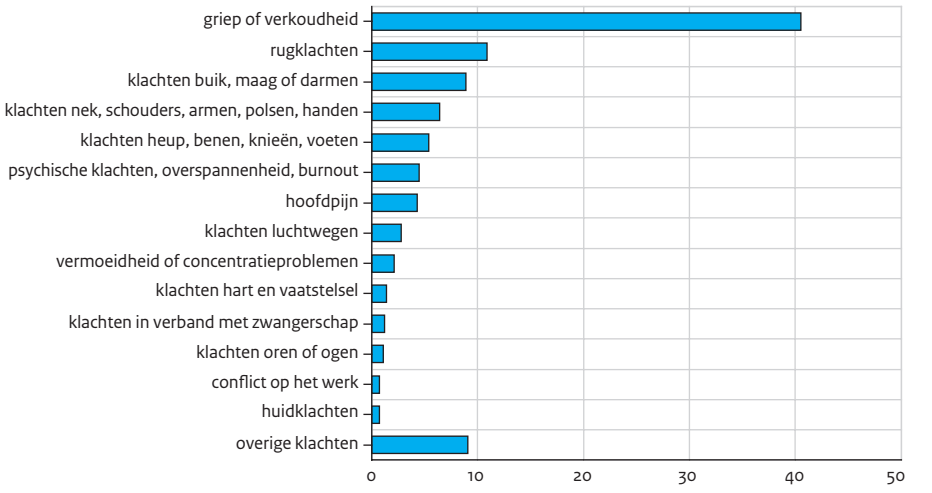
Uit figuur 2.8 blijkt dat werknemers met een vaste baan een hoger verzuimpercentage vanwege chronische aandoeningen hebben dan de vier onderscheiden groepen flexwerkers. Maar ook vaste werknemers zonder chronische aandoeningen hebben een hoger verzuim dan de flexwerkers, met uitzondering van de uitzendkrachten. Mogelijk spelen er dus ook andere effecten, bijvoorbeeld het remmende effect van de angst voor baanverlies en de leeftijd (flexwerkers zijn vaak jong). Het is onduidelijk wat er bij de uitzendkrachten aan de hand is.

2.4 Met welke gezondheidsproblemen verzuimen werknemers?

Werknemers verzuimen vooral vanwege gezondheidsproblemen. De tijden dat er op grote schaal ook vanwege allerlei andere redenen werd verzuimd, liggen al weer ver achter ons (Smulders en Veerman 1990). Overigens gebeurt het nog steeds, voor een gering deel, dat werknemers verzuimen vanwege verplichtingen thuis of andere redenen die niets met gezondheid te maken hebben (Van Luijn en Keuzenkamp 2004). We beperken ons echter tot verzuim om gezondheidsredenen.

Figuur 2.9

Klachten waarmee werknemers verzuimen, 2005-2010 (in procenten)

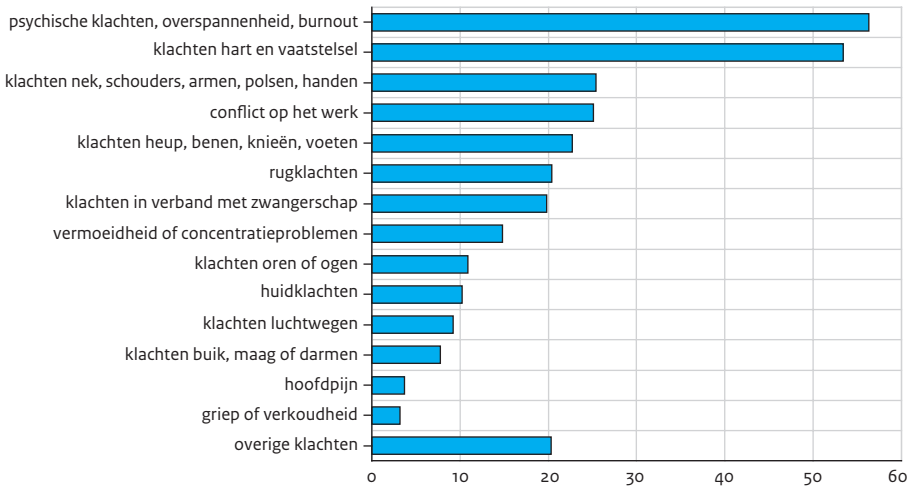


Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

Figuur 2.9 toont de gezondheidsklachten waarmee werknemers verzuimen. In de NEA is gevraagd de gezondheidsklachten in te vullen voor het meest recente verzuimgeval. Dat kan dus ook een aantal jaren geleden hebben plaatsgevonden. 14% van de werknemers vulde niets in omdat men nog nooit verzuimd had. Figuur 2.9 vermeldt alleen de gegevens van werknemers die verzuimd hebben.
Griep of verkoudheid blijkt met 41% de meest voorkomende klacht te zijn als reden voor verzuim. Ook klachten aan het bewegingsapparaat zijn een belangrijke reden om te verzuimen. Bij elkaar opgeteld veroorzaken klachten aan het bewegingsapparaat (rug, nek, schouders, armen en polsen, heup en benen, knieën en voeten) 23% van alle verzuimgevallen.

Figuur 2.10

Gemiddelde verzuimduur bij een aantal klachten, 2005-2010 (in procenten)

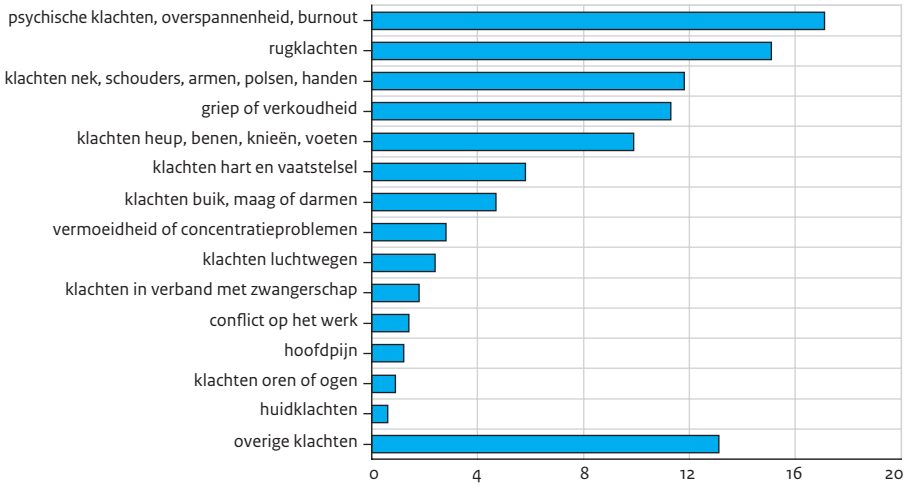


Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

Figuur 2.10 toont een ordening van verzuimredenen naar de duur van het verzuim. Griep of verkoudheid, die in figuur 2.9 bovenaan staan, staan in figuur 2.10 onderaan. Doorgaans duurt dit verzuim maar een paar dagen. Psychische klachten, die maar in 4% van de gevallen als reden voor het laatste verzuimgeval werden aangegeven, leiden tot het meest langdurige verzuim, namelijk gemiddeld 56 werkdagen. Hetzelfde is te zien bij de klachten aan hart en vaatstelsel en conflicten op het werk. Klachten aan hart en vaatstelsel zijn maar in 1,2% van de gevallen een reden om te verzuimen, maar dit verzuim duurt gemiddeld wel 53 werkdagen. Conflicten op het werk zijn in 0,6% van de gevallen een reden voor verzuim, maar leiden gemiddeld tot 25 werkdagen verzuim.

Figuur 2.11

Aandeel verzuimredenen in het totale verzuimvolume[a], 2005-2010 (in procenten)



a Aantal keren verzuim x aantal verzuimdagen.

Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

In figuur 2.11 zijn de kenmerken van de figuren 2.9 en 2.10 geïntegreerd om een schatting te geven van het aandeel van de verzuimredenen in het verzuimvolume in Nederland. Het verzuimvolume is de frequentie vermenigvuldigd met de duur. Voor iedere gezondheidsreden is berekend wat het aandeel is in het totale verzuimvolume (totaal van alle verzuimde dagen).

Psychische klachten, overspannenheid en burn-out blijken het meeste verzuim te veroorzaken: 17%. Ze komen weliswaar als reden niet zo ontzettend vaak voor (4% van de gevallen; de zesde plaats), maar als ze voorkomen leiden ze vaak tot langdurig verzuim (gemiddeld 56 werkdagen). Griep of verkoudheid staat nu op de vierde plaats. Ze komen vaak voor, maar met een gemiddeld korte verzuimduur. Als we alle klachten aan het bewegingsapparaat samenvoegen, zijn zij de belangrijkste bron van ziekteverzuim: 37%. Kijken we naar de ontwikkeling in de periode 2005-2010, dan blijkt dat het aandeel van de psychische klachten in het totale verzuimvolume afneemt. Een mogelijke reden kan zijn dat er door invloeden van de commissie-Donner en de Wet verbetering poortwachter sneller wordt aangestuurd op terugkeer naar het werk. Een andere verklaring is dat verzuim vanwege psychische klachten in economisch ongunstige tijden minder getolereerd wordt of dat werknemers met dit soort klachten sneller hun baan verliezen. Ook absoluut gezien is het aantal verzuimmeldingen vanwege psychische klachten in 2010 namelijk afgenomen.

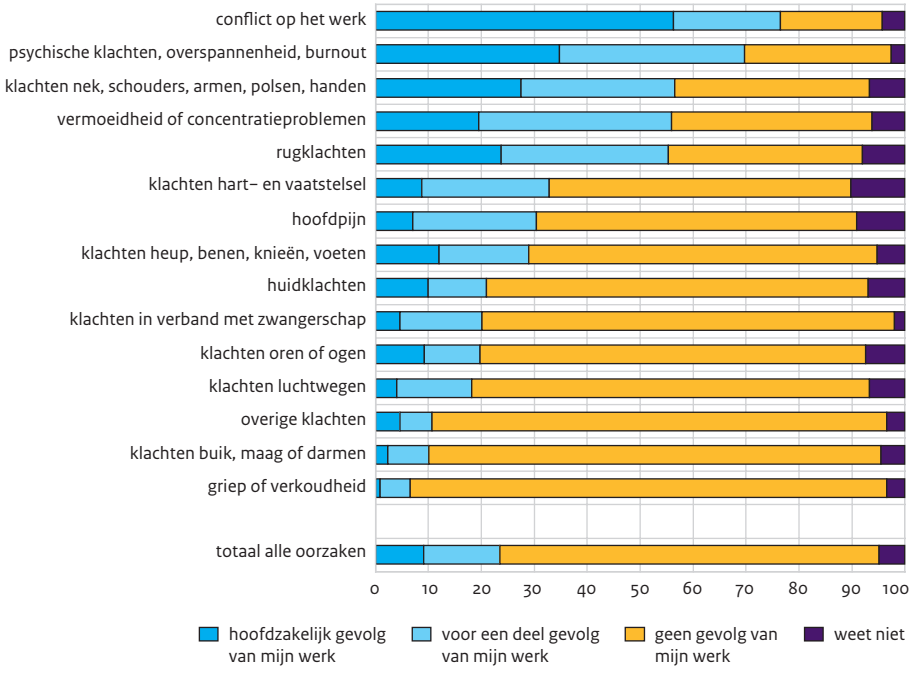
Een vergelijkbaar beeld is te zien bij het verzuim vanwege klachten aan het bewegingsapparaat. Ook hier neemt het volume in de periode 2005-2009 geleidelijk af, met een sterkere daling in 2010. Een mogelijke reden is dat werknemers tijdelijk op ander of lichter werk zijn gezet of dat de werkplek is aangepast. Mogelijk speelt hier dus ook dat door de Wet verbetering poortwachter de aanpak van verzuim door bewegingsapparaatklachten geïntensiveerd is.

2.5 In welke mate is verzuim werkgebonden?

Gezondheidsklachten kunnen ontstaan door ziekte, maar ook (mede) door omstandigheden op het werk, zoals te zware fysieke belasting, te veel werkdruk of conflicten (Allebeck en Mastekaasa 2004; Klein Hesselink en Smulders 2010). Dit wordt ook wel werkgebonden verzuim genoemd (Hooftman et al. 2011). Werkgebonden verzuim blijkt een belangrijke factor te zijn in de verklaring van de verzuimgevallen.

Figuur 2.12

Werknemers die werk als oorzaak zien van laatste ziekteverzuim, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

Figuur 2.12 toont in welke mate werknemers zelf de indruk hebben dat hun laatste ziekteverzuim hoofdzakelijk of deels het gevolg is van hun werk en om welke gezondheidsklachten het gaat.
In 2010 is 23% van de verzuimgevallen hoofdzakelijk of gedeeltelijk werkgebonden. Dat is iets minder hoog dan in 2005 (toen 25%). De omvang van het werkgebonden verzuim is in de periode 2005-2010 dus geleidelijk, maar wel significant minder groot geworden. Het werkgebonden verzuim duurt echter wel langer (gemiddeld 16 werkdagen) dan het niet-werkgebonden verzuim (gemiddeld 7 werkdagen). Dat brengt in 2010 het aandeel verzuimdagen dat volgens de werknemers geheel of deels door het werk is veroorzaakt op ongeveer 43% van alle verzuimdagen. Ook dit percentage is gedaald ten opzichte van 2005, toen 50% van alle verzuimdagen nog (deels) door het werk werd veroorzaakt.
Mentale en fysieke belasting zijn veelgenoemde oorzaken van werkgebonden gezondheidsklachten. Bij mentale belasting scoren conflicten op het werk en psychische klachten hoog. Bij de fysieke klachten worden klachten aan het bewegingsapparaat vaak genoemd. Vermoeidheid en concentratieproblemen kunnen door zowel fysieke als mentale belasting ontstaan. Klachten die maar in geringe mate werkgebonden zijn, zijn volgens de werknemers griep of verkoudheid, klachten aan buik, maag of darmen en overige klachten.
In de aard van de klachten zijn nauwelijks veranderingen opgetreden in de periode 2005-2010. Alleen de conflicten op het werk zijn naar de mening van werknemers de laatste twee jaren iets toegenomen, terwijl de werkgebonden klachten in de nek en de bovenste ledematen iets zijn afgenomen. Mogelijk speelt bij de conflicten de recessie een rol en bij het bewegingsapparaat de aanpak van de arbeidsomstandigheden.

Figuur 2.13
Werkgebonden redenen voor de gezondheidsklacht die leidt tot verzuim, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

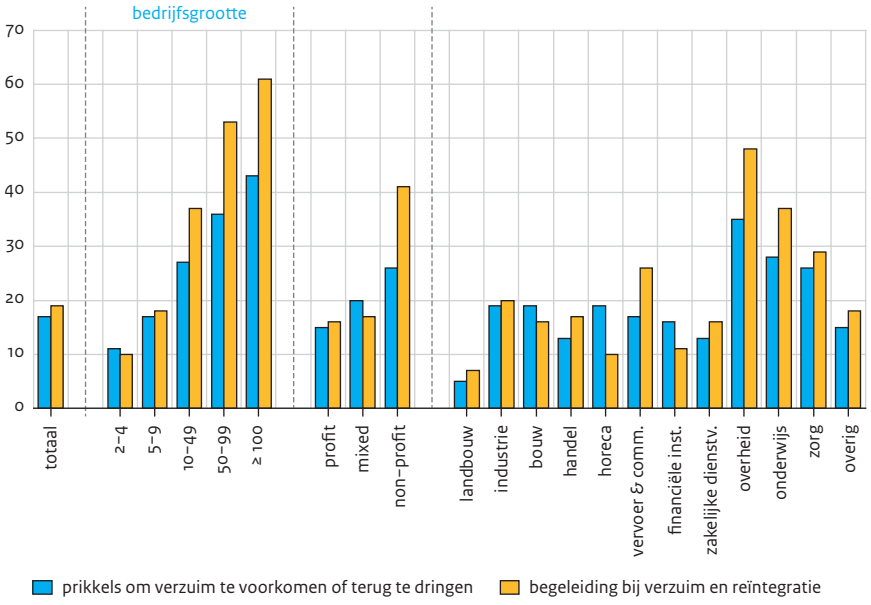
Figuur 2.13 geeft een overzicht van redenen in het werk waardoor gezondheidsklachten ontstaan zijn die uiteindelijk geleid hebben tot verzuim. Het meest genoemd zijn werkdruk en werkstress. Ze leiden meestal tot verzuim vanwege psychische klachten, overspannenheid en burn-out, maar ook vanwege rugklachten, griep of verkoudheid en hoofdpijn. Ook emotioneel te zwaar werk, te moeilijk werk en problemen met de leidinggevende, werkgever, collega's en klanten leiden tot dit soort klachten. Lichamelijk te zwaar werk leidt meestal tot verzuim vanwege rugklachten, klachten aan nek en bovenste ledematen en klachten aan heup en onderste ledematen. Dat geldt ook voor langdurig dezelfde handelingen verrichten en achter de computer werken. Werken met gevaarlijke stoffen leidt vaak tot verzuim vanwege klachten aan luchtwegen, huidklachten en klachten aan ogen en oren.

2.6 Wat doen werkgevers tegen ziekteverzuim?

De aanpak van ziekteverzuim vindt vooral in de bedrijven plaats. Deze aanpak is echter pas twintig jaar geleden goed op gang gekomen (Smulders en Veerman 1990). Voor die tijd betaalden de werkgevers gewoon hun premie en er was slechts een geringe controle op het verzuim. Uiteindelijk werd via een parlementaire enquête een omvangrijk misbruik vastgesteld (TK (1992/1993). Mede door een intensief wetgevingstraject werden werkgevers verantwoordelijk voor de loondoorbetaling bij ziekteverzuim en verplicht om ziekteverzuim aan te pakken en te voorkomen dat werknemers in de arbeidsongeschiktheidsregelingen terechtkomen. De Wet verbetering poortwachter uit 2002 gaf een nieuwe impuls.

Met de Werkgevers Enquête Arbeid (WEA, Oeij et al. 2011) is in 2010 in een representatieve steekproef van ruim 5500 werkgevers onderzocht welke maatregelen zij de afgelopen twee jaar hebben genomen om verzuim terug te dringen. Figuur 2.14 laat zien dat 17% van de werkgevers (nieuwe) prikkels heeft ingevoerd, zoals een intensievere controle of de eerste twee dagen verzuim niet uitbetalen. Dit soort prikkels komt meestal bovenop eerdere maatregelen (Klein Hesselink et al. 2009). Daarnaast heeft 19% van de werkgevers nieuwe vormen van begeleiding ingevoerd bij verzuim en re-integratie. Grote organisaties doen dit vaker dan kleine organisaties en non-profitorganisaties vaker dan commerciële organisaties. Vooral de overheid, het onderwijs en de zorg nemen dit soort maatregelen.
Werkgevers besteden maatregelen als verzuimbegeleiding vaak uit aan professionele begeleiders, maar ze worden ook door eigen personeel uitgevoerd. Via de jaarlijkse Monitor Arbo in Bedrijf van (voorheen) de Arbeidsinspectie (AI)[2] kennen we de omvang van dit soort maatregelen. Inspecteurs van de AI bezoeken ongeveer 2800 bedrijven (in 2009 en 2010, daarvoor jaarlijks 1800 tot 2000), waardoor een representatief beeld ontstaat van de mate waarin bedrijven zich conformeren aan de Arbowet. De monitor geeft tevens een overzicht van een aantal arbeidsrisico's en de maatregelen van werkgevers om die risico's te beperken (Saleh 2010).

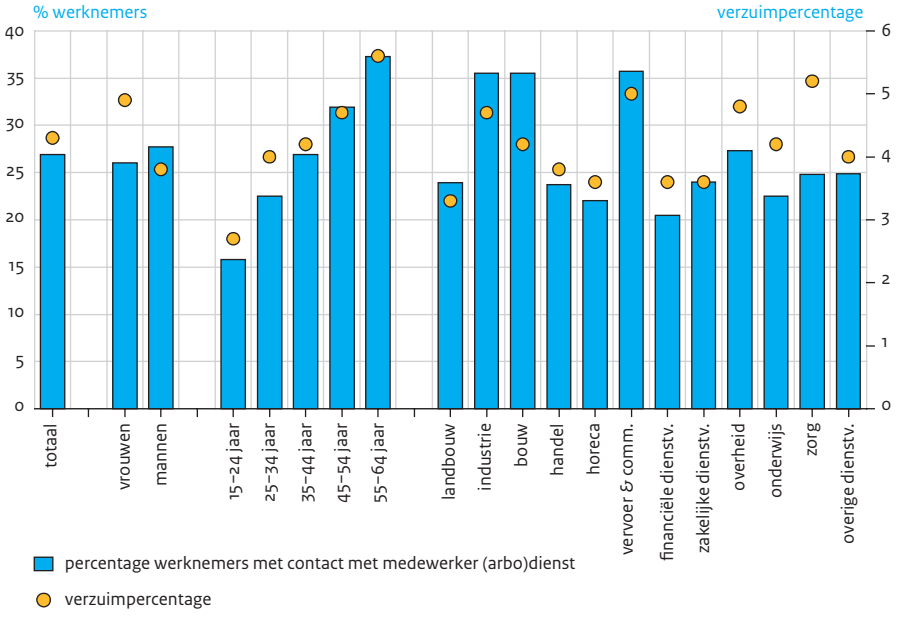
Figuur 2.14
Kenmerken van bedrijven met verzuimmaatregelen in de afgelopen twee jaar, 2010 (in procenten)



Bron: TNO (WEA 2010)

Uit de monitor 2010 blijkt dat 76% van de werkgevers is aangesloten bij een arbodienst of zich door een arbodienstverlener heeft laten bijstaan. Hoewel het aandeel bedrijven met een contract met een arbodienst daalt (in 2004 was dit nog verplicht en was 90% van de werkgevers aangesloten), heeft in 2010 iets meer dan twee derde van de bedrijven (70%) een contract met een externe arbodienst. Nog eens 6% heeft (ook) op een andere manier begeleiding ingeschakeld, bijvoorbeeld via een interne arbodienst of een arbodeskundige. Ook kennen de meeste organisaties steeds vaker een formeel verzuimbeleid. In 2004 had 46% van de bedrijven alleen maar mondelinge afspraken over het verzuimbeleid, in 2010 was dat 20%. In 81% van de bedrijven wordt na maximaal een week contact opgenomen met een zieke werknemer. Bij bedrijven met afspraken over verzuimbegeleiding gebeurt dat vrijwel altijd binnen een week.

Figuur 2.15
Verzuimende werknemers met contact met (arbo)dienst en hun verzuimpercentage, 2005-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA, gemiddelde van 2005-2010)

Figuur 2.15 toont het percentage werknemers dat vanwege ziekteverzuim contact had met een medewerker van de arbodienst of andere organisatie. Gemiddeld heeft 27% van de werknemers met minstens één verzuimgeval contact met een dergelijke begeleider. Er is een sterke relatie tussen contact met een medewerker van de (arbo) dienst en het verzuimpercentage van de werknemer (correlatie = 0,46). Naarmate werknemers langer verzuimen wordt vaker contact opgenomen. Er zijn een paar uitzonderingen. Mannen hebben een lager verzuimpercentage dan vrouwen, maar gemiddeld meer contacten met medewerkers van de (arbo)dienst. Bij het ouder worden stijgt het verzuimpercentage en nemen de contacten met de (arbo)dienst toe. In de bouwnijverheid zijn de contacten intensiever dan het verzuimpercentage suggereert en bij de overheid, het onderwijs en de zorg zijn er wat minder contacten dan het percentage aangeeft.
Bij werknemers met kort verzuim is het niet nodig om direct contact op te nemen, maar het is wel van belang dat zo snel mogelijk te doen als duidelijk wordt dat het verzuim langer gaat duren. Er is een wettelijke plicht om bij zes weken verzuim een probleemanalyse op te stellen en (bij re-integratiemogelijkheden) een plan van aanpak. Uit de literatuur blijkt dat het ziekteverzuim effectief te reduceren is door te interveniëren (Michie en Williams 2003; Van der Klink et al. 2003; Shaw et al. 2006). Die interventies kunnen zijn de aanpak van werkgerelateerde factoren en de organisatiecultuur, maatregelen

ter re-integratie door bedrijfsarts of arbodienst en afspraken met de reguliere gezondheidszorg (Kremer en Steenbeek 2010). Zo kunnen werknemers vaak tijdelijk parttime gaan werken of tijdelijk lichter werk doen. Klein Hesselink et al. (2010) vonden dat een intensieve begeleiding van zieke werknemers door de arbodienst het verzuimpercentage van een bedrijf met 0,6 procentpunt kan verlagen. Gemiddeld is dat een reductie van 13% op het totale verzuim. Ook kan gedeeltelijke terugkeer naar werk een opstap kan zijn voor een geslaagde volledige terugkeer (Josephson et al. 2008). Bezuinigen op verzuimbegeleiding kan dus een averechts effect hebben op de hoogte van het verzuim.

2.7 Conclusies en vooruitblik

Het ziekteverzuim in Nederland is behoorlijk veranderd in 40 jaar wetgeving en maatschappelijke reacties daarop. In de jaren zeventig en tachtig werd er veel misbruik gemaakt van de Ziektewet en de WAO. In de jaren tachtig raakte men er zich van bewust dat het hoge verzuim en de hoge arbeidsongeschiktheid gereduceerd moesten worden. Maatregelen volgden in de jaren negentig en daarna. Het verzuimpercentage daalde van 10% in 1979 naar 4,1% in 2008. Sindsdien stabiliseert het (4,2% in 2010).
Vertaald in euro's is 4,2% verzuim een fors bedrag. In loonkosten is het totale jaarlijkse verzuim (ruw geschat) circa 12,6 miljard euro. Daarnaast zijn er kosten voor verzuimbegeleiding, vervanging van zieke arbeidskrachten en schade door niet tijdig geleverde producten en diensten. Verzuim zal nooit tot 0% te reduceren zijn, maar werkgevers hebben nog voldoende mogelijkheden voor verdere reductie.
Het verzuim verschilt sterk naar een aantal kenmerken van werknemers. Zo is het verzuim van vrouwen hoger dan van mannen, van oudere werknemers hoger dan van jongeren, van lageropgeleiden hoger dan van hoogopgeleide werknemers en van werknemers met een vaste baan hoger dan van werknemers met een tijdelijke baan. Voor een belangrijk deel wordt het hogere verzuim van oudere en laagopgeleide werknemers verklaard door chronische aandoeningen. Bij werknemers zonder deze aandoeningen verschilt het verzuim tussen ouderen en jongeren en hoog- en laagopgeleiden nauwelijks. De verzuimverschillen tussen werknemers met een vaste baan en flexwerk zijn niet volledig te verklaren door het hebben van een chronische aandoening. Mogelijk spelen hier het remmende effect van de baanonzekerheid en de vaak jonge leeftijd van flexwerkers een doorkruisende rol. Tot slot is er veel onderzoek gedaan om de verzuimverschillen tussen mannen en vrouwen te verklaren, maar dat is niet gelukt. Er spelen veel verschillende factoren, die ieder een deel van het verschil verklaren.
Een belangrijke boodschap die uit de analyses naar voren komt, is dat chronische aandoeningen een belangrijke rol spelen in de omvang van het verzuim in Nederland. Gezondheidsproblemen ontstaan echter niet alleen in het werk, maar liggen ook aan de lichamelijke gesteldheid en de leefstijl van werknemers. Smulders (2007) en Klein Hesselink en Smulders (2010) vonden dat de kenmerken van de werksituatie 2-3% en de gezondheidstoestand 5-7% van de variantie van het verzuim van werknemers verklaarden. De ruimte voor werkgevers om het verzuimpercentage te beïnvloeden lijkt daarmee niet groot, maar mogelijkheden zijn er wel.

Zo blijkt een vijfde van het verzuim werkgebonden te zijn. Dat betekent dat bijvoorbeeld verbetering van de arbeidsomstandigheden en -verhoudingen verzuim kan verminderen. Relatief veel werkgebonden verzuim ontstaat door psychische klachten, burn-out en overspannenheid, met nog veel mogelijkheden voor een aanpak ervan, bijvoorbeeld door de werkdruk te verminderen. Daarnaast is er veel verzuim vanwege fysiek zwaar werk, wat te bestrijden is door bijvoorbeeld een goede werkverdeling en verstrekking van middelen en technische oplossingen.
Bovendien is de verzuimbegeleiding te intensiveren. Als werknemers tijdelijk parttime konden werken of minder belastend werk kregen, bleek het verzuim met 13% af te nemen. Zo'n aanpak kan preventief zijn, maar ook op re-integratie gericht. Werkgevers en werknemers hebben hierbij de primaire verantwoordelijkheid, maar vanwege de gezondheidsproblematiek en de privacygevoeligheid daarvan moet een dergelijke aanpak natuurlijk wel door bedrijfsartsen gebeuren. Bedrijfsartsen kunnen vervolgens de werkgever informeren over de plekken in de organisatie waar de werklast (te) hoog is en kunnen werkgevers en werknemers tips geven over vermindering ervan.
Het ziekteverzuim kan de komende jaren gaan stijgen omdat er steeds meer oudere werknemers aan het arbeidsproces deelnemen. Regelingen voor vervroegd uittreden worden afgebouwd en de pensioenleeftijd wordt verhoogd. Oudere werknemers zijn door hun gezondheidstoestand echter langer ziek en hebben een hoger verzuimpercentage dan jonge werknemers. Het is dus van belang dat overheid en bedrijfsleven investeren in duurzame inzetbaarheid van werknemers, om hen zo lang mogelijk gezond aan het werk te houden. Het gegeven dat veel (oudere) werknemers met ernstige gezondheidsproblemen in het Vangnet Ziekteverzuim terechtkomen kan een waarschuwing zijn dat werkgevers proberen om van een deel van hun verplichtingen in het kader van de Wet verbetering poortwachter (twee jaar loondoorbetaling en intensieve begeleiding van zieke werknemers) af te komen. In hoofdstuk 10 zal blijken dat een hogere leeftijd een belemmerende factor is bij het aannemen van gedeeltelijk arbeidsongeschikten (vangnetters).

Noten

1 Dit effect is onafhankelijk van de groepsgrootte. Het is dus niet zo dat het effect verklaard wordt door meer werknemers met een laag opleidingsniveau. Het verzuimpercentage is het gemiddelde van alle werknemers per groep.
2 Per 1 januari 2012 is de Arbeidsinspectie samen met de Inspectie Werk en Inkomen en de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst opgegaan in de Inspectie SZW.

Literatuur

Allebeck, P. en A. Mastekaasa (2004). Risk factors for sick leave – general studies. In: *Scandinavian Journal of Public Health*, jg. 32, nr. 63, p. 49–108.

Arts, K. en F. Otten (2011). Pensioenleeftijd werknemers weer hoger. In: *Webmagazine*, 13 juli 2011, geraadpleegd via www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3430-wm1.htm.

Bekker, M.H.J., C.G. Rutte en K. van Rijswijk (2009). Sickness absence: A gender-focused review. In: *Psychology, Health & Medicine*, jg. 14, nr. 4, p. 405-418.

Bogaard, M. van den, W. de Lange en J. van Poppel (2005). *De wenselijkheid van het maken van onderscheid naar leeftijd*. Tilburg: IVA.

Burg, C.L. van der, D.J. Klein Hesselink en P.G.M. Molenaar-Cox (2011). *Profilering langdurig zieke vangnetters. Kenmerken en begeleiding van de vangnetpopulatie op basis van een dossieronderzoek.* Leiden: Astri Beleidsonderzoek en –advies.

Cuelenaere, B. (1997). *Verder na langdurig ziekteverzuim – Een onderzoek naar trajecten van mannen en vrouwen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Cuelenaere, B., B. Jetten, en G. van Kooten (1996). Verschillen in ziekteverzuim tussen mannen en vrouwen? Verklaringen gezocht. In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, jg. 12, nr. 1, p. 43-55.

Dassen, T.W.N., F.J.N. Nijhuis en H. Phillipsen (1990). Carrièreperspectieven bij mannelijke intensive care verpleegkundigen. In: *Gedrag en Organisatie*, jg.3, nr. 1, p. 32-47.

Deursen, C.G.L. van, I.L.D. Houtman en P.M. Bongers (1999). Werk, privé-situatie, riskante gewoonten en ziekteverzuim: verschillen tussen mannen en vrouwen. In: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, jg. 77, nr. 2, p. 105-115.

Duijts, S. F. A., I. J. Kant, J. A. Landeweerd en G. M. H. Swaen (2006). Prediction of sickness absence: development of a screening instrument. In: *Occupational Environtal Medicine*, jg. 63, nr. 8, p. 564-569.

Eriksen, W., D. Bruusgaard en S. Knardahl (2003). Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. In: *Occupational Environtal Medicine*, jg. 60, nr. 4, p. 271-278.

Giezen, A. van der (2000). *Vrouwen, (werk)omstandigheden en arbeidsongeschiktheid*. Amsterdam: Landelijk instituut sociale verzekeringen.

Guérin, A., P. de Heus en R. Diekstra (1997). Is het gezond om werk en kinderen te combineren? In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, jg. 13, nr. 3, p. 200-215.

Hall, E. M. (1992). Double exposure: the combined impact of the home and work environment on psychosomatic strain in Swedish women and men. In: *International Journal of Health Services*, jg. 22, nr. 2, p. 239-260.

Hooftman, W., J. Klein Hesselink, J. van Genabeek, N. Wiezer en D. Willems (2011). *Arbobalans 2010: kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*. Hoofddorp: TNO.

Houtman, I.L.D., P.G.W. Smulders en D.J. Klein Hesselink (1999). *Trends in Arbeid 1999*. Alphen aan den Rijn: Samsom.

Houtman, I.L.D., P.G.W. Smulders en D.J. Klein Hesselink (red.) (2001). *Trends in Arbeid 2002*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.

Houtman, I.L.D. en F.M.M. van den Heuvel (red.) (2001). *Verwerkingsvermogen van vrouwen en mannen in relatie tot ziekte en uitval: een literatuurstudie*. Doetinchem: Elsevier.

Houtman, I., W. Hooftman, S. Andriessen, H. den Besten en S. Stomp-Van den Berg (2007). *Zwangerschaps- en bevallingsgerelateerd verzuim in de Ziektewet*. Hoofddorp: TNO.

Jehoel-Gijsbers, G. en F. Linder (2007). Ontwikkelingen in omvang van ziekteverzuim en WAO–instroom. In: G. Jehoel-Gijsbers (red.), *Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting* (p. 49-80). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Jettinghoff, K., E. de Vroome, P. Smulders en S. van den Bossche (2004). Oorzaken van ziekteverzuim bij vrouwen: werk, persoon, gezondheid of thuissituatie? In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, jg. 20, nr. 2, p. 140-151.

Josephson, M., B. Heijbel, M. Voss, L. Alfredsson en E. Vingård (2008). Influence of self-reported work conditions and health on full, partial and no return to work after long-term sickness absence. In: *Scandinavian Journal on Work, Environment & Health*, jg. 34, nr. 6, p. 430–437.

Klein Hesselink, J. en P. Smulders (2010). Arbeid, gezondheid en ziekteverzuim 2005-2008. In: G. Jehoel-Gijsbers (red.), *Beperkt aan het werk: rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie* (p. 39-64). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Klein Hesselink, J., H. Kooij-de Bode en V. Koppenrade (2008). *Wie zijn de overige flexwerkers en hoe gaan zijn om met het risico van ziekte.* Hoofddorp: TNO Kwaliteit van leven.

Klein Hesselink, J., P. Oeij, J. Sanders, E. de Vroome, S. van den Bossche en K. Kraan (2009). *Arbeidsbeleid in Nederlandse bedrijven en instellingen*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van leven (www.tno.nl/wea, zie brochure WEA 2008).

Klein Hesselink, J., J. de Leede en A. Goudswaard (2010). Effects of a new fast forward rotating five-shift roster at a Dutch steel company. In: *Ergonomics*, jg. 53, nr. 6, p. 727-738.

Klein Hesselink, J., W. Hooftman en L. Koppes (2012). *Ziekteverzuim in Nederland in 2010*. Hoofddorp: TNO (www.tno.nl/ziekteverzuim).

Klink, J.J.L. van der, R.W.B. Blonk, A.H. Schene en F.J.H. van Dijk (2003). Reducing long-term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. In: *Occupational Environtal Medicine*, jg. 60, nr. 6, p. 429-437.

Knegt, R., D.J. Klein Hesselink, H. Houwing, en P. Brouwer (2007). *Tweede evaluatie Wet flexibiliteit en zekerheid*. Amsterdam / Hoofddorp: Hugo Sinzheimer Instituut / TNO Kwaliteit van leven.

Koppes, L.L.J., E.M.M. de Vroome, M.E.M. Mol, B.J.M. Janssen en S.N.J. van den Bossche (2011). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2010: Methodologie en globale resultaten*. Hoofddorp: TNO.

Kremer, A.M. en R. Steenbeek R. (2010). Avoidable sickness absence in a Dutch working population. In: *Journal of Occupational Rehabilitation*, jg. 20, nr. 1, p. 81-89.

Lidwall, U., S. Marklund en M. Voss (2009). Work-family interference and long-term sickness absence: a longitudinal cohort study. In: *European Journal of Public Health*, jg. 20, nr. 6, p. 676–681.

Luijn, H. van en S. Keuzenkamp (2004). *Werkt verlof?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Mastekaasa, A. en H. Dale-Olsen (2000). Do Women or Men Have the Less Healthy Jobs? An Analysis of Gender Differences in Sickness Absence. In: *European Sociological Review*, jg. 16, nr. 3, p. 267-286.

Messing, K., L. Dumais, J. Courville, A.M. Seifert en M. Boucher (1994). Evaluation of exposure data from men and women with the same job title. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, jg. 36, nr. 8, p. 913-918.

Messing, K., F. Tissot, M.-J. Saurel-Cubizolles, M. Kaminski en M. Bourgine (1998). Sex as a variable can be a surrogate for some working conditions factors associated with sickness absence. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, jg. 40, nr. 3, p. 251-260.

Michie, S. en S. Williams (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. In: *Occupational Environmental Medicine*, jg. 60, nr. 1, p. 3-9.

Oeij, P.R.A., E.M.M. de Vroome, K. Kraan, S. van den Bossche en A. Goudswaard (2011). *Werkgevers Enquête Arbeid 2010: Methodologie en beschrijvende resultaten*. Hoofddorp: TNO.

Patton, E. en G. Johns (2007). Women's absenteeism in the popular press: Evidence for a gender-specific absence culture. In: *Human Relations*, jg. 60, nr. 11, p. 1579–1612.

Programmacommissie SEGV-II (commissie-Albeda) (2001). *Sociaaleconomische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II*. Den Haag: ZonMw.

Saleh, F. (2010). *Arbo in bedrijf 2010: Een onderzoek naar de naleving van arbo-verplichtingen, blootstelling aan arbeidsrisico's en genomen maatregelen in 2010*. Den Haag: Arbeidsinspectie.

Sanders, K. en A. Nauta (2004). Social Cohesiveness and Absenteeism: The Relationship Between Characteristics of Employees and Short-Term Absenteeism Within an Organization. In: *Small Group Research*, jg. 35, nr. 6, p. 724-741.

Sandmark, H. en M. Renstig (2010). Understanding long-term sick leave in female

white-collar workers with burnout and stress-related diagnoses: a qualitative study. In: BMC *Public Health*, jg. 10, nr. 1, p. 210-222.

Shaw, S., S.L. Linton en G. Pransky (2006). Reducing sickness absence from work due to low back pain: how well do intervention strategies match modifiable risk factors? In: *Journal of Occupational Rehabilitation*, jg. 16, nr. 4, p. 591-605.

Smulders, P.G.W. en T.J. Veerman (red.) (1990). *Handboek ziekteverzuim: gids voor de bedrijfspraktijk*. 's-Gravenhage: Delwel Uitgeverij.

Smulders, P.G.W. en F.J.N. Nijhuis (1999). The job demands-job control model and absence behaviour: results of a 3-year longitudinal study. In: *Work & Stress*, jg. 13, nr. 2, p. 115-131.

Smulders, P. (2007). Werksituatie en ziekteverzuim. In: G. Jehoel-Gijsbers (red.), *Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting* (p. 81-105). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Sonnentag, S. (1996). Arbeitsbedingungen und psychisches Befinden bei Frauen und Männern. Eine Metaanalyse. In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, jg. 49, p.118-126.

Steenbeek, R., W.E. Hooftman, G. Geuskens en C.W.J. Wevers (2010). *Objectiveren van gezondheidsgerelateerde nonparticipatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan*. Hoofddorp: TNO.

TK (1992/1993). *Parlementaire enquête uitvoeringsorganen sociale verzekeringen (1993)*. Rapport van de commissie. Tweede Kamer, vergaderjaar 1992/1993, 22730, nr. 7-8.

Vingård, E., P. Lindberg, M. Josephson, M. Voss, B. Heijbel, L. Alfredsson, S. Stark en Å. Nygren (2005). Long-term sick-listing among women in the public sector and its associations with age, social situation, lifestyle, and work factors: A three-year follow-up study. In: *Scandinavian Journal of Public Health*, jg. 33, nr. 5, P. 370-375.

Vinke, H., S. Andriessen, S. van den Heuvel, I.L.D. Houtman, S. Rijnders, C.V. van Vuuren, C.W.J. Wevers (1999). *Vrouwen en re-integratie: onderzoek naar de verschillen tussen vrouwen en mannen bij* WAO*-intreden en re-integratie*. Hoofddorp: TNO Arbeid.

Voss, M., M. Josephson, S. Stark, M. Vaez, K. Alexanderson, L. Alfredsson en E. Vingård (2008). The influence of household work and of having children on sickness absence among publicly employed women in Sweden. In: *Scandinavian Journal of Public Health*, jg. 36, nr. 6, 564-572.

Vrijhof, B.J. en R. Prins (1990). Ziekteverzuim in Nederland: de belangrijkste cijfers. In: P.G.W. Smulders en T.J. Veerman (red), *Handboek ziekteverzuim: gids voor de bedrijfspraktijk* (p. 33-54). Den Haag: Delwel Uitgeverij.

3 Trends in arbeidsongeschiktheidsregelingen

Patricia van Echtelt (SCP), Frank Pijpers (CBS), m.m.v. Ton Ferber (CBS)

3.1 Onderzoeksvragen

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de trends in het volume en de in- en uitstroom van de arbeidsongeschiktheidsregelingen. In de eerste trendrapportage uit 2007 (Jehoel-Gijsbers 2007) bleek al dat het aantal nieuwe arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in het afgelopen decennium was afgenomen. Dit hoofdstuk beschrijft recente ontwikkelingen op basis van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). De volgende onderzoeksvragen staan centraal:

Wat zijn de ontwikkelingen in het volume en in de in- en uitstroom van de arbeidsongeschiktheidsregelingen?

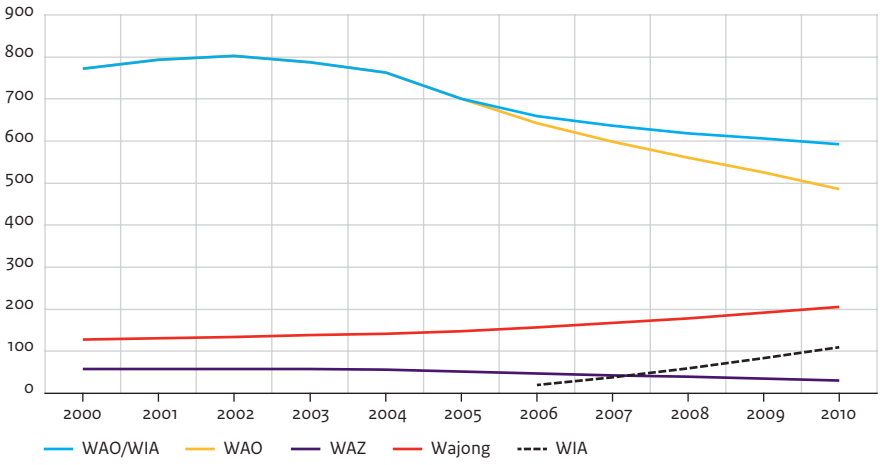
Welke groepen in de samenleving hebben een verhoogde kans om in te stromen in de arbeidsongeschiktheidsregelingen?

In de laatste trendrapportage uit 2010 (Jehoel-Gijsbers 2010) stonden de ontwikkelingen in de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wajong) centraal. Nu kiezen we voor een brede benadering en bespreken we de ontwikkelingen in alle vier de arbeidsongeschiktheidsregelingen: de twee 'oude', de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ), en de twee huidige, de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) en de Wajong. De afschaffing van de WAO en WAZ hebben uiteraard invloed op de instroomcijfers en het uitkeringsvolume in deze regelingen. De WAO is per januari 2006 vervangen door de WIA. Mensen die op dat moment al een WAO-uitkering hadden bleven onder die wet vallen, maar er stroomden geen nieuwe mensen meer in. Een zekere instroom is er echter wel, namelijk van personen die eerder een WAO-uitkering hadden en na een onderbreking opnieuw ziek worden, de zogenaamde herinstroom. De WAZ is per augustus 2004 afgeschaft. Ook bij deze regeling geldt dat bestaande uitkeringen doorlopen maar geen nieuwe uitkeringen meer worden verstrekt. Bij het beschrijven van de ontwikkelingen in de WIA maken we onderscheid tussen de IVA- en de WGA-regeling. Arbeidsongeschikten bij wie het loonverlies 80% of meer is en er geen zicht is op herstel, vallen onder de Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten (IVA). Personen die gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn (vanaf 35% loonverlies) of die mogelijk in de toekomst weer aan het werk kunnen, vallen onder de Werkhervattingsregeling gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA).

3.2 Ontwikkelingen in de arbeidsongeschiktheidsregelingen

Vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw nam het aantal uitkeringen op grond van de arbeidsongeschiktheidswetten WAO, WAZ en Wajong lange tijd gestaag toe. Rond de eeuwwisseling naderde het volume in de arbeidsongeschiktheidsregelingen het aantal van 1 miljoen (UWV 2007a). Na een aantal ingrijpende beleidswijzigingen trad er een kentering op. Het totale aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen op grond van de vier bovengenoemde regelingen nam gestaag af, van ongeveer 950.000 in 2000 naar ruim 800.000 in 2010. Figuur 3.1 toont die ontwikkeling in de periode 2000-2010 op basis van CBS-gegevens en laat tevens het aantal uitkeringen op grond van de WAO en WIA tezamen zien. Dat aantal is vanaf 2002 gaan dalen, al vlakt die daling in de laatste jaren wat af. Volgens een recente evaluatie van de WIA (Cuelenaere en Veerman 2011) hebben onder andere de invoering van de Wet verbetering poortwachter (WVP) in 2002, de Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (VLZ) in 2004, en de WIA in 2006 aan deze verlaging bijgedragen. Door de wetswijzigingen zijn werkgevers volgens de evaluatie actiever geworden in preventie van verzuim en re-integratie.

Figuur 3.1
Volumeontwikkeling in de arbeidsongeschiktheidsregelingen, 2000-2010 (aantal uitkeringen x 1000)



Bron: CBS (Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen '00-'10)

De afname in de WAZ en de WAO zijn het logische gevolg van de afschaffing in 2004 en 2006. Daarentegen is het aantal uitkeringen op grond van de Wajong fors gestegen: van 127.000 in 2000 naar 205.000 in 2010. Een toename in de Wajong was te verwachten omdat de uitstroom van gepensioneerde personen nog beperkt is. De groei is echter de laatste jaren sterk toegenomen. Daar zijn meerdere verklaringen voor mogelijk (UWV 2007b; zie ook Jehoel-Gijsbers 2010; Kok en Hop 2008; Suijker 2007). Zo heeft invoering

van de Wet werk en bijstand in 2004 er waarschijnlijk aan bijgedragen. Gemeenten kregen toen een grotere financiële prikkel om het bijstandsvolume zo laag mogelijk te houden en waar mogelijk mensen door te laten stromen naar de Wajong. Daarnaast zouden de betere herkenning van ziektebeelden (zoals ADHD en storingen in het autistisch spectrum) en de toename van jongeren in het voortgezet speciaal onderwijs en het praktijkonderwijs geleid kunnen hebben tot een groter beroep op de Wajong (Van Vuuren et al. 2011).

In- en uitstroom WAO en WIA

Tabel 3.1 geeft de ontwikkelingen weer in het volume en in de in- en uitstroom van de arbeidsongeschiktheidsregelingen op basis van gegevens van het UWV voor de periode 2006-2011. Sinds de afschaffing van de WAO in 2006 neemt de instroom vanzelfsprekend sterk af. In 2011 werden ruim 3000 nieuwe WAO-uitkeringen verstrekt, ongeveer een kwart van de instroom in 2006. De instroom in de WAO nadat de toegang daartoe was afgesloten betrof tot en met 2009 onder andere uitkeringen die na een bezwaar- of beroepsprocedure alsnog werden toegekend. Grotendeels betreft het herinstroom van eerder uitgestroomde WAO'ers die, als gevolg van verergering van dezelfde kwaal, weer arbeidsongeschikt zijn geworden. Vanaf 2010 kunnen alleen bezwaar- of beroepsprocedures leiden tot instroom. Omdat het lopende bestand in de WAO afneemt, laat ook de uitstroom een dalend patroon zien. Volgens het UWV gedragen de ontwikkelingen in de WAO zich zoals men had verwacht na afschaffing van de wet in 2006 (UWV 2010a).
De instroom in de WIA is veel lager dan de instroom in zijn voorganger de WAO en ook lager dan geraamd bij invoering (Cuelenaere en Veerman 2011). Rond de eeuwwisseling lag de instroom in de WAO nog boven de 100.000 uitkeringen per jaar (UWV 2011c). Die instroom daalde al vóór invoering van de WIA als gevolg van wetswijzigingen. Uit tabel 3.1 blijkt dat de instroomcijfers van de WIA en de WAO de laatste jaren op een veel lager niveau liggen. Wel neemt de instroom in de WIA gestaag toe. De laatste jaren was deze stijging ook wat sterker dan men op voorhand had verwacht (UWV 2010a). Het UWV schrijft dit deels toe aan de terugstroom van aanvankelijk afgewezen aanvragen en aan nieuwe aanvragen na beëindiging van een eerdere WIA- of WAO-uitkering. Daarnaast stijgt de instroom in de WIA doordat de groep WIA-verzekerden[1] door de groei van de beroepsbevolking is toegenomen. Deze groep verandert bovendien van samenstelling door onder andere de toegenomen arbeidsdeelname van vrouwen, de vergrijzing en een verschuiving in de omvang van sectoren. Ook de verslechterde economische situatie kan een bijdrage hebben geleverd, onder meer door het groeiend aantal WW'ers in de Ziektewet (UWV 2010a; 2012a).
De meeste personen die in de WIA instromen, ontvangen een WGA-uitkering (zie tabel 3.1). De WGA is de regeling voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten en voor volledig, maar niet duurzaam arbeidsongeschikten en regelt onder andere een aanvulling op het met arbeid verdiende inkomen. In 2011 werden ruim 30.000 nieuwe WGA-uitkeringen verstrekt. In vergelijking met de WGA is de instroom in de IVA relatief gering, en de instroom is tevens lager dan de verwachtingen die bestonden bij de invoering van de WIA. De IVA-regeling is bedoeld voor personen die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn. In 2011 bedroeg de nieuwe instroom bijna 8000. De IVA-instroom

bedraagt ongeveer een vijfde van de totale WIA-instroom en deze verhouding is sinds 2006 tamelijk stabiel (UWV 2012b).
Binnen de WIA kunnen personen met een WGA-uitkering na verloop van tijd doorstromen naar de IVA (de zogenaamde secundaire instroom, niet in de tabel). Het gaat hoofdzakelijk om personen die volledig arbeidsongeschikt waren bij instroom in de WGA en nu ook duurzaam arbeidsongeschikt worden verklaard. Volgens het UWV waren er in 2011 ongeveer 3000 overgangen van WGA naar IVA (UWV 2010a; 2012b). Met de groei van het aantal WGA'ers stijgt ook het aantal WGA'ers dat doorstroomt naar de IVA, waardoor het totale aandeel IVA-uitkeringen (mensen die voor het eerst een IVA-uitkering aanvragen en de secundaire instroom) binnen de WIA-instroom sinds 2006 is gestegen.
De uitstroom uit de WIA is in de loop van de jaren toegenomen overeenkomstig de groei in het aantal personen met deze uitkering. De kans op uitstroom is dus feitelijk gelijk gebleven. In 2011 werden bijna 7000 WGA-uitkeringen en ruim 3000 IVA-uitkeringen beëindigd. De belangrijkste reden voor uitstroom uit de WGA betreft volgens het UWV herstel of herbeoordeling. Bijna de helft van de uitstroom uit de WGA is uitstroom naar werk. Bij de IVA zijn de belangrijkste redenen van uitstroom overlijden en pensionering (UWV 2010b).

Wajong

In 2010 is de Wajong ingrijpend veranderd om jongeren met een beperking te stimuleren werk te vinden en te behouden. Jonggehandicapten die nog kunnen werken komen in een zogeheten werkregeling. Daarnaast zijn er aparte regelingen voor jonggehandicapten die een studie volgen en jonggehandicapten die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn. De instroom in de Wajong steeg van bijna 14.000 in 2006 tot bijna 18.000 in 2010. Het is nog te vroeg om conclusies te trekken over de effecten van de nieuwe wet Wajong op de instroom, hoewel opvalt dat de instroom in 2011 is gezakt tot ruim 16.000, vergelijkbaar met de instroom in 2008.
De uitstroom uit de Wajong is vrij gering en aanzienlijk lager dan de uitstroom uit andere uitkeringen. In 2011 werden ongeveer 5000 uitkeringen beëindigd, ruim 2% van het aantal lopende uitkeringen in dat jaar. Een relatief lage uitstroom is deels te verwachten omdat Wajongers veelal op jonge leeftijd instromen en er nog weinig uitstroom is vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Ook los hiervan is de uitstroom echter geringer dan bij de andere regelingen (UWV 2010b). In de oude regeling was het overgrote deel van de Wajongers volledig arbeidsongeschikt. Zij worden dus niet in staat geacht om op reguliere wijze meer te verdienen dan het minimumloon, wat niet wil zeggen dat er geen mogelijkheden bestaan om te werken. In de nieuwe wet Wajong is nog steeds het grootste deel formeel volledig arbeidsongeschikt, maar is het accent verschoven van inkomensondersteuning naar activering. Personen die vanwege de aard en ernst van hun handicap geen enkel perspectief hebben op een baan komen in aanmerking voor de uitkeringsregeling en blijven recht hebben op een ongewijzigde Wajonguitkering.

WAZ

De (her)instroom in de WAZ neemt aanzienlijk af. Omdat het aantal lopende uitkeringen afneemt, vertoont ook de uitstroom uit de WAZ een dalende lijn. De uitstroom is met ruim een derde gedaald van 7000 in 2006 tot nog geen 5000 in 2011. De belangrijkste reden voor uitstroom uit de WAZ is het bereiken van de leeftijd van 65 jaar.

Tabel 3.1

Volume en in- en uitstroom arbeidsongeschiktheidsregelingen, 2006-2011 (in aantal uitkeringen x 1000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
WAO						
lopende uitkeringen	639,0	596,0	558,1	521,7	486,3	443,9
instroom	11,0	11,7	8,2	5,6	4,3	3,1
uitstroom	75,0	54,7	46,1	42,0	39,7	45,5
WIA						
lopende uitkeringen	19,1	38,4	59,5	82,8	109,6	138,4
IVA	3,7	8,4	13,9	20,1	28,2	36,0
WGA	15,3	29,9	45,6	62,8	81,9	102,4
instroom	21,1	22,4	25,3	29,3	35,2	37,9
IVA	3,8	4,3	5,1	5,6	7,3	7,8
WGA	17,3	18,1	20,2	23,8	28,4	30,1
uitstroom	2,0	3,1	4,2	6,0	9,0	9,8
IVA	0,3	0,7	1,2	1,6	2,1	3,1
WGA	1,7	2,4	3,0	4,4	6,4	6,7
Wajong/nieuwe Wajong						
lopende uitkeringen	155,9	166,8	178,6	192,0	205,1	216,2
instroom	13,6	15,3	16,1	17,6	17,8	16,1
uitstroom	4,9	4,4	4,3	4,3	4,6	5,2
WAZ						
lopende uitkeringen	47,3	43,0	38,7	34,2	30,4	26,0
instroom	1,2	1,2	0,6	0,3	0,2	0,2
uitstroom	7,3	5,5	4,9	4,7	4,0	4,6

Bron: UWV (2011c; 2012c; 2012a)

3.3 De kans op in- en uitstroom naar achtergrondkenmerken

Nu beschreven is hoe in 2006-2010 de stromen in en uit de diverse arbeidsongeschiktheidsregelingen zijn verlopen, komen we bij de tweede onderzoeksvraag: welke groepen in de samenleving hebben een verhoogde kans om in te stromen in de arbeidsongeschiktheidsregelingen? De gegevens komen uit het Sociaal Statistisch Bestand (SSB,

zie hoofdstuk 1) van het CBS, dat bestaat uit een aantal onderling gekoppelde registers met demografische en sociaaleconomische gegevens. We gebruiken cijfers over de jaren 2006-2010.[2] De analyses op basis van het SSB geven informatie over personen. Dit betekent dat niet het aantal uitkeringen, maar het aantal personen met een uitkering in kaart is gebracht.[3] We beschrijven of de kans op in- en uitstroom[4] in de vier regelingen verschilt naar geslacht, leeftijd, herkomstgroepering en woonregio.[5] Woonregio bleek in de vorige trendrapportage (Jehoel-Gijsbers 2010) een belangrijke factor bij de instroom in de Wajong. Om de kans op in- en uitstroom voor verschillende groepen te bepalen is gebruik gemaakt van zogeheten event-history-analyse.[6] De kans op instroom is berekend op basis van een steekproef van 15% van de potentiële beroepsbevolking (alle personen van 15-65 jaar).[7] De kans op uitstroom is bepaald voor de personen die in 2006-2010 een keer in de regeling ingestroomd zijn (zie tabel 3.2).

In- en uitstroom naar geslacht

Van oudsher ontvangen meer mannen dan vrouwen een WAO-uitkering. Dit heeft te maken met de hogere arbeidsparticipatie van mannen. Vrouwen hebben echter een grote inhaalslag gemaakt (zie Jehoel-Gijsbers 2007). In 2010 omvatte de IVA-regeling meer mannen dan vrouwen (57% versus 43%), terwijl iets meer vrouwen (52%) dan mannen een WGA-uitkering ontvingen.
Tabel 3.2 laat zien dat de kans op instroom in de WGA groter is voor vrouwen dan voor mannen, terwijl mannen een grotere kans hebben op instroom in de IVA. Het verschil tussen de twee regelingen heeft waarschijnlijk te maken met de hogere gemiddelde leeftijd van werkende mannen en mogelijk ook met verschillen in de aard van aandoeningen van mannen en vrouwen. Per saldo hebben vrouwen een grotere kans op een uitkering op grond van de WIA dan mannen. Bekend is dat deze verschillen reeds aanwezig zijn in de eerste twee ziektejaren: het ziekteverzuimpercentage van vrouwen is consequent hoger dan dat van mannen (zie hoofdstuk 2). Een mogelijke verklaring is de slechtere arbeidscondities en arbeidsverhoudingen in de functies waarin veel vrouwen werkzaam zijn. Ook kunnen er verschillen zijn in benadering van mannen en vrouwen bij de reintegratie naar werk bij ziekte. Verder kan het te maken hebben met biologische verschillen in ziekte en ziektebeleving tussen mannen en vrouwen.
De kans op uitstroom uit de WGA is voor vrouwen groter dan voor mannen. Dit geldt ook voor de IVA, al zijn de verschillen klein. Ook vóór de invoering van de WIA hadden vrouwen al een grotere kans op uitstroom uit de WAO dan mannen (Jehoel-Gijsbers 2007). Mogelijk spelen ook hier verschillen in leeftijd en de aard van de gezondheidsproblemen een rol.

Voor de Wajong geldt dat mannen een grotere kans hebben om in te stromen dan vrouwen. Dit komt omdat bepaalde ziektebeelden (verstandelijke beperking, autisme, enz.) vaker voorkomen bij mannen dan bij vrouwen. Nederland kent meer mannelijke dan vrouwelijke zelfstandigen en voor mannen is de kans om in de WAZ-regeling te komen dan ook groter dan voor vrouwen.

Tabel 3.2

Relatieve kansen[a] op in- en uitstroom voor de arbeidsongeschiktheidsregelingen (multivariate toetsing)

	instroom					uitstroom				
	WAO	WAZ	Wajong	WGA	IVA	WAO	WAZ	Wajong	WGA	IVA
geslacht (ref. = vrouw)	++	+++	+++	-	++	-	+++	+++	---	-
leeftijd (ref. > 40 jaar)	---	---	+++	---	---	---	---	+++	+++	---
herkomstgroep										
Marokko	+++	---	+++	+++	+++	++	---	---	+++	---
Turkije	+++	0	0	+++	+++	++	---	---	+++	---
Suriname	+++	---	+++	+++	+++	-	---	0	++	--
Nederlandse Antillen, Aruba	0	0	+++	0	0	--	---	++	+++	0
landsdeel (ref. = west)										
noord	++	0	+++	--	0	-	++	++	-	--
oost	+	0	+++	-	0	-	+	+	-	--
zuid	++	+++	0	++	++	-	++	0	+	--
gemeentegrootte (ref. > 100.000 inwoners, behalve de G4)	--	+++	---	---	--	0	+++	0	-	-
vier grote steden	--	---	---	--	---	+	0	0	0	--

a Een plus betekent een significant grotere kans op in- of uitstroom dan de referentiegroep, een min betekent een kleinere kans. Het aantal plussen en minnen geeft de sterkte van het verband aan.[8] Een 0 betekent geen significant verband.

Bron: CBS (SSB'06-'10)

In- en uitstroom naar leeftijd

Ouderen hebben vaker gezondheidsproblemen dan jongeren en het aandeel ouderen in de arbeidsongeschiktheidsregelingen is dan ook relatief groot. Wanneer jongeren in de WIA instromen gaat het relatief vaak om psychische problemen; bij ouderen relatief vaak om lichamelijke klachten (UWV 2012a). Bijna 40% van de personen die in 2010 in de WGA instroomden was ouder dan 50 jaar, bij de IVA was dat 70%. Tabel 3.2 laat zien dat personen jonger dan 40 jaar een veel kleinere kans hebben om in te stromen in de WGA, en bovendien een grotere kans op uitstromen. Voor de kans op instroom in de IVA geldt hetzelfde. De belangrijkste redenen om uit te stromen uit de IVA zijn pensionering en overlijden (UWV 2010a). Dit verklaart de grote kans op uitstroom voor ouderen uit deze regeling.

Ook op oudere leeftijd kan recht op een Wajong-uitkering ontstaan. Wel moet dan vast te stellen zijn dat men reeds voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd arbeidsongeschikt was of dat de ziekte ontstaan is tijdens de studie. De instroom in de Wajong betrof voor 90% personen jonger dan 30 jaar. Omdat het lopende bestand van de Wajong voornamelijk uit jongeren bestaat, gaat het ook bij de uitstroom uit de Wajong vooral om personen jonger dan 30 jaar.

De kans op (her)instroom en uitstroom bij de WAO en WAZ neemt toe met de leeftijd. De uitstroom uit de regelingen is vooral het gevolg van het bereiken van de leeftijd van 65 jaar. Bij de WAZ was in 2010 80% van de (her) instromende mannen 50 jaar of ouder. Instromende vrouwen waren over het algemeen wat jonger. Van de mannen die uitstroomden, was twee derde 65 jaar, van de vrouwen zelfs driekwart.

In- en uitstroom naar herkomstgroepering

Bijna 20% van de personen met een WGA-uitkering is van niet-westerse afkomst, voor de IVA-uitkering geldt dat voor ongeveer 10%. Tabel 3.2 laat zien dat vooral personen van Marokkaanse, Turkse, en Surinaamse afkomst een grotere kans hebben om in te stromen in de WGA- en IVA-regeling dan autochtone Nederlanders. Ook bij de WAO en de Wajong geldt dat. In het *Jaarrapport integratie 2011* (Huijnk 2012) wordt het grotere arbeidsongeschiktheidsrisico van allochtone Nederlanders onder andere toegeschreven aan hun relatief lage opleidingsniveau. Lageropgeleiden hebben gemiddeld een slechtere gezondheid. Bovendien werken ze vaak in sectoren met relatief slechte arbeidsomstandigheden en een zwakke binding tussen werknemer en werkgever, wat belemmerend kan werken bij de re-integratie na ziekte. Mogelijk is het grote aandeel allochtone Nederlanders in de WAO ook het gevolg van werkgevers die hun overbodig geraakte gastarbeiders van Marokkaanse en Turkse afkomst via de WAO lieten afvloeien. Onder westerse en niet-westerse migranten was de instroom in de WAZ zeer gering, nog geen 10%, terwijl zij ongeveer 20% van de Nederlandse bevolking uitmaken (Pommer 2011). Personen van niet-westerse afkomst zijn in het algemeen minder vaak als zelfstandige werkzaam dan autochtonen (Corpeleijn en Arts 2005) en voor de WAZ geldt dat zij kleinere kans hebben op in- en uitstroom dan autochtonen.
Personen van Marokkaanse, Turkse en Surinaamse afkomst hebben een grotere kans om in te stromen in de WGA, maar hebben tevens een grotere kans om uit te stromen uit deze regeling. Voor de IVA, Wajong en WAZ geldt echter het omgekeerde: hier hebben personen van allochtone afkomst over het algemeen een kleinere kans op uitstroom.

In- en uitstroom naar gemeentegrootte en regio

Tabel 3.2 geeft tevens inzicht in de kans op in- en uitstroom naar woonregio: het noorden, oosten, zuiden of westen van Nederland. Verder is er ook gekeken naar aantal inwoners van de woonplaats, onderscheiden naar de vier grote gemeenten (Amsterdam, Utrecht, Den Haag of Rotterdam) en gemeenten met meer of minder dan 100.000 inwoners.
Het aandeel personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering in de potentiële beroepsbevolking verschilt naar regio (zie ook UWV 2011b). De kans op instroom in de WGA of IVA is met name in het zuiden van het land groot. Voor de WAO is de kans op instroom in het westen relatief klein. In de vorige trendrapportage (Jehoel-Gijsbers 2010) werden al regionale verschillen in het beroep op de Wajong geconstateerd. Ook uit onze analyses blijkt dat de kans op instroom in de Wajong met name in het noorden en oosten relatief groot is. Mogelijk spelen verschillen in opleidingsniveau hierin een rol. Gezondheidsproblemen doen zich relatief vaak voor bij laagopgeleiden. Daarnaast kunnen de verschillen in arbeidsmarkt tussen West-Nederland en de overige regio's meespelen.

In regio's met hoge werkloosheid is het voor mensen met beperkingen waarschijnlijk moeilijker om werk te vinden, waardoor ze eerder een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvragen. Bovendien hebben de meest 'kansrijke' personen de neiging te vertrekken uit de economisch zwakkere regio's, waardoor er relatief veel mensen overblijven met een lage sociaaleconomische status en gezondheidsbeperkingen (UWV 2011a). Tabel 3.2 laat verder zien dat de kans op instroom in de arbeidsongeschiktheidsregelingen voor personen uit de kleinere gemeenten (minder dan 100.000 inwoners) relatief klein is, met uitzondering van de kans op instroom in de WAZ, die voor personen uit de kleine gemeenten juist groter is. In de vier grote steden is de instroomkans in een van de arbeidsongeschiktheidsregelingen relatief klein.

3.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de belangrijkste ontwikkelingen geschetst in het volume van de WIA en de Wajong en van de twee 'oude' regelingen, de WAO en de WAZ. We hebben tevens onderzocht wat de relatieve kans is op in- en uitstroom van bepaalde groepen. De overheid heeft de afgelopen decennia veel beleidswijzigingen doorgevoerd om de sterke stijging in het volume in de arbeidsongeschiktheidsregelingen tegen te gaan. De gegevens in dit hoofdstuk laten zien dat het totaal aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen het afgelopen decennium gestaag is afgenomen. Het aantal uitkeringen op grond van de WAO/WIA is vanaf 2002 gaan dalen. De afname is de daaropvolgende jaren doorgezet, al vlakt deze de laatste jaren wat af. In 2010 werden in totaal ruim 800.000 arbeidsongeschiktheidsuitkeringen verstrekt.
In contrast met het dalende aantal uitkeringen volgens de WAO/WIA en de WAZ, nam het volume in de Wajong de laatste jaren sterker toe dan verwacht. Dit leidde ertoe dat de wet in 2010 ingrijpend is veranderd. In de nieuwe Wet Wajong ligt meer nadruk op participatie en het 'werken naar vermogen'. Het is nog te vroeg om de effecten daarvan te zien. De uitstroom uit de Wajong is zeer gering in vergelijking met de uitstroom uit de andere arbeidsongeschiktheidsregelingen. Dit komt deels doordat het bestand nog in opbouw is en er dus weinig mensen uitstromen omdat zij pensioengerechtigd zijn geworden. Ook los daarvan is de uitstroom uit de Wajong echter relatief laag.
De kans op instroom in de arbeidsongeschiktheidsregelingen verschilt naar geslacht, leeftijd, herkomstgroepering en woonregio. De kans op instroom in de WGA is voor vrouwen groter dan voor mannen, terwijl mannen een grotere kans hebben op instroom in de IVA en de Wajong. Voor alle arbeidsongeschiktheidsregelingen, met uitzondering van de Wajong, geldt dat ouderen vaker instromen dan jongeren. Migranten en hun nakomelingen hebben een grotere kans op arbeidsongeschiktheid dan autochtone Nederlanders. Tot slot verschilt de kans op instroom per regio: deze is iets groter in het zuiden, noorden en oosten van het land dan in het westen. Personen uit de vier grote steden hebben een relatief kleine kans om in te stromen in de arbeidsongeschiktheidsregelingen.

Noten

1 De groep WIA-verzekerden bestaat uit werknemers met een vast of tijdelijk dienstverband, uitzendkrachten, WW-ers en een aantal kleinere groepen, zoals stagiairs en oproepkrachten (zie o.a. UWV 2012a).

2 Door vergelijking van de bronnen in het SSB kunnen correcties worden uitgevoerd die leiden tot consistente, definitieve gegevens. De hier gepresenteerde gegevens over 2006–2010 hebben deze correcties nog niet ondergaan en fungeren dan ook als voorlopige cijfers. Omdat niet zeker is of de gegevens zonder meer vergelijkbaar zijn met de definitieve cijfers uit eerdere jaren, is ervoor gekozen de presentatie van de in- en uitstroomgegevens te beperken tot de genoemde jaren.

3 Het aantal uitkeringen kan lager zijn dan het aantal personen met een uitkering omdat een persoon meerdere uitkeringen kan ontvangen. Een persoon met meer dan één gelijksoortige uitkering (bv. meer dan één WAO-uitkering) telt slechts eenmaal mee. Uitkeringen waarvoor geen betaling werd gedaan, de zogeheten nuluitkeringen, zijn niet meegeteld.

4 De definitie van in- en uitstroom wijkt af van de door het UWV gehanteerde definities. Personen die binnen de WIA doorstromen van de WGA naar de IVA worden ook aangemerkt als in- en uitstroom bij deze regelingen. Tot instroom wordt gerekend de persoon die a) in de statistiekmaand wordt aangemerkt als persoon met een uitkering en b) in de maand voorafgaande aan de statistiekmaand niet werd aangemerkt als persoon met een uitkering. Het kan hierbij gaan om een persoon die in deze voorafgaande maand geen recht had op een uitkering of een persoon die wel recht had op een uitkering, maar aan wie in de betaalperiode behorend bij deze voorafgaande maand geen betaling werd gedaan. Van herinstroom is sprake wanneer men na een periode dat er geen betaling werd gedaan, weer een betaling ontving. Evenzo wordt tot de uitstroom gerekend de persoon die a) in de statistiekmaand niet wordt aangemerkt als persoon met een uitkering (geen recht of geen betaling) en b) in de maand voorafgaand aan de statistiekmaand wel werd aangemerkt als persoon met een uitkering.

5 Voor de analyses zijn we gebonden aan de informatie die beschikbaar is het gegevensbestand. Daardoor was het bijvoorbeeld niet mogelijk verschillen naar opleidingsniveau te berekenen.

6 Event-history-analyse is een analysetechniek voor het bepalen van de kans dat een gebeurtenis, in dit geval in- of uitstroom, optreedt op een bepaald tijdstip. Een moeilijkheid is dat voor een deel van de mensen de gebeurtenis in het geheel niet optreedt gedurende de tijd van waarneming, maar toch nog kan optreden daarna. Met deze zogenaamde 'rechtscensurering' van gegevens is rekening te houden met een Cox-regressiemodel.

7 Voor de vier regelingen geldt dus dezelfde referentiegroep zodat deze onderling vergelijkbaar zijn. Bij de interpretatie van de resultaten moet er wel rekening mee worden gehouden dat de groepen verschillen in arbeidsmarktpositie (aandeel zelfstandigen, WIA-verzekerden, enz.).

8 Hierbij zijn de volgende grenzen gehanteerd: +++ = kans van meer dan 1,3 maal de kans voor de referentiegroep; ++ = kans tussen 1,1 en 1,3; + = kans tussen 1,01 en 1,1; 0 = geen verschil; - = kans tussen 0,9 en 0,99; -- = kans tussen 0,7 en 0,9; --- = kans van minder dan 0,7.

Literatuur

Corpeleijn, A. en K. Arts (2005). Aantal allochtone ondernemers neemt toe. In: *Webmagazine*. Geraadpleegd mei 2012 via www.cbs.nl.

Cuelenaere, B. en T.J. Veerman (2011). *Onderzoek evaluatie WIA*. Leiden: Astri Beleidsonderzoek en -advies.

Huijnk, W. (2012). Uitkeringen, inkomen, armoede en vermogen. In: M. Gijsbers, W. Huijnk, J. Dagevos, *Jaarrapport integratie 2011* (p. 157-176). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Jehoel-Gijsbers, G. (red.) (2007). *Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Jehoel-Gijsbers, G. (red.)(2010). *Beperkt aan het werk. Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kok, L. en P. Hop (2008). *In en uit de Wajong. Analyse van stromen en de samenloop met betaald werk.* Amsterdam/ Den Haag: SEO/Raad voor Werk en Inkomen.

Pommer, E. (2011). Bevolking, economie en overheid. In: R. Bijl, J. Boelhouwer, M. Cloïn, E. Pommer, *De sociale staat van Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Suijker, F.W. (2007). *Verdubbeling van de instroom in de Wajong: oorzaken en beleidsopties*. CPB Document nr. 156. Den Haag: Centraal Planbureau.

UWV (2007a). *Kroniek van de sociale verzekeringen 2007. Wetgeving en volumeontwikkelingen in historisch perspectief.* Amsterdam: UWV.

UWV (2007b). *De groei van de Wajonginstroom. Kenniscahier 07-01.* Amsterdam: Kenniscentrum UWV.

UWV (2010a). *UWV Kwartaal Verkenning 2010-III*. Amsterdam: Kenniscentrum UWV.

UWV (2010b). *UWV Kwantitatieve informatie 2010*. Amsterdam: UWV.

UWV (2011a). *Wajongmonitor: tweede rapportage. Een analyse van de nieuwe Wajong in 2010*. Amsterdam: Kenniscentrum UWV.

UWV (2011b). *Atlas SV. Regionale informatie sociale verzekeringen*. Amsterdam: UWV.

UWV (2011c). *Statistische Tijdreeksen UWV 2010*. Amsterdam: UWV.

UWV (2012a). *UWV Kennisverslag 2012-I*. Amsterdam: Kenniscentrum UWV.

UWV (2012b). *Kennismemo 12/02. Overgangen binnen de WIA*. Amsterdam: Kenniscentrum UWV.

UWV (2012c). *UWV Kwantitatieve Informatie 2011*. Amsterdam: UWV.

Vuuren, D. van, F. van Es, G. Roelofs (2011). *Wajong groeit explosief. Samenhang met bijstand belangrijk*. CPB Policy Brief 2011/09. Den Haag: Centraal Planbureau.

4 Trends in arbeidsaanbod van personen met gezondheidsbeperkingen

John Michiels (CBS), Dionne Arts (UWV), Jan Besseling (TNO), Henk-Jan Dirven (CBS) en Carla van Deursen (UWV)

4.1 Beleidscontext

Gezien de verwachte afname van de potentiële beroepsbevolking en het toenemende beroep op pensioenregelingen vanwege de vergrijzing wil de overheid het draagvlak onder de sociale zekerheid toekomstbestendig maken (SZW 2011a). Dit was ook de inzet van eerder beleid: de participatie van mensen op de arbeidsmarkt zo veel mogelijk bevorderen en de uitkeringsafhankelijkheid terugdringen.

Veel maatregelen richten zich op mensen met gezondheidsbeperkingen. Immers, de ruimte voor vergroting van de arbeidsparticipatie en verkleining van de uitkeringsafhankelijkheid is vooral bij deze groep aanwezig. Gezonde mannen in de leeftijd van 35 tot 55 jaar (en steeds meer ook vrouwen) hebben een arbeidsparticipatie die de 100% nadert (García-Gómez et al. 2010). De arbeidsparticipatie van personen met een gezondheidsbeperking (vaak oudere mensen) ligt veel lager: zij werken veel minder vaak en hebben vaker een arbeidsongeschiktheids- of bijstandsuitkering. Op deze groep zijn veel maatregelen gericht, zoals:

- De Wet verbetering poortwachter, die werkgever en werknemer een actievere rol geeft om blijvende arbeidsongeschiktheid te voorkomen.
- Het instrumentarium van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) om werknemers en hun werkgever te ondersteunen bij het bevorderen van de arbeidsdeelname, zoals een (werk)voorziening of ondersteuning bij re-integratie, bijvoorbeeld proefplaatsing, loonkostensubsidie/-dispensatie of premiekorting voor de werkgever.
- De mogelijkheid voor werkgevers om bij ziekteverzuim van structureel functioneel beperkte werknemers de Ziektewetuitkering in mindering te brengen op het door te betalen loon.
- Publiekscampagnes van de overheid, zoals recent de campagne IK KAN van het Programma Cultuuromslag Wajong, leggen de nadruk op wat personen met een beperking wel kunnen in plaats van niet kunnen (SZW 2011b).
- Direct voorafgaand aan de invoering van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), de opvolger van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), werd de wachttijd tot de WIA en dus de periode van verplichte loondoorbetaling verlengd van één tot twee jaar, zoals geregeld in de Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte in 2004. Bovendien werd in de claimbeoordeling voor de WIA meer nadruk gelegd op de resterende arbeidsmogelijkheden.

– In 2010 heeft de overheid ook de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wajong) langs deze lijn aangepast. Jonggehandicapten met arbeidsvermogen komen in aanmerking voor de Wajong Werkregeling en ontvangen tot hun 27e levensjaar inkomensondersteuning bij hun pogingen om betaalde arbeid te verrichten.

We onderzoeken hoe, gezien al deze maatregelen, de arbeidsparticipatie van personen met een gezondheidsbeperking zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld. Vragen die aan de orde komen, zijn onder meer: welk deel van hen is werkzaam in een substantiële baan of in een kleine baan, en welk deel is niet werkzaam maar wel bereid om te gaan werken?

We onderscheiden in dit hoofdstuk vijf – elkaar deels overlappende – groepen (kader 4.1).

Kader 4.1 Personen met een gezondheidsbeperking

Personen met een langdurige aandoening:
Mensen die naar eigen zeggen last hebben van een of meer langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps.

Arbeidsgehandicapten:
Mensen die naar eigen zeggen vanwege een langdurige aandoening belemmerd zijn in het uitvoeren of verkrijgen van werk.

Arbeidsbeperkten:
Ontvangers van een arbeidsongeschiktheidsuitkering én personen voor wie de WIA-claimbeoordeling niet tot recht op uitkering leidde ('35-minners'). Ook 35-minners hebben functionele beperkingen in het arbeidsvermogen.

Arbeidsongeschikten:
Ontvangers van een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Personen met een gezondheidsbeperking:
Dit is een algemene aanduiding van personen met gezondheidsproblemen en omvat alle eerder genoemde groepen.

4.2 Onderzoeksvragen en databestanden

De centrale onderzoeksvragen luiden:

Wat was in het afgelopen decennium de ontwikkeling van de samenstelling van de potentiële beroepsbevolking (d.w.z. de bevolking van 15-64 jaar) naar gezondheidsbeperking?

Wat was in het afgelopen decennium de ontwikkeling van het arbeidsaanbod en de uitkeringsafhankelijkheid van personen met en personen zonder een gezondheidsbeperking?

Het arbeidsaanbod betekent in deze context de populatie personen van 15-64 jaar, in particuliere huishoudens, die twaalf uur of meer per week werkzaam zijn of twaalf uur of meer per week willen werken. Het gaat dus om personen die in een substantiële baan werkzaam zijn of willen zijn.
Het arbeidsaanbod wordt in de eerste plaats bepaald door het aantal mensen dat werkzaam is en het aantal uren dat zij werken. Bovendien kan een deel van deze personen alleen werken in een speciale omgeving: het beschut werken in de sociale werkvoorziening. Verder rekenen we tot het arbeidsaanbod ook mensen die weliswaar niet substantieel werken, maar dit wel willen. Natuurlijk zijn er ook mensen met een gezondheidsbeperking die zich niet willen aanbieden voor werk. De vraag is of dat is vanwege hun beperking of vanwege andere belangrijke redenen. Tot slot is er de vraag in welke mate personen met een gezondheidsbeperking van een uitkering afhankelijk zijn, waarbij het niet alleen gaat om arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, maar ook werkloosheidsuitkeringen of bijstand. In het verlengde van de eerste en tweede centrale onderzoeksvragen kunnen daarom de volgende deelvragen worden onderscheiden:

Wat was in het afgelopen decennium de ontwikkeling in de netto-arbeidsparticipatie[1] van personen naar gezondheidsbeperking? En wat was de ontwikkeling van de gemiddelde arbeidsduur van werkzame personen met en zonder beperking?

In welke mate waren in deze periode diverse groepen personen met een gezondheidsbeperking werkzaam in beschut werk? En slaagden zij erin om duurzaam substantieel werk buiten deze sector te vinden?

Waren personen met een gezondheidsbeperking die niet of in een kleine baan werken minder bereid om substantieel (ten minste twaalf uur per week) te gaan werken dan personen zonder gezondheidsbeperking? En wat waren de redenen om eventueel niet twaalf uur of meer te werken?

Wat was de ontwikkeling van het aandeel personen met een gezondheidsbeperking in de Werkloosheidswet (WW) en de Bijstandswet?

Welke ontwikkelingen waren er in het werken in dienstverband door personen met een uitkering krachtens de WIA, de WAO, de Wajong of de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ)?

De analyses in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op databronnen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het UWV. De resultaten in paragraaf 4.3.1 zijn afkomstig van de CBS-databronnen Enquête beroepsbevolking (EBB) en Sociaal statistisch bestand (SSB), die hier los van elkaar zijn toegepast. De resultaten in paragrafen 4.3.2 tot en met 4.3.6 zijn gebaseerd op gekoppelde EBB- en SSB-databestanden. Vanwege wijzigingen in de vraagstelling van de EBB zijn voor het jaar 2007 geen cijfers beschikbaar over langdurige aandoening en voor de jaren 2007 en 2008 geen cijfers over arbeidshandicap. In paragraaf 4.3.7 wordt uitgegaan van de UWV-registraties als databron. Meer informatie

omtrent de databronnen is te vinden in de bijlage bij hoofdstuk 4 (te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport).

4.3 Resultaten

4.3.1 Samenstelling van de potentiële beroepsbevolking naar gezondheidskenmerken

In 2010 behoorden 11 miljoen mensen tot de bevolking van 15-64 jaar, de potentiële beroepsbevolking. Ruim 2,3 miljoen van hen – een op de vijf – had last van een langdurige aandoening, ziekte of handicap (tabel 4.1). De meesten – bijna 1,5 miljoen – waren daardoor naar eigen zeggen belemmerd bij het uitvoeren of verkrijgen van werk. Zij worden arbeidsgehandicapt genoemd. In de periode 2002-2009 nam het aandeel 15-64-jarigen met een langdurige aandoening licht af. Ook het aandeel arbeidsgehandicapten daalde enigszins. De sterke afname in 2010 (zie tabel 4.1) hangt overigens samen met een herziening van de onderzoeksopzet van de EBB.[2]
Het aantal personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering is sinds 2002 met bijna een zesde afgenomen, maar is de laatste paar jaar weer vrij stabiel. Vooral het aantal gedeeltelijk arbeidsongeschikten is flink gedaald (met bijna een derde). Ook het aantal personen met een volledige uitkering nam aanvankelijk af, maar steeg de laatste jaren juist weer iets. Dit komt vooral door de toename van het aantal ontvangers van een Wajong-uitkering.
Verreweg het grootste gedeelte van de potentiële beroepsbevolking, bijna 8,6 miljoen mensen, had geen last van langdurige aandoeningen en kreeg ook geen arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het aantal mensen zonder langdurige aandoening en zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering is tussen 2002 en 2009 met ruim 300.000 toegenomen. Daardoor nam ook hun aandeel in de potentiële beroepsbevolking toe. De sterke toename in 2010 hangt overigens samen met eerder vermelde herziening van de onderzoeksopzet.[3]

Tabel 4.1

Samenstelling van de bevolking van 15-64 jaar in particuliere huishoudens, naar gezondheidskenmerken, 2002-2010 (in aantallen en procenten)

	met langdurige aandoening[a]		wo. met arbeids-handicap[a]		gedeeltelijk arbeids-ongeschikt[b]		volledig arbeids-ongeschikt[b]		totaal met ao-uitkering[b]		zonder langdurige aandoening en ao-uitkering[a]		potentiële beroeps-bevolking
	x 1000	%	x 1000	%	x 1000	%	x 1000	%	x 1000	%	x 1000	%	x 1000
2002	2693	25	1797	17	253	2	618	6	872	8	8054	74	10.863
2003	2718	25	1806	17	255	2	612	6	867	8	8079	74	10.903
2004	2704	25	1799	16	254	2	600	5	854	8	8116	74	10.925
2005	2722	25	1764	16	241	2	571	5	812	7	8121	74	10.940
2006	2647	24	1725	16	215	2	547	5	762	7	8225	75	10.952
2007	.	.	.	.	200	2	548	5	747	7	.	.	10.968
2008	2510	23	.	.	180	2	558	5	738	7	8398	76	10.997
2009	2559	23	1651	15	180	2	556	5	736	7	8373	76	11.014
2010	2339	21	1476	13	172	2	564	5	736	7	8578	78	11.017

a Bron: CBS, EBB (jaargemiddelde; trendbreuk in 2010).
b Bron: CBS, SSB (peildatum laatste vrijdag van september).

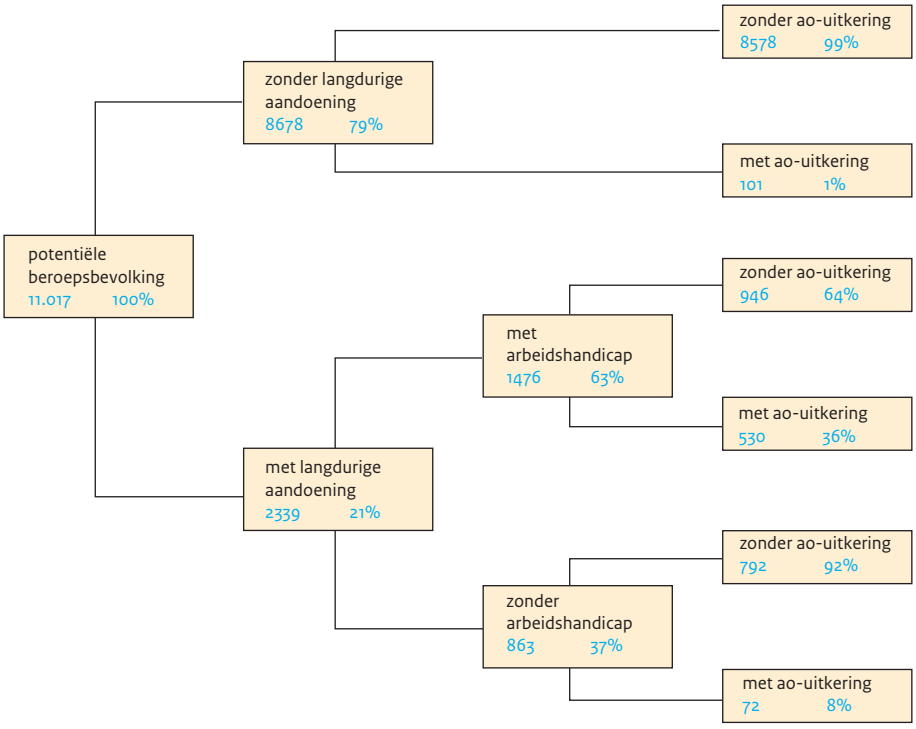
Kader 4.2 Combinaties van een langdurige aandoening, arbeidshandicap of arbeidsongeschiktheidsuitkering

De groepen personen met een langdurige aandoening, een arbeidshandicap of een arbeidsongeschiktheidsuitkering overlappen elkaar maar vallen niet volledig samen. Personen met een arbeidshandicap hebben per definitie een langdurige aandoening, maar andersom hoeven personen met een langdurige aandoening niet per se arbeidsgehandicapt te zijn. Ook heeft niet iedereen met een langdurige aandoening of met een arbeidshandicap een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het komt verder ook wel eens voor dat iemand een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt, maar naar eigen zeggen geen langdurige aandoening heeft.

Figuur 4.1 laat zien hoe de potentiële beroepsbevolking is samengesteld naar personen met en zonder langdurige aandoening, met en zonder arbeidshandicap en met en zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering. Hieruit blijkt onder meer het volgende:

- Bijna twee derde van alle personen met een langdurige aandoening is arbeidsgehandicapt. De meesten van hen – eveneens bijna twee op de drie – hebben geen arbeidsongeschiktheidsuitkering. Ruim een op de drie arbeidsgehandicapten heeft wel zo'n uitkering.
- 1% van alle mensen zonder langdurige aandoening heeft toch een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Ook is 8% van de mensen met een langdurige aandoening naar eigen zeggen niet arbeidsgehandicapt maar wel ontvanger van een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Blijkbaar is er een kleine groep mensen zonder langdurige aandoening of arbeidshandicap maar met een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Voor een belangrijk deel gaat het om gedeeltelijk arbeidsongeschikten die nog in staat zijn om (aangepaste) werkzaamheden te verrichten. Zodoende hebben zij geen 'last' (meer) van deze aandoening. Die personen kunnen dan nog wel arbeidsbeperkt zijn. Ook kan het gaan om personen met een verstandelijke beperking of psychische aandoening die hun eigen situatie minder goed kunnen inschatten of de aandoening niet als langdurig karakteriseren (bijvoorbeeld bij burn-out).

Figuur 4.1
Samenstelling bevolking 15-64 jaar met een langdurige aandoening, arbeidshandicap of arbeidsongeschiktheidsuitkering, 2010 (in aantallen x 1000 en in procenten)



Bron: CBS (EBB'02-'10; SSB'02-'10)

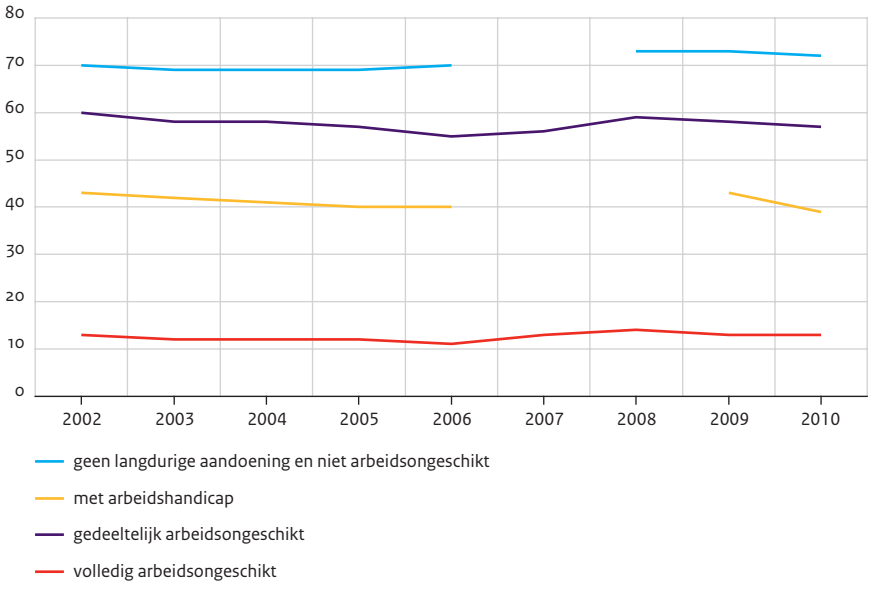
4.3.2 Arbeidsparticipatie van personen naar gezondheidsbeperking

Netto-arbeidsparticipatie

Een belangrijke indicator van het arbeidsaanbod is het aandeel personen in de bevolking dat twaalf uur of meer per week werkzaam is, de netto–arbeidsparticipatie (zie figuur 4.2).

Bij personen met een gezondheidsbeperking ligt het niveau van de netto-arbeidsparticipatie lager en ook de ontwikkeling in de tijd verloopt minder gunstig dan bij personen zonder gezondheidsbeperking. De netto-arbeidsparticipatie van gedeeltelijk arbeidsongeschikten en arbeidsgehandicapten nam in de periode 2002-2010 iets af, respectievelijk van 60% naar 57% en van bijna 43% naar 39%.[4] Bij de volledig arbeidsongeschikten was de netto-arbeidsparticipatie het laagst, rond de 12%, en die vertoonde in deze periode geen afname.

Figuur 4.2
Netto-arbeidsparticipatie, personen van 15-64 jaar, met en zonder gezondheidsbeperking, 2002-2010 (in procenten)



Bron: CBS (EBB'02-'10; SSB'02-'10)

De ontwikkeling van de netto-arbeidsparticipatie in 2002-2010 blijkt voor een deel te worden bepaald door de samenstelling van de onderscheiden groepen. Als wordt gecorrigeerd naar de kenmerken geslacht en leeftijd, neemt bij gedeeltelijk arbeidsongeschikten de netto-arbeidsparticipatie niet langer af, maar juist iets toe, namelijk met 2 procentpunt.[5] Voor de andere groepen blijft de ontwikkeling nagenoeg onveranderd. Dat in figuur 4.2 een afname in de netto-arbeidsparticipatie is te zien bij de gedeeltelijk arbeidsongeschikten wordt mede veroorzaakt door de stijging van de gemiddelde leeftijd (van 49 naar 53 jaar). Een andere mogelijke verklaring van de achterblijvende arbeidsparticipatie van gedeeltelijk arbeidsongeschikten (en arbeidsgehandicapten) is dat na de herbeoordelingsoperatie in 2004-2009 en door de invoering van de WIA de groep gemiddeld meer beperkingen heeft.
In tegenstelling tot bij gedeeltelijk arbeidsongeschikten is bij volledig arbeidsongeschikten de netto-arbeidsparticipatie in 2002-2010 niet afgenomen, maar vrijwel stabiel gebleven. Dit hangt samen met de sterke groei van de instroom in de Wajong. De groep Wajongers bestaat namelijk bijna geheel uit volledig arbeidsongeschikten en kent een – voor volledig arbeidsongeschikten – relatief hoge arbeidsdeelname (voornamelijk in beschut werk).

4.3.3 Ontwikkeling van de arbeidsduur

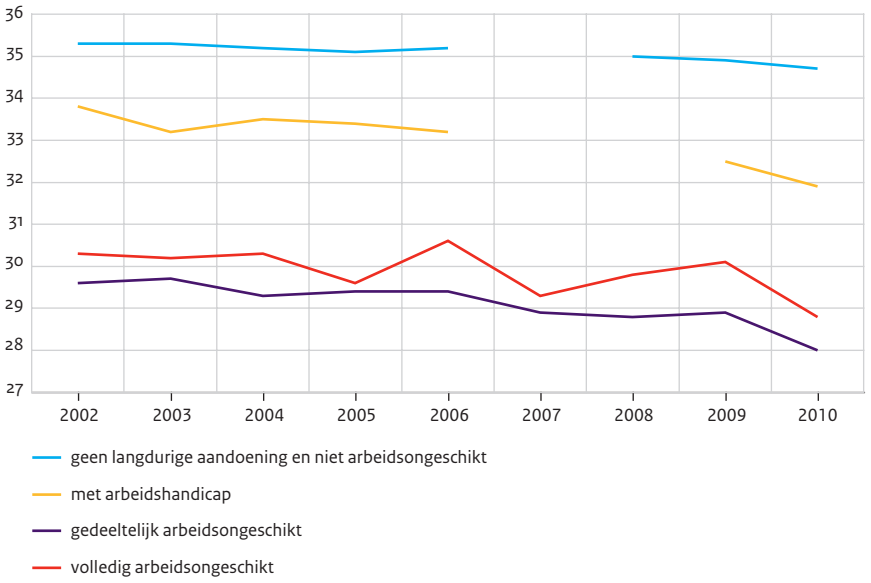
Om een vollediger beeld te krijgen van de arbeidsdeelname van personen nemen we ook gegevens mee over de gemiddelde arbeidsduur. We rekenen alleen personen met een arbeidsduur van ten minste twaalf uur per week mee, omdat het (geringe) aandeel personen dat minder uren werkt over de periode 2002-2010 nauwelijks verandert. Figuur 4.3 toont de gemiddelde arbeidsduur van personen die ten minste twaalf uur per week werken, onderscheiden naar gezondheidsbeperking.

Uit figuur 4.3 blijkt dat werkenden met een gezondheidsbeperking gemiddeld minder uren per week werken dan personen zonder een dergelijke beperking. Voor arbeidsgehandicapten bedroeg in 2010 de wekelijkse arbeidsduur 31,9 uur.[6] Voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten was dat 28,0 uur en voor volledig arbeidsongeschikten 28,8 uur. Twee zaken vallen op. Ten eerste: volledig arbeidsongeschikten werken (iets) meer uren dan gedeeltelijk arbeidsongeschikten. Dit komt onder meer doordat bij volledig arbeidsongeschikten een groter aandeel personen in de sociale werkvoorziening werkzaam is (zie ook § 4.3.4). Hier wordt vaker voltijd gewerkt. Een andere reden is dat onder werkende volledig arbeidsongeschikten het aandeel personen dat minder dan twaalf uur per week werkt relatief groot is en die worden buiten beschouwing gelaten. Als we alleen kijken naar personen buiten de sociale werkvoorziening en geen urengrens toepassen, werken gedeeltelijk arbeidsongeschikten meer uren dan volledig arbeidsongeschikten: in 2010 respectievelijk 26,4 uur en 24,2 uur per week.

Ten tweede valt op dat werkende arbeidsgehandicapten meer uren per week werken dan gedeeltelijk arbeidsongeschikten, terwijl die laatsten wel vaker deel uitmaken van de werkzame beroepsbevolking. Een mogelijke verklaring is dat gedeeltelijk arbeidsongeschikten gemiddeld al vaker werkten voordat ze ziek werden dan arbeidsgehandicapten en dit werk in aangepaste vorm konden continueren, zij het met een geringer aantal uren. Het kan ook zijn dat gedeeltelijk arbeidsongeschikten vanwege hun uitkering minder uren hoeven te werken dan arbeidsgehandicapten zonder uitkering om een bepaald inkomensniveau te bereiken.
Alle groepen toonden in 2002-2010 een daling in het aantal gewerkte uren per week. Deze daling was voor arbeidsgehandicapten en gedeeltelijk arbeidsongeschikten het grootst (respectievelijk 1,9 en 1,6 uur), gevolgd door volledig arbeidsongeschikten en personen zonder gezondheidsbeperkingen (respectievelijk 1,5 en 0,7 uur) Een deel van de verklaring voor de sterke daling bij arbeidsgehandicapten en gedeeltelijk arbeidsongeschikten is het groeiende aandeel vrouwen binnen deze groepen.[7] Vrouwen werken doorgaans minder vaak voltijd dan mannen. In 2002 werkte 26% van de arbeidsgehandicapten en 24% van de gedeeltelijk arbeidsongeschikten meer dan 32 uur per week. In 2010 was dat afgenomen tot respectievelijk 19 en 18%. Ook de herbeoordelingsoperatie speelde waarschijnlijk een rol. Toen werd een deel van de volledig arbeidsongeschikten als gedeeltelijk arbeidsgeschikt beoordeeld en verviel bij een deel van de ‘gezondere’ gedeeltelijk arbeidsongeschikten het recht op uitkering. Het is plausibel dat

de resulterende groep gedeeltelijk arbeidsongeschikten meer gezondheidsproblemen heeft en daardoor minder uren kan werken.

Figuur 4.3
Arbeidsduur van personen van 15-64 jaar, naar gezondheidsbeperking, 2002-2010 (in aantal gewerkte uren per week)



Bron: CBS (EBB'02-'10; SSB'02-'10)

Participatie in kleine banen

Van de arbeidsgehandicapten en van de gedeeltelijk arbeidsongeschikten verrichtte in de periode 2002-2010 ruim 4% werk in een kleine baan (tot twaalf uur werk per week). Voor volledig arbeidsongeschikten lag dat aandeel op ruim 3%, voor personen zonder langdurige aandoening en zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering op ruim 8%. Deze aandelen bleven gedurende de gehele periode vrijwel constant.

4.3.4 Arbeidsaanbod in de sociale werkvoorziening en uitstroom naar regulier werk

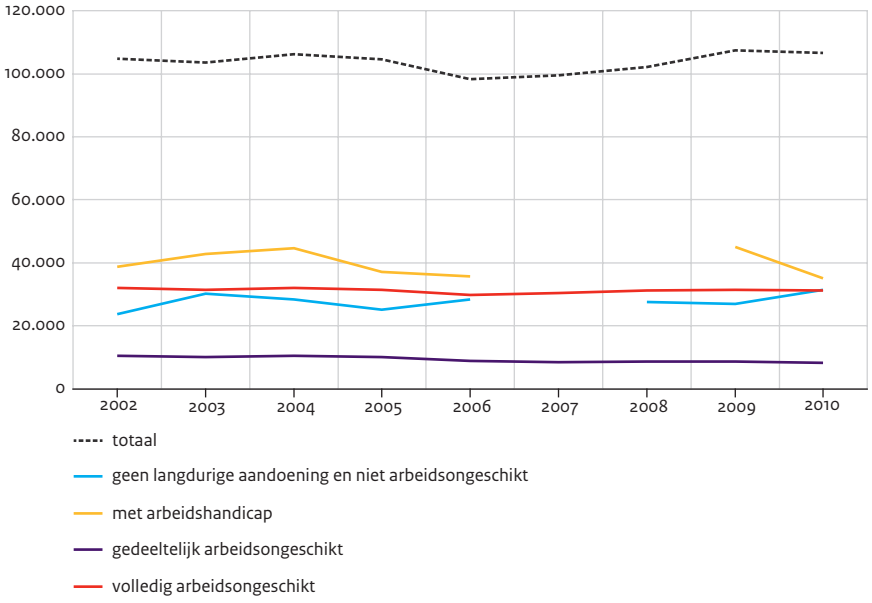
Aantal personen werkzaam in de sociale werkvoorziening

Het aantal personen werkzaam in de sociale werkvoorziening bedroeg in de periode 2002-2010 jaarlijks ongeveer 100.000 (figuur 4.4). De samenstelling van deze groep naar gezondheidsbeperking bleef vrij stabiel. Het aantal volledig arbeidsongeschikten bedroeg ongeveer 32.000, het aantal gedeeltelijk arbeidsongeschikten ongeveer 10.000, het aantal arbeidsgehandicapten ongeveer 40.000. Deze laatste groep overlapt sterk

met de groep arbeidsongeschikten (zie figuur 4.1).[8] Bijna 30.000 personen in de sociale werkvoorziening geven aan geen langdurige aandoening te hebben en ontvangen ook geen arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het gaat waarschijnlijk voornamelijk om stafpersoneel (ongeveer 20.000 personen) en om mensen die de langdurige aandoening niet als belastend ervaren (denk aan verstandelijk beperkten die de eigen situatie niet goed kunnen beoordelen en personen die geen last ondervinden van hun langdurige aandoening).[9] De sterke afname van het aantal arbeidsgehandicapten in 2010 hangt samen met de wijziging van de onderzoeksopzet; na correctie ligt het aantal arbeidsgehandicapten in 2010 op ongeveer hetzelfde niveau als in 2009.[10]

Figuur 4.4

Personen werkzaam in de sociale werkvoorziening, naar gezondheidsbeperking, 15-64 jaar, 2002-2010 (in aantallen)



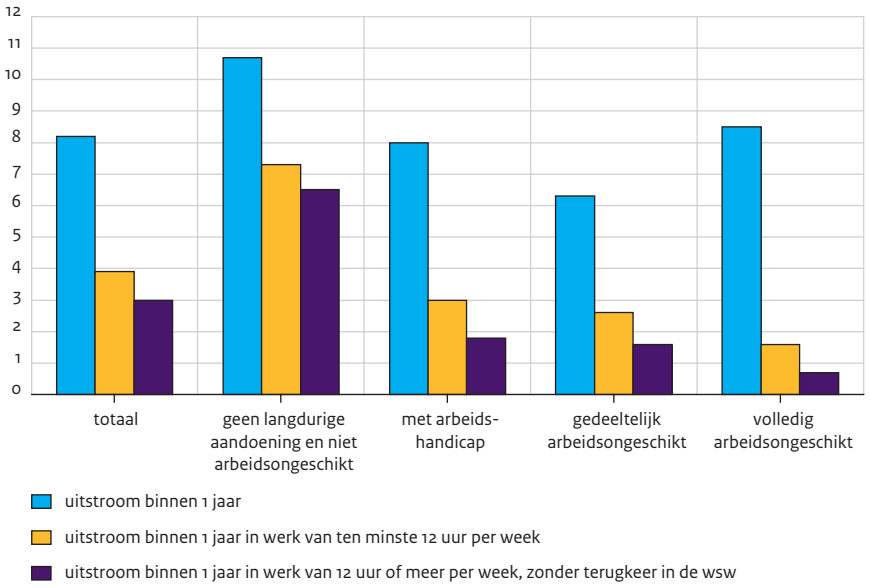
Bron: CBS (EBB'02-'10; SSB'02-'10)

Uitstroom werknemers uit de sociale werkvoorziening

De uitstroom van werknemers uit de sociale werkvoorziening was in 2002-2010 vrij constant: jaarlijks ongeveer 7-8%. Dit is vergelijkbaar met cijfers uit andere bronnen (van Santen et al. 2010).

We hebben voor de verschillende groepen met gezondheidsbeperkingen geanalyseerd waar zij naar uitstromen (figuur 4.5).[11] Tot de uitstroom naar werk rekenen we ook het begeleid werken, mits de nieuwe werkgever buiten de sociale werkvoorziening actief is.

Figuur 4.5
Uitstroom uit de sociale werkvoorziening, werknemers van 15-64 jaar, naar gezondheidsbeperking (in procenten)



Bron: CBS (EBB'02-'10; SSB'02-'10)

De uitstroom uit de sociale werkvoorziening van werknemers met een gezondheidsbeperking was in 2002-2010 iets kleiner dan die van werknemers zonder gezondheidsbeperking: 6%-8% tegen bijna 11% van de niet-arbeidsongeschikte personen zonder langdurige aandoening (voornamelijk stafpersoneel). Bij uitstromen naar ander werk zijn de verschillen tussen de groepen aanmerkelijk groter. Ook daarin blijven personen met een gezondheidsbeperking achter. Van de gedeeltelijk arbeidsongeschikten en arbeidsgehandicapten kwam ongeveer 3% binnen een jaar terecht in werk van minimaal twaalf uur per week. Voor personen zonder langdurige aandoening en zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering lag dat percentage op ruim 7. Werk vinden buiten de sociale werkvoorziening is het minst weggelegd voor volledig arbeidsongeschikte werknemers: minder dan 2%.
De vraag is of de uitgestroomde mensen ook uit de sociale werkvoorziening weten te blijven. Mensen met een gezondheidsbeperking lukt dat minder dan mensen zonder gezondheidsbeperking: respectievelijk 50% en 10% keerde in de periode 2002-2010 na een jaar terug in de sociale werkvoorziening.
We hebben ook een multivariate analyse uitgevoerd naar de kans op uitstroom, gecontroleerd voor geslacht, leeftijd, onderwijsniveau en herkomst. De waargenomen verschillen in uitstroom tussen de onderzoekspopulaties blijken geen verband te hebben met deze kenmerken.

4.3.5 Arbeidsaanbod onder personen die minder dan twaalf uur werken, naar gezondheidsbeperking

Personen die niet of minder dan twaalf uur per week werken zijn in twee groepen te onderscheiden. Enerzijds mensen die dat wel zouden willen; hen rekenen we tot het arbeidsaanbod, ook als zij niet direct beschikbaar of actief op zoek zijn. Anderzijds mensen die om diverse redenen niet twaalf uur of meer per week willen of kunnen werken. Tabel 4.2 toont naar gezondheidsbeperking het aandeel personen dat niet twaalf uur of meer per week werkt maar dat wel zou willen. Dat blijkt aanzienlijk te verschillen per type gezondheidsbeperking. Bij arbeidsgehandicapten is dit aandeel iets kleiner en bij volledig arbeidsongeschikten de helft kleiner dan bij personen zonder gezondheidsbeperking. Onder de gedeeltelijk arbeidsongeschikten zijn relatief de meeste mensen bereid twaalf uur of meer te gaan werken. Waarschijnlijk speelt hier mee dat zij al werkten voordat zij ziek werden.

Tabel 4.2

Aandeel personen die twaalf uur of meer per week willen werken binnen de groep die dat niet doet, naar gezondheidsbeperking, 15-64 jaar, 2002 en 2010 (in procenten)

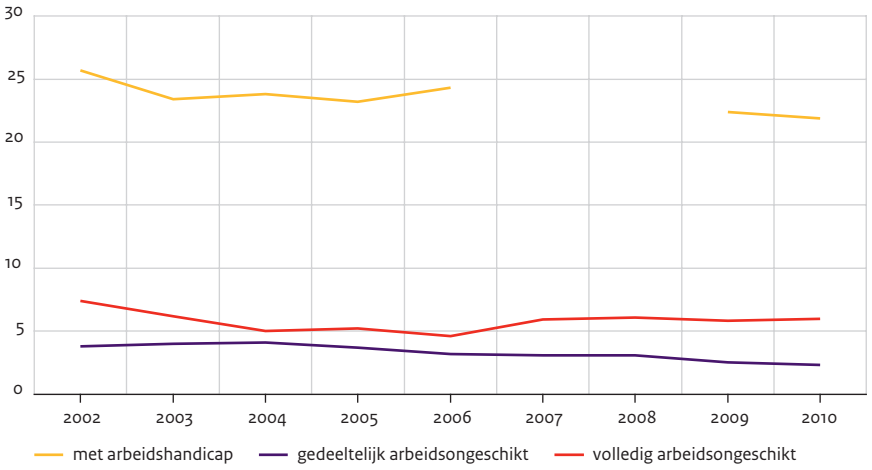
	2002	2010
geen langdurige aandoening en niet arbeidsongeschikt	18,2	24,8
heeft arbeidshandicap	17,6	21,2
gedeeltelijk arbeidsongeschikt	24,2	26,2
volledig arbeidsongeschikt	9,1	10,9

Bron: CBS (EBB'02-'10; SSB'02-'10)

Uit tabel 4.2 blijkt tussen 2002 en 2010 duidelijk een toename van de bereidheid bij alle onderzoekspopulaties, ook arbeidsgehandicapten en arbeidsongeschikten, om substantieel werk te verrichten.
De analyse kan ook vanuit een ander perspectief worden uitgevoerd. Figuur 4.6 toont de samenstelling van de groep personen die twaalf uur of meer per week willen werken, naar type gezondheidsbeperking, over de periode 2002-2010. Het aandeel arbeidsgehandicapten en gedeeltelijk arbeidsongeschikten binnen deze groep blijkt gestaag af te nemen. Het aandeel volledig arbeidsongeschikten blijft op een redelijk constant niveau, evenals het aandeel personen zonder gezondheidsbeperking.[12] Deze ontwikkelingen zijn grotendeels te verklaren uit de groei dan wel krimp van de onderzoekspopulaties.

Figuur 4.6

Samenstelling van de groep personen die twaalf uur of meer per week willen werken maar dat niet doen, naar gezondheidsbeperking, 15-64 jaar,[a] 2002-2010 (in procenten)



a Na correctie voor de designwijziging in 2010 komt het aandeel arbeidsgehandicapten binnen de populatie personen die twaalf uur of meer per week wil werken, maar niet of minder dan twaalf uur per week werkt, in 2010 uit op 23%.

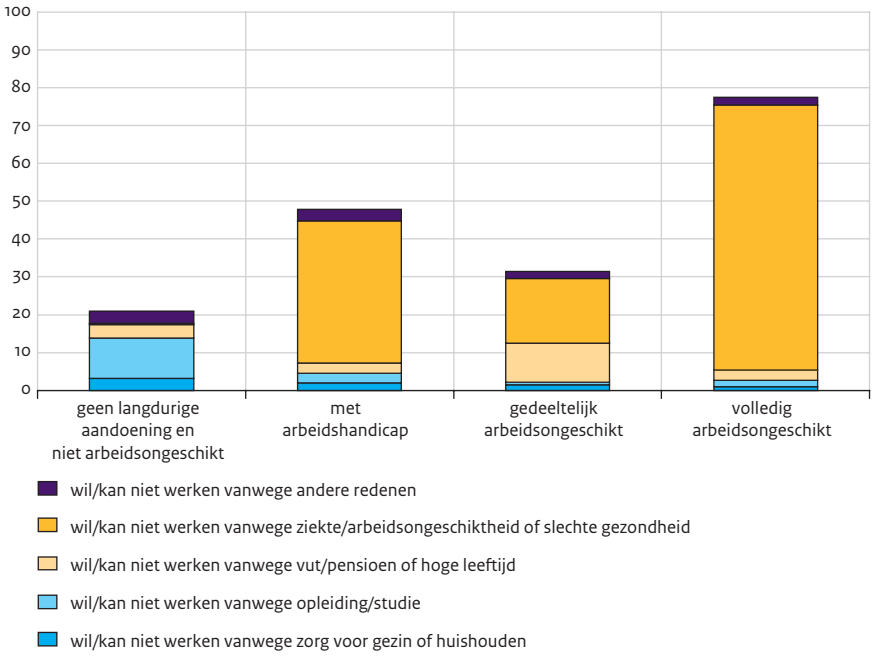
Bron: CBS (EBB'02-'10; SSB'02-'10)

Behalve personen die tot het arbeidsaanbod te rekenen zijn, zijn er ook personen die aangeven dat ze niet ten minste twaalf uur of meer per week willen of kunnen werken. Welke redenen dat zijn, is in figuur 4.7 geïllustreerd.

Personen zonder gezondheidsbeperking voeren voornamelijk een opleiding of studie als reden aan. Ongeveer 11% van de personen zonder langdurige aandoening en zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering behoorde in 2010 tot deze categorie.
Voor personen met een gezondheidsbeperking is het beeld anders. Niet onverwacht blijkt hier de belangrijkste reden de ziekte, arbeidsongeschiktheid of slechte gezondheid te zijn. Omdat zij vaak ouder zijn dan personen zonder een dergelijke beperking noemen zij zelden studie of opleiding als reden; net als de zorg voor gezin of huishouden. Verder valt op dat bij gedeeltelijk arbeidsongeschikten een aanzienlijk deel, in 2010 ruim 10%, als reden vut/pensioen of hoge leeftijd opgeeft. Dit betekent dat bijna de helft van de gedeeltelijk arbeidsongeschikten een andere reden dan ziekte of slechte gezondheid opgeeft om niet te werken (zie ook hoofdstuk 9).

Figuur 4.7

Redenen om niet minimaal twaalf uur per week te willen/kunnen werken, naar gezondheidsbeperking, 15-64 jaar, 2010[a] (in procenten)



a In figuur 4.7 wordt gepercenteerd op het totaal aantal personen binnen iedere deelpopulatie. De kolombalken in de figuur hebben alleen betrekking op personen die niet of minder dan twaalf uur per week willen werken; ze tellen daardoor niet op tot 100%

Bron: CBS (EBB'10; SSB'10)

4.3.6 Personen met een gezondheidsbeperking in de WW en de bijstand

Veel personen met een gezondheidsbeperking zijn aangewezen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, maar sommigen ontvangen ook een werkloosheids- of bijstandsuitkering. De vraag is nu in welke mate dit het geval is en welke ontwikkelingen hierin zijn waar te nemen.

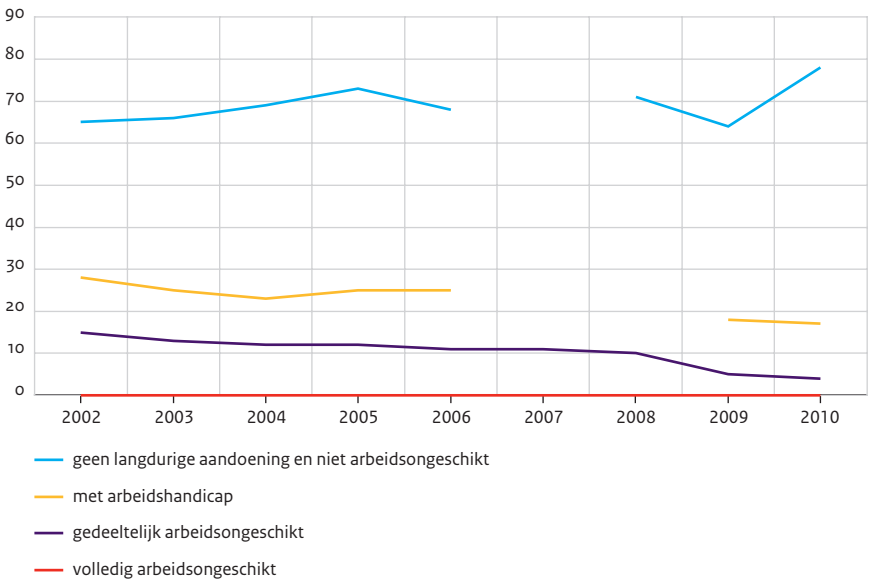
Werkloosheidswet

In 2002 was 27% van de WW'ers arbeidsgehandicapt, tegen 17% onder de bevolking van 15-64 jaar (figuur 4.8). Het aandeel gedeeltelijk arbeidsongeschikten onder WW-ontvangers en de potentiële beroepsbevolking was in datzelfde jaar respectievelijk 15% en 2%. Wel is er een duidelijke afname van deze groepen onder WW-ontvangers. In 2010 was nog maar bijna 18%[13] van de WW'ers arbeidsgehandicapt, en 4% gedeeltelijk

arbeidsongeschikt. Opvallend is dat deze laatste daling pas in 2009 en 2010 gerealiseerd werd. Dat is te verklaren uit de invoering van de Werkhervattingsregeling gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA), die onder meer geldt voor personen die gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn (zie hoofdstuk 1). In de WGA is de WW al verdisconteerd en worden WW-rechten opgebruikt. Hierdoor kan de combinatie van WGA en WW niet voorkomen, behalve als de werkloosheid na toekenning van de WGA-uitkering is ontstaan. De afname van het aandeel arbeidsgehandicapten onder WW-ontvangers heeft dezelfde oorzaak, omdat onder hen relatief veel gedeeltelijk arbeidsongeschikten zijn. Volledig arbeidsongeschikten ontvangen zelden een WW-uitkering. Dit laatste hangt samen met de systematiek van de arbeidsongeschiktheidsregelingen. Als een volledig arbeidsongeschikte meer verdient dan 20% van het oorspronkelijke loon, dan worden de meerverdiensten verrekend met de uitkering. Als de betrokkene dan werkloos wordt, herleeft de arbeidsongeschiktheidsuitkering en ontstaat geen recht op WW. Pas bij verlaging van het arbeidsongeschiktheidspercentage kan recht op WW ontstaan.

Figuur 4.8

Samenstelling WW-ontvangers naar gezondheidsbeperking, 15-64 jaar, 2002-2010 (in procenten)



Bron: CBS (EBB'02-'10; SSB'02-'10)

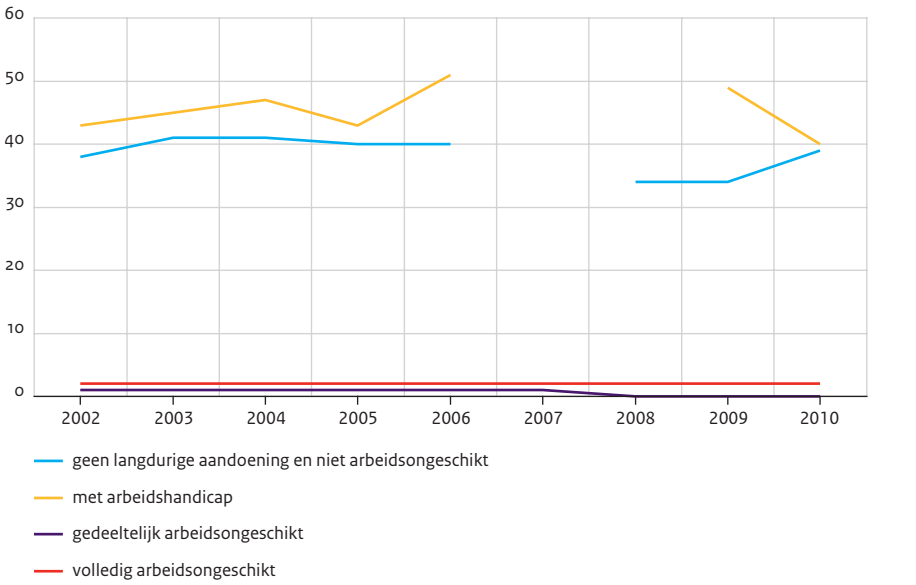
Bijstand

Bij de bijstand is het beeld anders. Het aandeel arbeidsgehandicapten onder bijstandsontvangers was in 2002-2010 hoger dan het aandeel personen zonder gezondheidsbeperking (figuur 4.9). Zo was in 2009 49% van de bijstandsontvangers – volgens eigen opgave – arbeidsgehandicapt en gaf 34% aan geen langdurige aandoening te hebben en geen arbeidsongeschiktheidsuitkering te ontvangen. In 2002-2006 lag het aandeel personen zonder gezondheidsbeperking hoger dan in 2009. Mogelijk speelt de invoering van de Wet werk en bijstand (WWB), die gemeenten een financiële prikkel gaf om hun bijstandspopulatie te verkleinen, een rol. Dit doel zou kunnen zijn bereikt door eerst mensen met een korte afstand tot de arbeidsmarkt naar werk te begeleiden. De sterke afname van het aandeel arbeidsgehandicapten met bijstand in 2010 en de toename van het aandeel personen zonder gezondheidsbeperking is overigens geen artefact van de wijziging van de onderzoeksopzet in 2010.[14]

Daarentegen is het aandeel bijstandsontvangers met een arbeidsongeschiktheidsuitkering gering. Dat komt waarschijnlijk doordat de hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering in veel gevallen recht op bijstand uitsluit. Een groot deel van de arbeidsgehandicapten ontvangt geen arbeidsongeschiktheidsuitkering, waardoor een voorliggende uitkeringsvoorziening ontbreekt en recht op bijstand kan ontstaan. Ook werken arbeidsgehandicapten minder vaak dan gedeeltelijk arbeidsongeschikten; zij zijn zodoende vaker op inkomensbijstand aangewezen.

Figuur 4.9

Samenstelling bijstandsontvangers naar gezondheidsbeperking, 15-64 jaar, 2002-2010 (in procenten)



Bron: CBS (EBB'02-'10; SSB'02-'10)

4.3.7 Trends in werken in dienstverband naar arbeidsongeschiktheidswet

In de vorige paragrafen kwamen onder meer de verschillen in arbeidsparticipatie tussen mensen met en zonder een gezondheidsbeperking aan bod. De gegevens over het aantal uren werk en of zij al dan niet arbeidsgehandicapt zijn, waren gebaseerd op wat personen zelf aangaven in de EBB. We gaan nu dieper in op de arbeidsparticipatie in loondienst van mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering, en baseren ons op de administraties van het UWV. De gegevens hebben betrekking op alle arbeidsongeschikten met een gedeeltelijke of volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Groepen arbeidsongeschikten

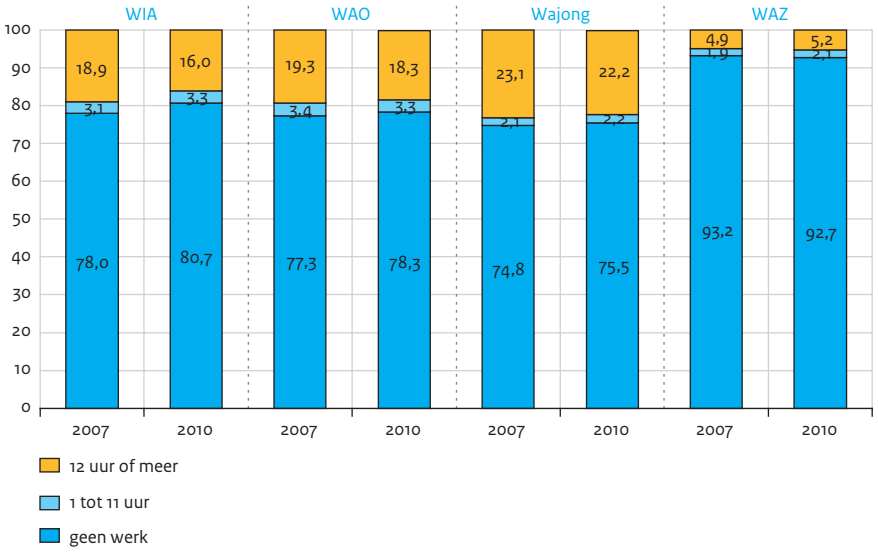
Een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan toegekend worden op grond van de WIA, de WAO, de Wajong of de WAZ. De WIA kent drie regelingen: de gedeeltelijke WGA, de volledige WGA en de Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten (IVA). Van mensen met een gedeeltelijke WGA-uitkering wordt expliciet gesteld dat zij mogelijkheden hebben om te werken ('restverdiencapaciteit'). Mensen met een volledige WGA-uitkering hebben beperkte of geen verdiencapaciteit, de IVA-gerechtigden geen. Dit sluit echter niet uit dat een deel van deze personen werkt naast de uitkering. Het betreft dan bijvoorbeeld kleinere banen, beschut werk, of zeer uitzonderlijke banen die niet voorkomen in het systeem op basis waarvan de verdiencapaciteit wordt vastgesteld.

Arbeidsparticipatie arbeidsongeschikten naar wet

Figuur 4.10 geeft voor alle personen die recht hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, uitgesplitst naar wet voor de jaren 2007 en 2010, de arbeidsparticipatie in loondienst weer. We onderscheiden het aandeel dat niet werkt, het aandeel dat minder dan twaalf uur per week werkt, en het aandeel dat ten minste twaalf uur per week werkt. Wat de grafiek niet laat zien is de piek in de arbeidsparticipatie in 2008, toen Nederland zich in een hoogconjunctuur bevond. We nemen deze piek bij alle groepen arbeidsongeschikten waar (totaal aandeel werkenden 2008: WIA 23%; WAO 23%; Wajong 26%; WAZ 8%). Na 2008 neemt de arbeidsparticipatie als gevolg van de economische crisis af. Het aandeel werkende WIA-uitkeringsgerechtigden neemt door de tijd heen af: in 2007 werkte 22% van deze groep, in 2010 is dit gedaald tot 19%. Een meerderheid van de werkenden werkte meer dan twaalf uur per week in loondienst, al is dit aandeel wat gedaald. Een verdere uitsplitsing naar werken in loondienst van personen die binnen de WIA onder de verschillende regelingen vallen (niet in figuur) toont een gevarieerd beeld. Zoals te verwachten werkte een relatief groot deel (meer dan de helft) van de mensen met een gedeeltelijke WGA-uitkering in de periode 2007-2010. Dit aandeel ligt in 2010 (52%) weliswaar lager dan in 2008 (55%) maar is gestegen in vergelijking met 2007 (50%). Het aandeel mensen met kleine banen van minder dan twaalf uur per week is sinds 2008 min of meer gelijk gebleven. Ook het aandeel dat twaalf uur of meer werkte is in 2010 gestegen ten opzichte van 2007. Bij de andere twee WIA-groepen lag, zoals verwacht, de arbeidsparticipatie in loondienst aanzienlijk lager dan bij de gedeeltelijke WGA-groep (grofweg rond de 10%). Zowel in de IVA-groep als in de groep met een volledige WGA-uitkering daalde het aandeel werknemers tussen 2007 en 2010.

Figuur 4.10

Arbeidsparticipatie in loondienst van arbeidsongeschikten, naar uitkeringswet, 2007 en 2010 (in procenten)



Bron: UWV (bestand t.b.v. Monitor arbeidsbeperkten en werk 2007-2010)

Het aandeel WAO'ers dat in loondienst werkte, neemt licht af over de onderzochte jaren. De verdeling tussen meer en minder dan twaalf uur per week werken veranderde daarbij nauwelijks. Circa 19% werkte twaalf uur of meer per week, 3% werkte minder uren.[15] Net als bij de WIA bleek dat ook bij de WAO mensen met een gedeeltelijke uitkering aanzienlijk vaker werkten (54%) dan mensen met een volledige uitkering (circa 7%). Van de Wajongers werkte (inclusief WSW) in de periode 2007-2010 ongeveer een kwart, 2% werkte minder dan twaalf uur, circa 22% werkte twaalf uur of meer. Ten slotte zien we bij de WAZ'ers,[16] in tegenstelling tot bij personen in andere arbeidsongeschiktheidsregelingen, een groei in het aandeel dat in loondienst werkte over de periode 2007-2010. Daarbij moet worden opgemerkt dat een relatief klein deel (circa 7%) van deze groep werkte in loondienst. Eerder onderzoek (Arts en Van Deursen 2011) liet overigens zien dat een substantieel deel van deze groep wel degelijk werkzaam was, niet in loondienst maar als zelfstandige.[17] Gezien het feit dat deze groep voor hun arbeidsongeschiktheid als zelfstandige werkte is dit niet vreemd.

4.4 Conclusies

De wet- en regelgeving is de laatste jaren gewijzigd om mensen met een gezondheidsbeperking te stimuleren aan het werk te gaan. In dit hoofdstuk is onderzocht voor welke groepen deze beleidsontwikkelingen betekenis hebben, hoe groot de groepen met een gezondheidsbeperking zijn en hoe hun positie op de arbeidsmarkt is veranderd tussen 2002 en 2010.

Omvang en participatie

Het aandeel personen met een gezondheidsbeperking in de potentiële beroepsbevolking daalde de afgelopen tien jaar licht. Er waren in 2010 bijna 2,5 miljoen mensen met een langdurige aandoening, van wie 1,5 miljoen daardoor belemmerd werd in het vinden of verrichten van werk. Ook het aandeel arbeidsongeschikten nam aanvankelijk af, maar dat stokte door de toegenomen instroom van Wajongers de laatste paar jaar.
De netto-arbeidsparticipatie van mensen met een gezondheidsbeperking blijft in 2002-2010 duidelijk achter bij die van mensen zonder gezondheidsbeperking, van wie gemiddeld zo'n 70% twaalf uur of meer per week werkt. Onder gedeeltelijk arbeidsongeschikten was de participatie het hoogst: gemiddeld rond de 60%. Van de arbeidsgehandicapten werkt ongeveer 40% in een substantiële baan. De participatie van volledig arbeidsongeschikten is gering: rond de 12%. Wat de ontwikkeling van de arbeidsparticipatie betreft: bij arbeidsgehandicapten en gedeeltelijk arbeidsongeschikten nam deze licht af, maar bij volledig arbeidsongeschikten bleef de participatie stabiel.
De ontwikkelingen in de arbeidsparticipatie komen grotendeels voort uit de gewijzigde samenstelling van de onderzoekspopulaties. Bij gedeeltelijk arbeidsongeschikten is bijvoorbeeld sprake van een sterke vergrijzing. Wordt hiervoor gecorrigeerd, dan neemt de participatie juist toe. Daarnaast speelt mogelijk een rol dat de eisen om voor een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering in aanmerking te komen strikter zijn geworden. Dat maakt dat de gedeeltelijk arbeidsongeschikten van nu meer gezondheidsbeperkingen hebben dan de arbeidsongeschikten van een aantal jaren geleden. Dat de arbeidsparticipatie bij volledig arbeidsongeschikten vrij stabiel is gebleven, hangt samen met de sterke groei van de Wajong-populatie. Deze populatie bestaat namelijk bijna geheel uit volledig arbeidsongeschikten, maar kent een – voor volledig arbeidsongeschikten – relatief hoge arbeidsdeelname (vaak in beschut werk). Hierdoor is de arbeidsparticipatie van de groep volledig arbeidsongeschikten als geheel stabiel gebleven.
Tussen arbeidsongeschiktheidsregelingen bestaan aanzienlijke verschillen in niveau en ontwikkeling van de arbeidsparticipatie. Wajongers werken relatief het vaakst in loondienst (ruim 24% in 2010), WAZ'ers het minst vaak (ruim 7% in 2010) al zijn WAZ'ers wel vaker dan andere arbeidsongeschikten als zelfstandige werkzaam. Wat de ontwikkeling van de arbeidsparticipatie in loondienst betreft, geldt dat deze in de periode 2007-2010, als gevolg van de economische crisis, is afgenomen bij WIA-uitkeringsgerechtigden, WAO'ers en bij Wajongers.
Niet alleen de participatie maar ook de arbeidsduur per week van personen met een gezondheidsbeperking blijft achter bij die van personen zonder beperking. Bovendien daalde hun arbeidsduur de afgelopen jaren sterker, zowel absoluut als relatief. Dit

hangt deels samen met het groeiende aandeel vrouwen (die vaker in deeltijd werken) en daarnaast waarschijnlijk ook met de herbeoordelingsoperatie van arbeidsongeschikten in de periode 2004-2009.

Uitstroom uit de sociale werkvoorziening

De jaarlijkse uitstroom van mensen met een gezondheidsbeperking uit de sociale werkvoorziening bedraagt gemiddeld 7-8%. De duurzame uitstroom naar werk is echter veel kleiner. Van de arbeidsgehandicapten in de sociale werkvoorziening stroomde in de periode 2002-2010 jaarlijks bijna 2% duurzaam uit naar werk van ten minste twaalf uur per week. Voor gedeeltelijk en volledig arbeidsongeschikten in deze sector is dat percentage nog lager: 1,6% en 0,7%.

Onbenut arbeidsaanbod

Onder de mensen die niet behoren tot de werkzame beroepsbevolking maar wel minimaal twaalf uur per week willen werken daalde het aandeel met een gezondheidsbeperking (de volledig arbeidsongeschikten uitgezonderd). Dit hangt voornamelijk samen met de krimp van deze groepen en niet met de afgenomen bereidheid om te werken. Sterker nog, deze bereidheid is juist toegenomen; van bijvoorbeeld de arbeidsgehandicapten zonder substantiële baan wilde in 2002 bijna 18% werk van minimaal twaalf uur per week, terwijl dat in 2010 was toegenomen tot ruim 21%.
Niet verrassend noemen personen met een gezondheidsbeperking hun ziekte en arbeidsongeschiktheid als belangrijkste redenen om niet te werken. Overigens geven gedeeltelijk arbeidsongeschikten ook prepensioen of hoge leeftijd vaak als reden op.

Personen met een gezondheidsbeperking in de WW en de bijstand

Onder WW- en bijstandsontvangers zijn bepaalde groepen met een gezondheidsbeperking oververtegenwoordigd. Bij WW-ontvangers zijn dat vooral arbeidsgehandicapten en gedeeltelijk arbeidsongeschikten, al neemt hun aandeel wel af. Onder bijstandsontvangers zijn arbeidsgehandicapten oververtegenwoordigd: in de periode 2002-2010 gaf ongeveer 45% van de bijstandsontvangers aan vanwege een langdurige aandoening te worden belemmerd bij het uitvoeren of verkrijgen van werk. Daarentegen ontvangen personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering zelden een bijstandsuitkering. Vanwege de voorliggende arbeidsongeschiktheidsuitkering (en toeslag) ontstaat meestal geen recht op aanvullende inkomensondersteuning.

Noten

1 Het aandeel van de bevolking in particuliere huishoudens dat twaalf uur of meer per week betaald werk verricht.

2 In 2010 zijn de enquêtevragen over langdurige aandoeningen en arbeidshandicaps verplaatst van de eerste naar de derde peiling, wat gepaard ging met een methodebreuk in de uitkomsten. Correctie resulteert tussen 2009 en 2010 in een geringe toename (met 23.000) van het aantal mensen met een langdurige aandoening en een geringe afname (met 29.000) van het aantal mensen met een arbeidshandicap.

3 Indien hiermee rekening wordt gehouden, dan is het aantal mensen zonder langdurige aandoening en zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering tussen 2009 en 2010 licht (met 35.000) gedaald.
4 Na correctie komt de netto-arbeidsparticipatie van arbeidsgehandicapten in 2010 uit op 40%, en die van personen zonder langdurige aandoening en zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering op 73%.
5 De correctie wordt als volgt uitgevoerd: met logistische regressie is de kans op werk (≥ twaalf uur per week), naar genoemde kenmerken, voor individuele personen te schatten. Vervolgens is de samenstelling van de diverse onderzoekspopulaties naar deze kenmerken vastgezet op de stand van 2002 en is voor iedere onderzoekspopulatie de kans op werk van twaalf uur of meer per week berekend.
6 Na correctie komt het aantal gewerkte uren per week in 2010 voor arbeidsgehandicapten uit op 32,5 en voor personen zonder langdurige aandoening en zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering op 34,9.
7 Het percentage vrouwen binnen deze groepen nam in de periode 2002-2010 toe van ruim 53 naar ruim 55 bij arbeidsgehandicapten en van ruim 39 naar bijna 42 bij gedeeltelijk arbeidsongeschikten.
8 Zodoende zijn de aantallen niet optelbaar.
9 Respondenten in de EBB geven zelf aan of zij wel of niet last hebben van een langdurige aandoening. Het gaat om een subjectieve inschatting, niet om een objectief medisch oordeel.
10 Namelijk 44.200; het aantal personen zonder langdurige aandoening en zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering ligt op 27.500.
11 De uitstroom van werknemers uit de sociale werkvoorziening is inclusief de uitstroom van stafpersoneel.
12 De ontwikkeling van het aandeel personen zonder gezondheidsbeperking is ter verduidelijking van de presentatie niet in de figuur opgenomen.
13 Na correctie voor de designwijziging in 2010 komt het aandeel arbeidsgehandicapten binnen de populatie WW-ontvangers uit op ruim 18%. Het aandeel personen zonder langdurige aandoening en zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering is na correctie 79%.
14 Na correctie komt het aandeel arbeidsgehandicapten binnen de populatie bijstandsontvangers uit op ruim 45%. Het aandeel personen zonder langdurige aandoening en zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering is na correctie ruim 43%.
15 De arbeidsparticipatie onder de WAO is hoger dan onder de WIA. Hiervoor zijn een aantal verklaringen te geven. Zo kent de WIA een hogere drempel (bij WIA minimaal 35% arbeidsongeschikt, bij WAO 15%) en is de wachttijd voor de WIA een jaar langer dan destijds onder de WAO (VLZ). Hierdoor hebben mensen met een WIA-uitkering meer beperkingen en komen 'harde diagnoses' bij hen vaker voor dan bij de WAO'ers (zie www.uwv.nl, KM 09-13 Schatting effect aangepaste Schattingsbesluit op aandeel afwijzingen WIA).
16 De WAZ is per 1 augustus 2004 gesloten en kent daarna geen nieuwe instroom meer. Het aantal WAZ'ers zal hierdoor afnemen. Het aandeel WAZ-uitkeringen maakt in 2010 nog geen 4% van alle arbeidsongeschiktheidsuitkeringen uit.
17 De WAZ was tussen 1998 en 2004 een verplichte verzekering voor zelfstandigen. In 2008 werkte circa 36% van degenen met een WAZ-uitkering als zelfstandige, tegenover 7% in loondienst. Werken als zelfstandige kwam onder de overige groepen arbeidsongeschikten aanzienlijk minder vaak voor.

Literatuur

Arts, D. en C. van Deursen (2011). *Monitor Arbeidsbeperkten en Werk 2007-2010*. Amsterdam: UWV.

García-Gomez, P., H.-M. von Gaudecker en M. Lindeboom (2010). *Health, disability and work: patterns for the working age population*. Netspar Panel Paper 17.

Santen, P. van, M. van Oploo en M. Engelen (2010). *Wsw-statistiek 2009*. Zoetermeer: Research voor Beleid.

SZW (2011a). *Beleidsagenda 2012*. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

SZW (2011b). *Eindverslag Programma Cultuuromslag Wajong 2008-2010*. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

5 Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in internationaal perspectief

Patricia van Echtelt (SCP)

5.1 Beleidscontext

Binnen Europa stond Nederland lange tijd bekend als een land met een hoog ziekteverzuim en een sterk toenemend aantal arbeidsongeschikten (Jehoel-Gijsbers 2007). De laatste jaren hebben zich diverse beleidswijzigingen voorgedaan die gericht zijn op beperken van het uitkeringsvolume en re-integratie van mensen met gezondheidsbeperkingen (zie hoofdstuk 1). De problematiek rond een groeiend aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen doet zich overigens niet alleen in Nederland gelden, maar ook elders in Europa (Bloch en Prins 2001). De oplossingen om de uitkeringsafhankelijkheid te beperken lopen uiteen maar kenmerken zich over het algemeen door verschuiving van verantwoordelijkheden naar de individuele werkgever en werknemer, aanscherping van de toegangscriteria en verlaging van de uitkeringen (OECD 2010). Niettemin zijn er grote verschillen in de manier waarop wet- en regelgeving rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid is vormgegeven. Volgens de Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) waren de hervormingen echter nergens zo substantieel als in Nederland: '*When it comes to sickness and disability, no other OECD country has such an interesting story to tell as the Netherlands*' (OECD 2008: 34). Dit roept de vraag op hoe Nederland er voorstaat in vergelijking met andere landen.
Net als in Nederland is de arbeidsdeelname van personen met een gezondheidsbeperking in de meeste EU-landen lager dan die van mensen zonder beperking (OECD 2010, zie ook hoofdstuk 4). Ook op Europees niveau probeert men mensen met een gezondheidsbeperking zo veel mogelijk deel te laten nemen aan het arbeidsproces, vanuit het streven naar gelijke behandeling en het voorkómen van discriminatie. Afspraken daarover zijn onder meer gemaakt tijdens de Europese Top in Lissabon in 2000. De Verenigde Naties hebben in 2006 een Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap opgesteld. Ondertekening verplicht een land ervoor te zorgen dat deze mensen gelijkwaardig aan de samenleving kunnen deelnemen, onder meer op de arbeidsmarkt. Nederland heeft het verdrag ondertekend in 2007, maar – anders dan veel andere landen – nog niet geratificeerd. Op dit moment worden de mogelijkheden verkend om het verdrag om te zetten in nationale wet- en regelgeving (TK 2010/2011).
We beschrijven in dit hoofdstuk de Nederlandse situatie rond ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en de arbeidsdeelname van mensen met een gezondheidsbeperking in Europese context en brengen trends in kaart. Het hoofdstuk bestaat uit twee delen. Het eerste deel bevat een kort overzicht van de institutionele context en plaatst de Nederlandse wet- en regelgeving in internationaal perspectief. Het tweede deel presenteert internationale cijfers over ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met een gezondheidsbeperking. De centrale vraag is hoe Nederland zich in

dit opzicht verhoudt tot andere lidstaten van de Europese Unie (EU), en hoe Nederland zich in vergelijking met andere landen heeft ontwikkeld. Waar mogelijk duiden we de gegevens in het licht van de beleidscontext. Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn echter afhankelijk van veel factoren, zoals de economische situatie, de demografische opbouw en de gezondheidstoestand van de bevolking. We beogen geen volledig verklaringsmodel te brengen, maar beperken ons tot een beschrijving van de Nederlandse situatie in internationaal perspectief.

5.2 Wetgeving

Om de Nederlandse wet- en regelgeving rond ziekte en arbeidsongeschiktheid in internationaal perspectief te plaatsen, volgen we het onderscheid van Prins (2011) in drie dimensies of actoren: de relatie werkgever-werknemer, de rol van (medische) professionals en het uitkeringssysteem. Deze dimensies vormen de verzuimcontext voor werkgevers en werknemers en bepalen de verantwoordelijkheden van de betrokken actoren.

De relatie werkgever-werknemer

Een belangrijk verschil in de benadering van ziekte en arbeidsongeschiktheid tussen landen is de verantwoordelijkheid van werkgevers voor re-integratie. In Nederland hebben stelselwijzigingen ertoe geleid dat werknemers en werkgevers sterker verantwoordelijk zijn voor de re-integratie, terwijl in landen als Denemarken en Ierland ziekte en arbeidsongeschiktheid meer gezien worden als een publieke aangelegenheid (OECD 2008; 2010). Zo zijn in Nederland werkgevers verplicht tot twee jaar loondoorbetaling bij ziekte. Voor Europa is dat uitzonderlijk: in andere Europese landen duurt die verplichting veel korter (zie tabel 5.1). Op de tweede plaats zijn werkgevers in Nederland verantwoordelijk voor de re-integratie van zieke werknemers. De werkgever moet een re-integratieplan opstellen en bij onvoldoende inspanning om de werknemer aan het werk te krijgen (bij de eigen organisatie of elders) kunnen sancties volgen. In deze verplichtingen onderscheidt Nederland zich van de meeste andere EU-landen. Op de derde plaats kent Nederland een relatief hoge ontslagbescherming voor zieke werknemers.

Anders dan in Nederland hebben de meeste landen speciale regelingen getroffen voor ziekte en arbeidsongeschiktheid die direct gerelateerd zijn aan het werk, zoals beroepsziekten of ongelukken op het werk of tijdens reistijd voor het werk. Voor werknemers gelden vaak royalere regelingen als de ziekte werkgerelateerd is dan wanneer dat niet het geval is. Vaak is dan de wachttijd niet van toepassing, is de uitkeringsperiode langer, of is het uitkeringsniveau hoger.

Ook in de arbeidsdeelname van personen met een handicap verschillen landen in benadering. In Nederland streeft men naar gelijke rechten voor mensen met en zonder beperking, waarbij ziekte of handicap geen reden is voor een aparte behandeling. In andere landen wil men juist gelijke kansen creëren, waarbij in bepaalde gevallen bij vacatures een voorrangsbehandeling geldt voor mensen met een handicap (Nijhuis 2011).

Rol van (medische) professionals

De rol die medische professionals spelen bij het vaststellen van ziekte en arbeidsongeschiktheid en bij de re-integratie naar werk verschilt sterk tussen landen. In de Nederlandse wet- en regelgeving is hun rol relatief klein. In vrijwel alle Europese landen – maar niet in Nederland (zie tabel 5.1) – zijn werknemers verplicht een medisch attest te overhandigen als bewijs dat zij ziek zijn en niet kunnen werken (Europese Commissie 2011). De behandelend arts of de huisarts is direct betrokken bij de verzuimbeoordeling en in principe ook bij de re-integratie. In Nederland is de wettelijke verantwoordelijkheid voor verzuimbegeleiding bij de bedrijfsarts gelegd en spelen artsen een minder centrale rol.

In een eerdere trendrapportage zijn reeds twee modellen onderscheiden: het medische en het sociale model (Jehoel-Gijsbers 2007: 45-46). Het medische model ziet arbeidsongeschiktheid als een persoonlijk probleem, direct veroorzaakt door ziekte, ongeval of een slechte gezondheid, dat op te lossen is door medische interventies. Het sociale model beschouwt arbeidsongeschiktheid niet als kenmerk van de persoon, maar als een product van zijn sociale context en omgeving. In de aanpak van ziekte en arbeidsongeschiktheid krijgen andere dan de medische aspecten aandacht. Nederland wordt samen met de Scandinavische landen en het Verenigd Koninkrijk gerekend tot de landen met een sociaal model, terwijl bijvoorbeeld Frankrijk, Duitsland, België, Oostenrijk, Portugal en Griekenland een medisch model hanteren (Jehoel-Gijsbers 2007). De beleidsontwikkelingen van de afgelopen jaren hebben ertoe geleid dat steeds meer landen neigen naar het sociale model en een meer interdisciplinaire aanpak hanteren bij het terugdringen van het arbeidsongeschiktheidsvolume (OECD 2010: 105).

Het uitkeringssysteem

Net als in Nederland hanteren de meeste landen afzonderlijke regelingen voor kortdurende ziekte (over het algemeen een periode van een jaar) en voor langdurende ziekte of permanente arbeidsongeschiktheid. Overigens zijn de regelingen in de praktijk soms royaler dan de wet, omdat voor bepaalde groepen werknemers via (collectieve) arbeidsvoorwaarden is vastgesteld dat de werkgever het ziekengeld aanvult.

Bij de regelingen voor ziekteverzuim is er variatie in onder andere het aantal wachtdagen, de tijd die iemand verzekerd moet zijn geweest om in aanmerking te komen voor een uitkering, het uitkeringsniveau en de maximale duur van de uitkering (zie tabel 5.1). In veel landen krijgen werknemers de eerste dag(en) van ziekteverzuim niet doorbetaald en ontstaat het recht op een uitkering pas na een aantal dagen niet werken. Een wachttijd vermindert administratieve kosten en kan bovendien de verzuimdrempel verhogen. In Nederland wordt in principe geen wachttijd gehanteerd, tenzij dit in de cao is geregeld (maximaal twee dagen). Ook voor mensen zonder werkgever (bv. uitzendkrachten) die onder de Ziektewet vallen, geldt vaak een wachttijd van twee dagen. Een kwalificatieperiode houdt in dat er eisen worden gesteld aan de periode waarin men heeft gewerkt of verzekerd is geweest om in aanmerking te komen voor een uitkering. Nederland kent geen eisen voor kwalificatie. De uitkeringshoogte is in een aantal landen, waaronder Nederland, gerelateerd aan het inkomen, terwijl in andere landen een vast bedrag wordt

gehanteerd. Nederland heeft een maximale uitkeringsduur van twee jaar; andere landen meestal een jaar.
In de arbeidsongeschiktheidsregelingen verschillen landen onder meer in het minimumpercentage arbeidsongeschiktheid, de verzekeringsduur en de factoren waarop de hoogte van de uitkering is gebaseerd (zie tabel 5.1). Om in aanmerking te komen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering stellen veel landen een ondergrens aan het percentage waarmee de verdiencapaciteit of arbeidsgeschiktheid is verminderd. Met de overgang van de WAO naar de WIA is dit percentage in Nederland verhoogd van 15 naar 35, maar in vergelijking met veel andere landen is dit nog relatief laag. Tabel 5.1 laat zien dat de ondergrens tussen landen verschilt van 0% (geen minimum) tot 75%. Personen onder deze grens worden in staat geacht te werken of komen, als het niet lukt werk te vinden, soms in aanmerking voor een werkloosheidsuitkering. Landen met een hoge ondergrens kennen daarom vaak een relatief groot aandeel mensen met beperkingen in de werkloosheidsregelingen (OECD 2010). Nederland stelt in tegenstelling tot veel andere landen geen minimum aan de periode dat iemand verzekerd is geweest of gewerkt heeft. Wel geldt voor de loongerelateerde uitkering in de Werkhervattingsregeling gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA) een referte-eis. De hoogte van de uitkering is in de meeste landen – waaronder Nederland – afhankelijk van het inkomen. In Nederland bepaalt de verzekeringsduur ook in zekere zin de uitkeringshoogte, omdat die van invloed is op het recht op een loongerelateerde WGA-uitkering. In een aantal landen wordt daarentegen een vast bedrag gehanteerd. Ook de mate van arbeidsongeschiktheid, de gezinssituatie, de leeftijd, en het aantal jaren dat iemand woonachtig is in het land, worden gebruikt om de hoogte van de uitkering vast te stellen.

Tabel 5.1

Enkele kenmerken van regelingen voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in EU-landen, 2011

	ziekteverzuim								arbeidsongeschiktheid	
	loonbetaling werkgever (dagen)	re-integratie verplichting werkgever	medisch attest	wacht-dagen	kwalificatie-periode (dagen)	uitkerings-niveau (%)	maximale uit-keringsduur (dagen)	minimum ao (%)	vereiste ver-zekeringsduur (jaren)	factoren die uitkeringshoogte bepalen[a]
EU-15										
België	30	nee	ja	1	182	60	365	66	0,5	I, G
Denemarken	21	nee	ja	0	-	-	365	permanent ao	0	AO
Duitsland	42	nee	ja	0	28	70	546	-	5	I, VD, AO
Griekenland	0	nee	ja	3	120/1500	vast bedrag	182/720	50	1-4	I, VD, AO
Finland	9-60	nee	ja	9	geen	-	300	0-40	0-3	G, Lft
Frankrijk	-	nee	ja	3	200/800	50/66	360	67	1	I, AO
Ierland	0	nee	ja	3	182/728	vast bedrag	730	permanent ao	5	Lft
Italië	180	nee	ja	3	geen	50/66	180	66	5	I, VD
Luxemburg	91	nee	ja	0	geen	100	365	geen	1	I, VD
Nederland	730	ja	nee	0	geen	70	728	35	0	I, VD
Oostenrijk	42-112	nee	ja	3	geen	50/60	365/546	50	5	I, VD
Portugal	0	ja	ja	3	182	65/100	1,095	66	3-5	I, VD
Spanje	12	ja	ja	3	180	60/75	365	33	0-11	I, AO
Zweden	13	ja	ja	1	geen	80	364/914	25	1-8	I, AO, VD
Verenigd Koninkrijk	196	nee	ja	3	730	vast bedrag	365	geen	0	Lft

Tabel 5.1 (vervolg)

	ziekteverzuim								arbeidsongeschiktheid	
	loonbetaling werkgever (dagen)	re-integratie verplichting werkgever	medisch attest	wacht-dagen	kwalificatie-periode (dagen)	uitkerings-niveau (%)	maximale uit-keringsduur (dagen)	minimum ao (%)	vereiste ver-zekeringsduur (jaren)	factoren die uitkeringshoogte bepalen[a]
nieuwe lidstaten										
Bulgarije	3	-	ja	0	182	80	-	50	0-5	I, AO, VD, Lft
Cyprus	0	-	ja	3	182	60/80	156/312	60-75	3	I, AO, VD
Estland	5	-	ja	3	14	70/100	182	10	1-14	AO, VD
Hongarije	15	nee	ja	0	geen	50/70	365	50	2-20	AO, VD, Lft
Letland	10	-	ja	1	geen	80	182/365	25	3	I, VD
Litouwen	2	-	ja	0	91/182	40/80	122	45	0-15	I, VD
Malta	-	-	ja	3	350	vast bedrag	156/468	permanent ao	5	G, VD
Polen	33	ja	ja	0	30/90	70/100	182	permanent ao	1-5	I, AO, VD
Roemenie	5	-	ja	0	30	75/100	183	50	1-27	I, AO, VD
Slovenië	30	-	ja	0	geen	80/100	365	geen	0-15	I, G, Lft
Slowakije	10	ja	ja	0	geen	55%	365	41	0 – 15	I, VD
Tsjechië	18	nee	ja	0	geen	60%	380	35	0 - 20	I, VD

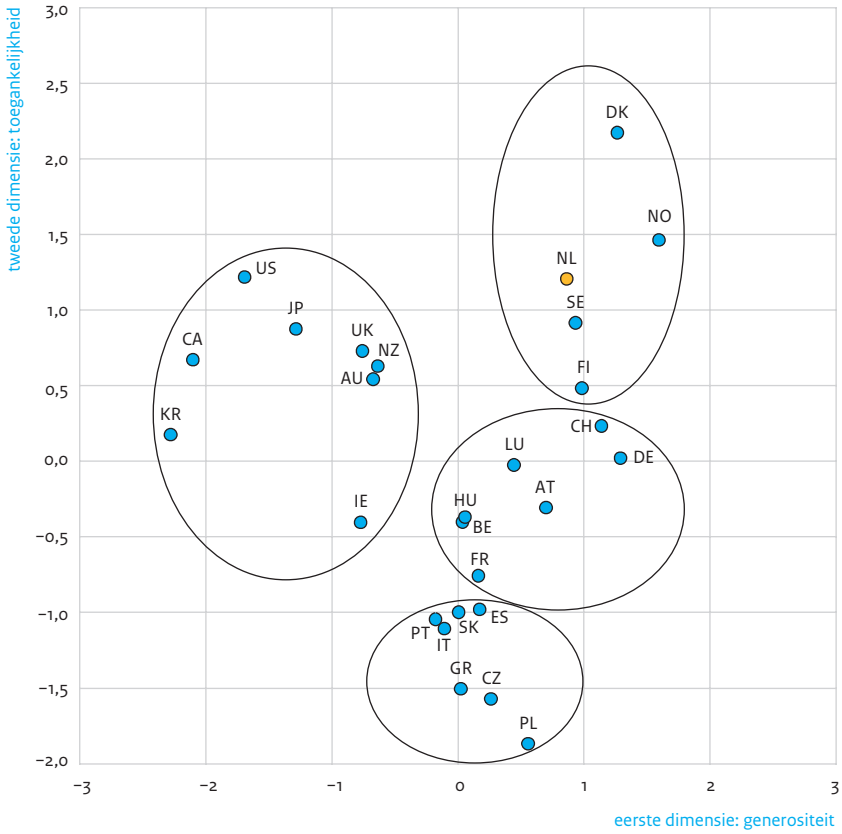
a I = Inkomen; G = Gezinssituatie/burgerlijke staat; AO = mate van arbeidsongeschiktheid; VD = verzekeringsduur; Lft = leeftijd.

Bron: Missoc (Europese Commissie 2011); OECD (2010)

Positionering van Nederland binnen de EU

De OECD heeft de kenmerken van de sociale zekerheidssystemen van de OECD-landen samengevat in twintig factoren, waarmee de positie van landen ten opzichte van elkaar weer te geven is (zie OECD 2010: 84-91). De sociale zekerheidssystemen van elk land zijn gekwantificeerd met een score van 0 tot 5 voor iedere factor. Met een zogenaamde Cat-PCA analyse[1] hebben we de onderlinge samenhang van de twintig factoren bekeken en samengevat in een beperkt aantal dimensies. Landen die veel gemeen hebben krijgen dezelfde score op deze dimensies, terwijl landen die veel verschillen heel uiteenlopende scores krijgen. Zo ontstaan groepen landen met een vergelijkbaar sociale zekerheidssysteem (zie figuur 5.1 en de bijlage bij dit hoofdstuk (te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport)). De eerste dimensie geeft de generositeit van het sociale zekerheidssysteem weer en bevat kenmerken zoals de hoogte en duur van de uitkeringen, het minimale arbeidsongeschiktheidspercentage en de aandacht voor re-integratie en de verplichtingen van de werkgever. De tweede dimensie heeft betrekking op de toegankelijkheid van de uitkeringen en betreft onder meer de kring van rechthebbenden, de complexiteit van het uitvoeringssysteem en de permanentie van de uitkeringen.[2] Figuur 5.1 toont vier groepen landen, vergelijkbaar met de indeling van Esping-Andersen (1990): het liberale model, het sociaaldemocratische model, het corporatistische model en een restgroep. De eerste dimensie (x-as) onderscheidt de landen met een liberaal model (lage score op de x-as) van de overige landen. Onder het liberale model vallen onder andere het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. Hun systeem kent een laag uitkeringsniveau, scherpe toegangscriteria en relatief weinig aandacht voor re-integratie. Nederland wordt met de Scandinavische landen tot het sociaaldemocratische model gerekend. Zij scoren hoog op zowel de eerste als de tweede dimensie (rechtsboven in de figuur). Hun sociale zekerheid kent relatief genereuze uitkeringen, veel aandacht voor de re-integratie en een relatief grote kring van rechthebbenden. Het corporatistische model ligt in zekere zin tussen de eerste twee in: de uitkeringshoogte en de toegangscriteria voor uitkeringen zijn gematigd, maar er is relatief weinig aandacht voor re-integratie. Tot dit model behoren onder andere Duitsland, België en Frankrijk. Tot slot is een restgroep van onder andere mediterrane landen, waaronder Spanje en Italië (onderin de figuur), die een beperkte toegang tot uitkeringen hebben en die ten opzichte van de corporatistische landen minder aandacht hebben voor re-integratie.

Figuur 5.1
Positionering uitkeringssysteem bij ziekte en arbeidsongeschiktheid, OECD-landen[a], 2010



a Zie de bijlage bij dit hoofdstuk voor ISO-landcodes en componentladingen (te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport).

Bron: OECD (2010) SCP-bewerking

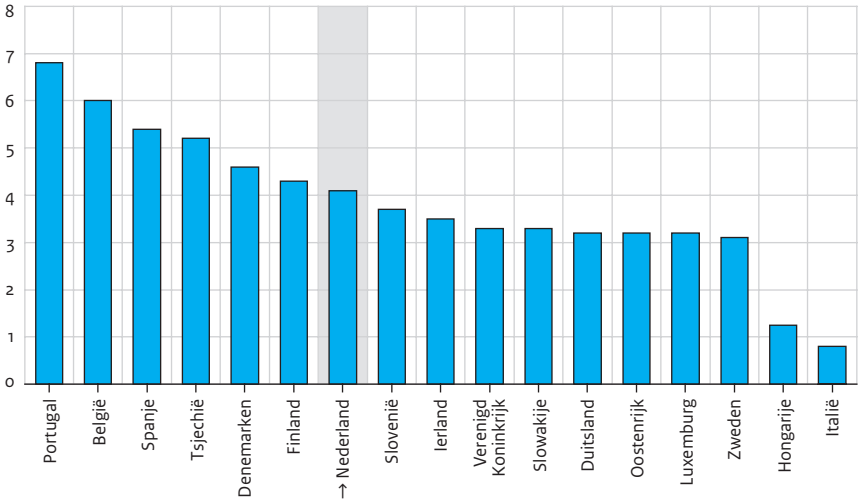
5.3 Ziekteverzuim

Sinds de jaren negentig daalt het ziekteverzuim in Nederland (zie hoofdstuk 2). De vraag is hoe Nederland zich in dit opzicht verhoudt tot andere EU-landen. Het is niet eenvoudig ziekteverzuim internationaal te vergelijken, vanwege grote verschillen in registratie. Eurofound (2010) heeft recent een rapportage gepubliceerd over verzuim in de Europese lidstaten op basis van informatie van nationale correspondenten van het European Working Conditions Observatory (EWCO). Figuur 5.2 geeft een overzicht van de resultaten. De gegevens voor Nederland zijn gebaseerd op de Nationale enquête

arbeidsomstandigheden (NEA) uit 2008 (zie Koppes et al. 2009). Het ziekteverzuim is berekend als het aantal verzuimde dagen gedeeld door het aantal te werken dagen in een jaar. Nederland neemt met een ziekteverzuim van 4,1% een middenpositie in in de EU-landen. De trend in ziekteverzuim verschilt tussen landen, maar de meeste landen – waaronder Nederland – kennen een daling. We moeten echter kanttekeningen plaatsen bij de vergelijkbaarheid van de cijfers. De definitie van ziekteverzuim is niet in alle landen gelijk. Met name het lage ziekteverzuim in Italië en Hongarije (lager dan 3%) is opvallend en is toe te schrijven aan de manier waarop dit is gemeten. Het hoge verzuim in Portugal (hoger dan 6%) is te verklaren door de ruime definitie van ziekteverzuim die daar is gehanteerd.

Figuur 5.2

Ziekteverzuimpercentage in 17 EU-landen, 2007/2008[a] (in procenten)



a Gegevens uit 2007 of 2008, voor het Verenigd Koninkrijk 2009 en voor Italië 2006.

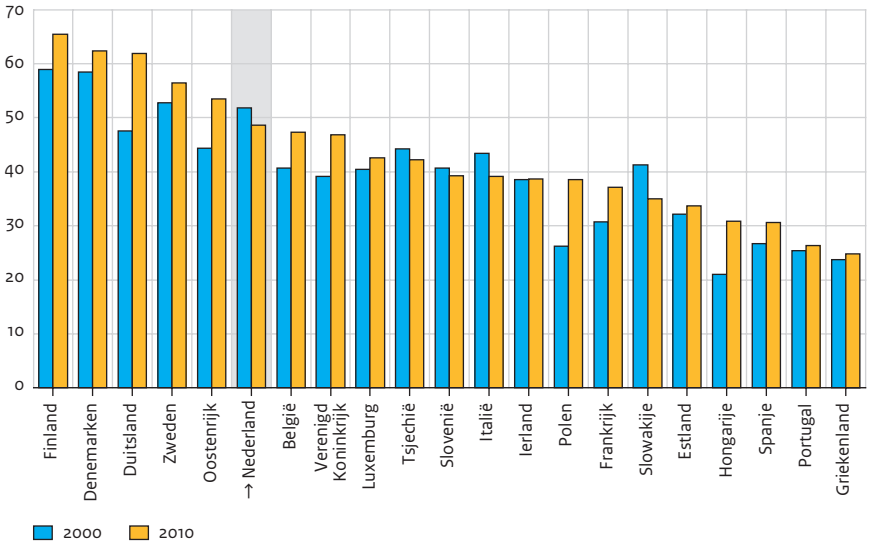
Bron: Eurofound (2010) SCP-bewerking

Beter vergelijkbaar zijn verzuimgegevens verkregen via de *European Working Conditions Survey* (EWCS) (Eurofound 2011). Die zijn gebaseerd op zelfrapportage waardoor ook hier de betrouwbaarheid enigszins in het geding is. De EWCS heeft echter als voordeel dat werknemers in elk land op dezelfde wijze zijn bevraagd, waardoor het goed mogelijk is een internationale vergelijking te maken. De enquête wordt gehouden in alle EU-landen. In elk land zijn – met dezelfde enquête – circa 1000 werknemers ondervraagd. Ziekteverzuim is gemeten door respondenten te vragen hoeveel dagen ze in de laatste twaalf maanden in totaal afwezig waren van hun werk wegens gezondheidsproblemen. In Nederland was in 2010 bijna de helft van de respondenten het afgelopen jaar ten minste eenmaal afwezig wegens gezondheidsproblemen (figuur 5.3). Dit aandeel ligt

iets boven het gemiddelde, 43%, van de 27 EU-landen. Tot de landen met het hoogste ziekteverzuim behoren Duitsland en de Scandinavische landen, terwijl het ziekteverzuim relatief laag is in enkele voormalig Oostbloklanden en Zuid-Europese landen. Binnen alle 27 EU-landen (niet in de figuur) neemt Nederland, wanneer we het ziekteverzuim van hoog naar laag ordenen, een zevende positie in.
Bij langdurig verzuim (meer dan vijftien dagen in het afgelopen jaar) doet Nederland het internationaal gezien wat beter. Nederland neemt dan een veertiende positie in binnen de EU-27 en behoort tot de middencategorie. Het percentage personen dat meer dan vijftien dagen verzuimde bedroeg in Nederland 8,3 in 2010. Dit percentage ligt echter boven het EU-27-gemiddelde van 7,5.
In de meeste Europese landen is het aandeel personen dat heeft verzuimd in 2010 gestegen ten opzichte van 2000. Gemiddeld over de 27 EU-landen steeg het aandeel van 37% in 2000 naar 43% in 2010. Nederland laat daarentegen een daling zien en neemt daarmee in internationaal opzicht in 2010 een gunstiger positie in dan tien jaar daarvoor.

Figuur 5.3

Ten minste eenmaal afwezig van werk wegens ziekte tijdens afgelopen twaalf maanden, 21 EU-landen, 2000 en 2010 (in procenten)[a]



a In 2005 zijn in de EWCS ook vragen opgenomen over ziekteverzuim. De vraagstelling in dat jaar wijkt echter dusdanig af van 2000 en 2010 dat deze niet vergelijkbaar zijn. 2005 wordt daarom niet vermeld in de figuur.

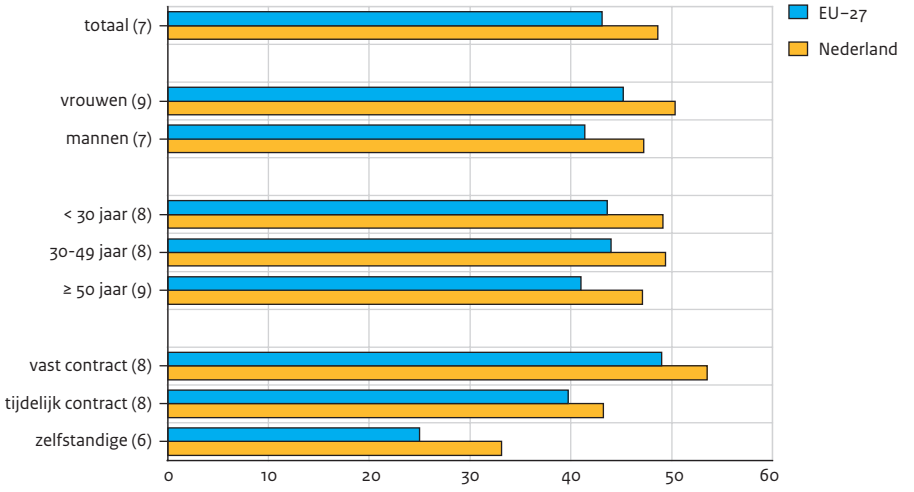
Bron: Eurofound 2011 (EWCS '00 en '10) SCP–bewerking

Figuur 5.4 geeft het ziekteverzuim weer naar geslacht, leeftijd en contractvorm, voor Nederland en voor de EU-27. Tevens is aangegeven welke positie Nederland inneemt

ten opzichte van andere Europese landen. De figuur laat zien dat vrouwen vaker verzuimen dan mannen. Dit geldt voor zowel Nederland (zie ook hoofdstuk 2) als voor andere Europese landen. Het verschil met het Europese gemiddelde is voor Nederlandse vrouwen iets kleiner dan voor Nederlandse mannen; zij staan internationaal gezien respectievelijk op de negende en de zevende plaats. Opvallend is het kleine verschil tussen de leeftijdscategorieën. Werkenden boven de 50 jaar verzuimen zowel in Nederland als in de EU-27 iets minder dan de twee jongere leeftijdscategorieën. In hoofdstuk 2 werd reeds geconcludeerd dat het hoge verzuim van oudere werknemers is toe te schrijven aan een langere verzuimduur; de verzuimfrequentie van ouderen (zie figuur 5.4) is relatief laag. Tot slot blijkt de contractvorm van invloed te zijn op het verzuim. Werknemers met een vast contract hebben vaker verzuimd dan mensen met een tijdelijk contract. Onder zelfstandigen is het ziekteverzuim verreweg het laagst. Wel lijkt dit bij Nederlandse zelfstandigen vaak voor te komen in vergelijking met het EU-gemiddelde.

Figuur 5.4

Afwezig van werk in de afgelopen twaalf maanden, naar geslacht, leeftijd en contractvorm,[a] Nederland en EU-27, 2010



a Het getal tussen haakjes geeft weer welke positie Nederland inneemt ten opzichte van andere EU-landen (1 is hoogste en 27 is laagste aandeel personen dat afwezig is geweest op het werk).

Bron: Eurofound 2011 (EWCS'00 en '10) SCP-bewerking

Ziekteverzuim is afhankelijk van veel factoren (zie o.a. Stress Impact Consortium 2006; Alexanderson 2005; Prins 1991; Van der Veen 1990; Smulders 1984). De internationale variatie is daarom niet eenvoudig toe te schrijven aan verschillen in beleid. Ook zaken als de economische situatie, arbeidsdeelname van vrouwen en arbeidsgehandicapten, arbeidsduur, demografische opbouw en gezondheidstoestand van de bevolking kunnen van invloed zijn op het ziekteverzuim. Mogelijk is de verzuimdrempel in Nederland

relatief laag doordat het systeem geen wachttijd en medisch attest kent. Dit kan een verklaring zijn voor het relatief hoge kortdurend verzuim (zie ook Prins 1990). Ook de hoge arbeidsdeelname in Nederland in het algemeen, en dat van vrouwen in het bijzonder, kan meespelen (Lusinyan en Bonato 2007). Op het oog hebben landen met het sociaaldemocratisch model een hoog ziekteverzuim, terwijl landen met een corporatistische model een laag verzuim kennen. Om vast te stellen of dit aan het sociale zekerheidssysteem ligt of aan andere factoren zijn echter aanvullende analyses nodig (zie o.a. Vrooman 2009). Eerder onderzoek geeft wel aanwijzingen dat landen met een genereuze inkomensbescherming en landen met weinig verplichtingen voor de werkgever relatief hoge verzuimpercentages hebben (Lusinyan en Bonato 2007). Ook de mate van ontslagbescherming lijkt een belangrijke beïnvloedende factor te zijn voor de hoogte van het ziekteverzuim (Prins 2011).

5.4 Arbeidsongeschiktheid

Aan het begin van deze eeuw stond Nederland bekend als een land waar relatief veel werknemers arbeidsongeschikt raken. De OECD heeft regelmatig gewezen op de benarde positie van Nederland in de uitgaven aan arbeidsongeschiktheid (o.a. OECD 2005; Jehoel-Gijsbers 2007). We vergelijken nu Nederland met andere EU-landen in het aandeel personen met een beperking, het arbeidsongeschiktheidsvolume en de uitgaven aan arbeidsongeschiktheid.

Aandeel personen met gezondheidsbeperkingen

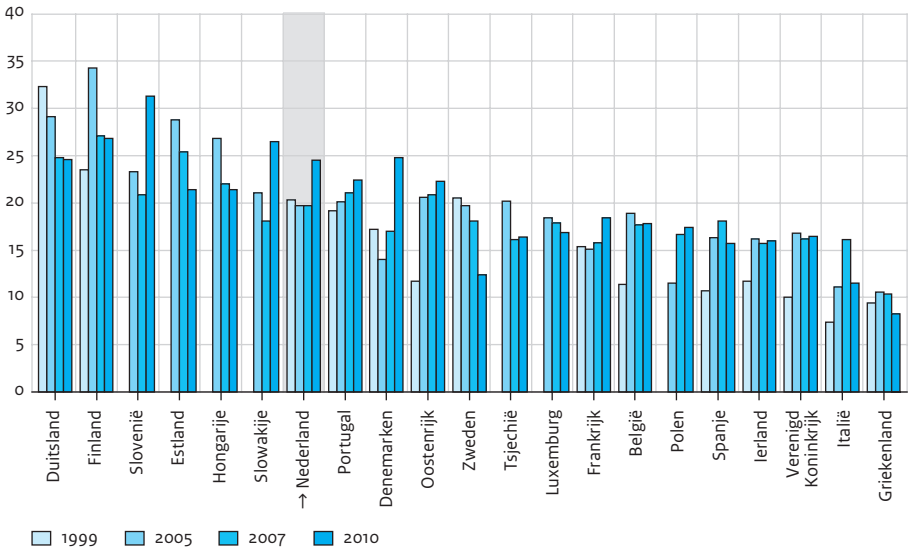
Arbeidsongeschiktheid is globaal genomen op twee manieren te meten: door mensen zelf te vragen naar hun gezondheidsbeperkingen (subjectief) of door vast te stellen hoeveel mensen recht hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Een internationale vergelijking van het aandeel personen dat beperkingen ervaart door gezondheidsproblemen is te verkrijgen dankzij de *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC), voorheen de *European Community Household Panel* (ECHP). Deze enquête wordt gehouden in alle landen van de EU en bevat gegevens op huishoud- en persoonsniveau. Voor Nederland zijn gegevens beschikbaar voor de periode 2005-2010 (EU-SILC) en 1995-2001 (ECHP). Het databestand voor het Nederlandse onderzoek in 2010 bevat bijna 15.000 personen van 20-65 jaar.

Een indicatie van het aandeel personen met gezondheidsbeperkingen wordt verkregen door de vraag of mensen vanwege hun gezondheid beperkt zijn in hun gewone activiteiten (deze vraagstelling wijkt overigens af van de definitie uit hoofdstuk 4.[3]) Figuur 5.5 geeft voor 21 EU-landen het aandeel personen met gezondheidsbeperkingen in de periode 1999-2010. De percentages in het meest recente jaar lopen nogal uiteen van 8 in Griekenland tot 27 in Finland en Slowakije. In Nederland zegt een kwart van de bevolking vanwege gezondheid beperkingen te ondervinden bij de dagelijkse bezigheden. Gemiddeld over de gepresenteerde EU-landen neemt het aandeel personen met gezondheidsbeperkingen licht toe. Nederland neemt een middenpositie in. In 2009 lijkt in Nederland het aandeel mensen met een gezondheidsbeperking, ook in vergelijking met andere Europese landen, te zijn gestegen. In dat jaar is de vraagstelling ten opzichte van

de voorgaande jaren echter iets gewijzigd, hetgeen zeer waarschijnlijk heeft bijgedragen aan de stijging in 2009 en 2010.[4]
Het is niet eenvoudig een verklaring te geven voor de internationale verschillen. Het subjectieve karakter van de vraagstelling maakt dat variatie tussen landen niet vanzelfsprekend het gevolg is van feitelijk gezondheidsverschillen. Ook de wijze waarop in verschillende landen ziekte en beperkingen worden gepercipieerd kan van invloed zijn (zie ook Jehoel-Gijsbers 2007). Mogelijk spelen ook maatschappelijke verwachtingen over de activiteiten die men 'gewoonlijk doet' een rol.

Figuur 5.5

Personen van 20-65 jaar die door gezondheid beperkt zijn in activiteiten, 21 EU-landen, 1999-2010[a] (in procenten)



a De gegevens voor Ierland zijn uit 2009.

Bron: EU-SILC '05, '07, '09, '10; ECHP '99 en '01

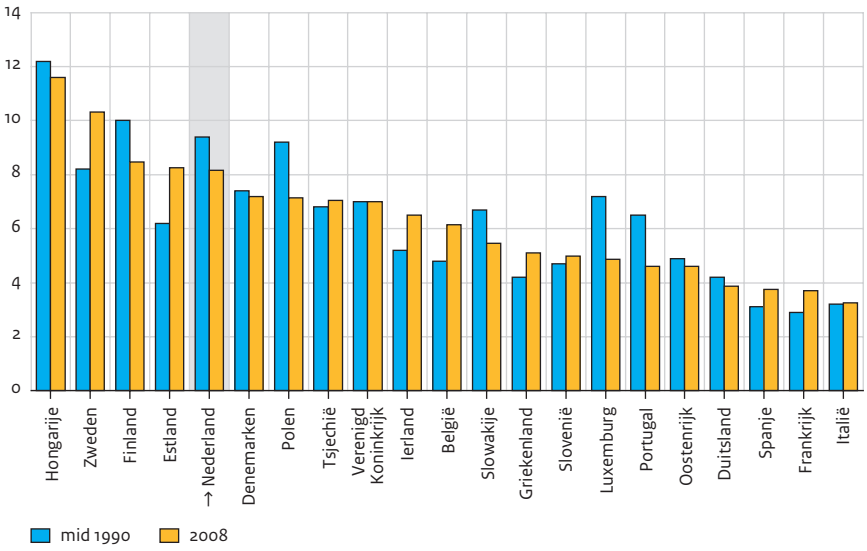
Arbeidsongeschiktheidsvolume

Naast subjectieve gegevens hebben we ook objectieve gegevens uit administratieve bestanden om het arbeidsongeschiktheidsvolume in de EU-landen te vergelijken. Figuur 5.6 geeft het aandeel personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering in de populatie van 20-64 jaar. Tevens is aangegeven of dit aandeel in 2008 is veranderd ten opzichte van de jaren negentig. De gegevens zijn afkomstig van de OECD (2010). Nederland behoorde midden jaren negentig nog tot de drie landen met het hoogste percentage arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Sindsdien is dat gedaald (zie ook hoofdstuk 4), terwijl dat in de meeste EU-landen is gestegen. Nederland is daarmee iets

opgeschoven naar het gemiddelde. Met 8% arbeidsongeschiktheid[5] behoort Nederland echter nog steeds tot de landen met het hoogste aandeel arbeidsongeschikten.

Figuur 5.6

Aandeel personen met arbeidsongeschiktheidsuitkering in de bevolking van 20-64 jaar in 21 EU-landen, midden jaren negentig[a] en 2008[b] (in procenten)



a Midden jaren negentig, en 1996 voor België, 1999 voor Nederland, 2000 voor Hongarije, Italië en Tsjechië, 2001 voor Ierland, 2004 voor Polen.
b In 2008 of het laatste beschikbare jaar (2005 voor Luxemburg, 2007 voor Oostenrijk, Frankrijk, Italië, Polen, Slowakije, Spanje en het Verenigd Koninkrijk).

Bron: OECD (2011)

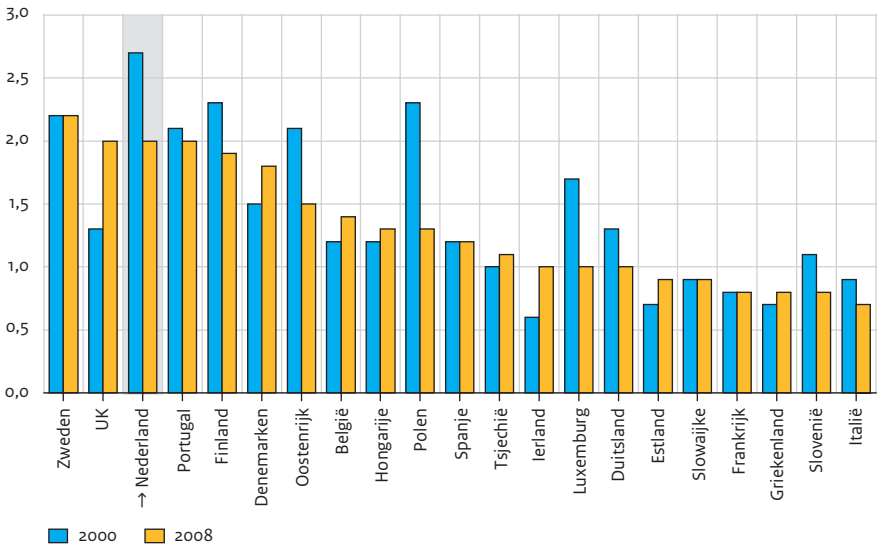
Uitgaven aan arbeidsongeschiktheid

Een andere manier om de problematiek in kaart te brengen is een vergelijking van de uitgaven aan arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. In figuur 5.7 zijn die uitgaven weergegeven als percentage van het bruto binnenlands product (bbp). De uitgaven zijn inclusief de regelingen voor vervroegde uittreding wegens arbeidsongeschiktheid die in sommige landen van kracht zijn, maar exclusief uitvoeringskosten. Tevens is per land weergegeven of de uitgaven zijn gestegen of gedaald ten opzichte van 2000. De gegevens zijn gebaseerd op het *European System of Integrated Social Protection Statistics* (Esspros), een systeem waarmee administratieve bestanden van EU-landen over sociale zekerheid internationaal vergelijkbaar zijn (Eurostat 2011).
Uit figuur 5.7 blijkt dat Nederland na Zweden en het Verenigd Koninkrijk de hoogste uitgaven heeft voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Nederland was aan het begin van

deze eeuw nog koploper, maar sindsdien heeft zich een sterke daling voorgedaan, terwijl in een aantal andere landen vergelijkbare uitgaven verder zijn gestegen.

Figuur 5.7

Uitgaven voor arbeidsongeschiktheid,[a] 2000 en 2008 (in procenten bbp)



a Uitgaven betreffen *disability pensions*, inclusief vervroegd uittreden wegens arbeidsongeschiktheid.

Bron: Eurostat 2011

Het volume in de ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidsregelingen hangt vaak samen met de omvang van andere type uitkeringen. Landen met beperkte uitgaven aan arbeidsongeschiktheid beperkt hebben soms een hoog aantal bijstands- of werkloosheidsuitkeringen (Jehoel-Gijsbers 2007; OECD 2010; Vrooman 2009). Dit heeft onder andere te maken met verschillen in ontslagbescherming of strengere toetredingscriteria van de arbeidsongeschiktheidsregelingen, waardoor mensen met beperkingen eerder in de werkloosheidsregelingen terechtkomen. Wanneer gekeken wordt naar de totale uitkeringsafhankelijkheid zijn de internationale verschillen dan ook vaak kleiner dan wanneer alleen de arbeidsongeschiktheidsregelingen in kaart worden gebracht.

5.5 Arbeidsdeelname personen met een gezondheidsbeperking

We bekijken hoe Nederland zich verhoudt tot andere landen in de arbeidsdeelname van mensen met een langdurige aandoening en hoe de ontwikkeling in Nederland zich verhoudt tot die in andere landen. Ook beschrijven we de arbeidsduur van mensen met een langdurige aandoening en het verschil in redenen van individuen om in deeltijd te

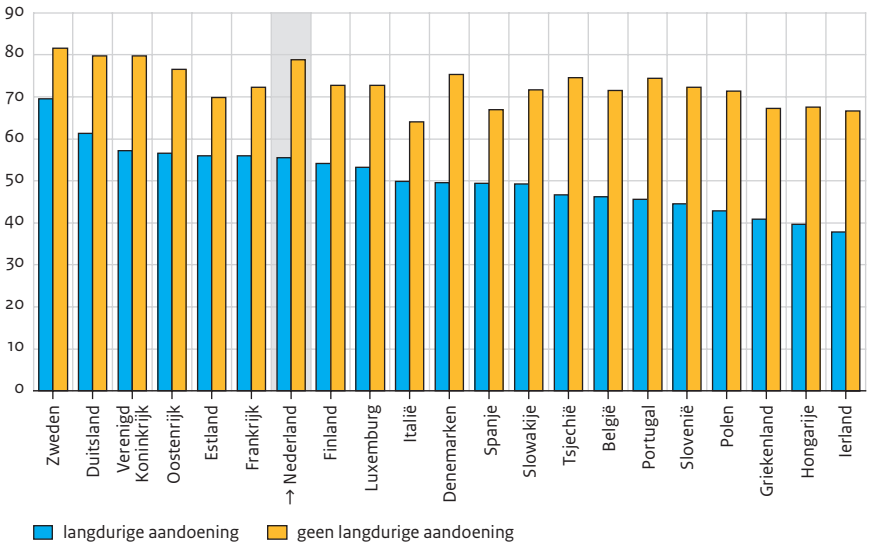
werken. De gegevens zijn afkomstig uit EU-SILC (zie § 5.4). De vraagstelling in EU-SILC komt niet exact overeen met de definities van bijvoorbeeld het CBS. De gegevens in deze internationale vergelijking kunnen daarom afwijken van de nationale statistieken.

Mensen met en zonder langdurige aandoening

Figuur 5.8 vergelijkt de arbeidsdeelname van mensen met en zonder een langdurige aandoening in 21 EU-landen. Of mensen een langdurige aandoening hebben is bepaald door hen te vragen of ze een of meer langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps hebben. Of iemand werkt is bepaald aan de hand van de zelfgerapporteerde arbeidsmarktstatus. De arbeidsdeelname van mensen met een aandoening is relatief laag: in de 21 EU-landen participeert gemiddeld ongeveer de helft van de mensen met een langdurige aandoening tegen bijna driekwart van de mensen zonder aandoening. Nederland kent in het algemeen een hoge arbeidsparticipatie. De arbeidsdeelname van mensen zonder langdurige aandoening behoort tot de hoogste van de gepresenteerde landen (bijna 80%). In de arbeidsdeelname van mensen met een langdurige aandoening behoort Nederland met 56% echter tot de middencategorie.

Figuur 5.8

Arbeidsdeelname van personen van 20-65 jaar met en zonder langdurige aandoening in 21 EU-landen, 2010[a] (in procenten)



a De gegevens voor Ierland zijn uit 2009.

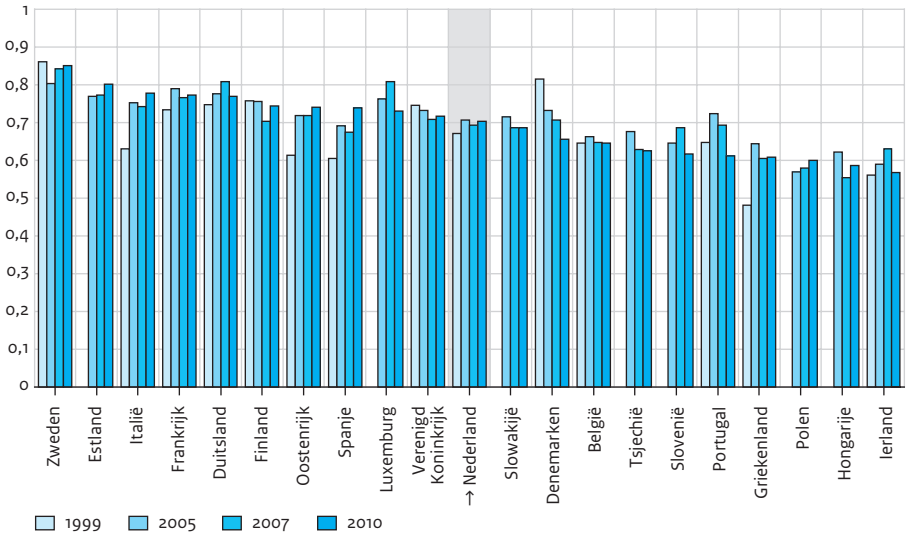
Bron: EU-SILC '09/'10

Als we de arbeidsdeelname van personen met een aandoening uitdrukken als percentage van de arbeidsdeelname van personen zonder langdurige aandoening, kunnen we

rekening houden met internationale verschillen in arbeidsdeelname en kunnen we ook fluctuaties over de tijd beter weergeven. Figuur 5.9 toont deze percentages voor de periode 1999 (indien beschikbaar) tot 2010. Nederland neemt binnen de EU een middenpositie in. Gemiddeld lijkt in de EU-landen de arbeidsdeelname van mensen met een aandoening na 1999 eerst iets te stijgen om de laatste jaren weer licht te dalen (zie ook OECD 2010). De verschillen tussen de jaren zijn echter klein. Voor Nederland lijkt de verhouding tussen de arbeidsdeelname van mensen met een beperking en die van mensen zonder beperking zich de laatste jaren te stabiliseren. Overigens wijken de gegevens iets af van wat in hoofdstuk 4 over dit thema is gerapporteerd door verschillen in definities.

Figuur 5.9

Verhouding arbeidsdeelname van personen van 20-65 jaar met en zonder langdurige aandoening in 21 EU-landen, 1999-2010[a]



a De gegevens voor Ierland zijn uit 2009.

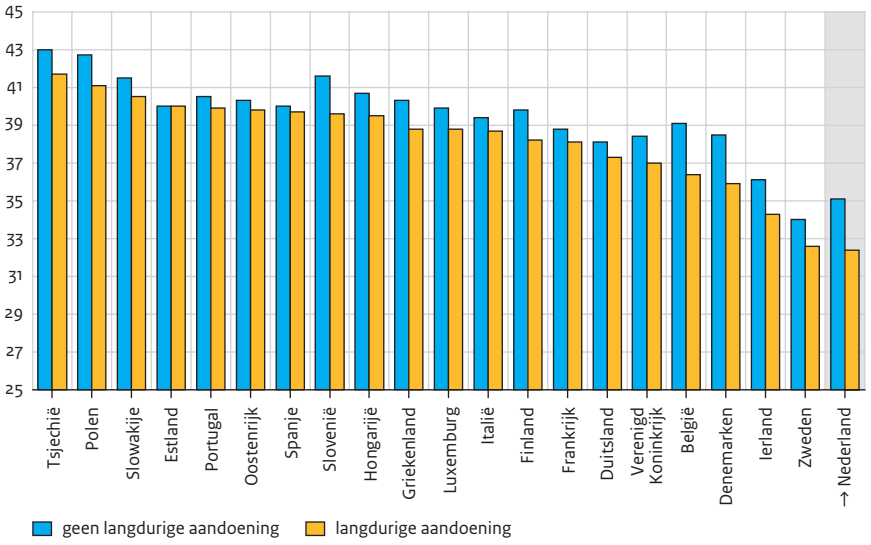
Bron: EU-SILC '05, '07, '09, '10; ECHP '99 en '01

Arbeidsduur

De mensen met een langdurige aandoening die betaald werk verrichten, doen dat gemiddeld minder uur per week dan mensen zonder aandoening. Het gaat hierbij om de feitelijke arbeidsduur in een gemiddelde werkweek. In hoofdstuk 4 werd voor Nederland reeds een verschil in arbeidsduur geconstateerd en dat gaat ook op voor de meeste andere Europese landen (figuur 5.10). Het verschil in feitelijke arbeidsduur tussen mensen met en zonder langdurige aandoening varieert wel tussen landen: in Nederland is het onderscheid relatief groot, terwijl er in bijvoorbeeld Spanje en Oostenrijk nagenoeg geen onderscheid is. Nederland staat internationaal bekend als een land met veel

deeltijdwerk. Figuur 5.10 laat zien dat Nederland samen met Zweden de kortste werkweken kent. Dit gaat op voor mensen met een langdurige aandoening en voor mensen zonder aandoening.
Aanvullend is aan mensen die minder dan 30 uur werken gevraagd wat hiervoor de reden is. Voor ongeveer een derde van de Europeanen met een langdurige aandoening is hun gezondheidstoestand een reden om niet meer uren te werken, terwijl slecht 3% van de mensen zonder aandoening deze reden noemt. In Nederland liggen deze percentages wat lager, namelijk 25 en 1. Nederland kent een hoog percentage mensen met een langdurige aandoening die aangeven niet meer uren te willen werken, zonder specifieke reden zoals ziekte of het volgen van onderwijs (21 % in Nederland, 16 % in Europa). Ook het aandeel mensen met een aandoening dat vanwege zorgverplichtingen in deeltijd werkt is relatief hoog (25% in Nederland, 15% in Europa). Mensen met een beperking in Nederland werken dus relatief vaak om andere redenen dan hun gezondheid in deeltijd, hetgeen een weerspiegeling lijkt te zijn van Nederlandse 'deeltijdcultuur'.

Figuur 5.10
Arbeidsduur van werkenden met en zonder beperking van 20-65 jaar in 21 EU-landen, 2010[a]
(in uren per week)



a De gegevens voor Ierland zijn uit 2009.

Bron: EU-SILC '09/'10

5.6 Conclusies

Nederland stond lange tijd internationaal bekend als een land met een hoog ziekteverzuim, maar dat ziekteverzuim daalt de laatste jaren. Nederland neemt hierdoor

internationaal gezien een gunstiger positie in dan tien jaar geleden, hoewel het ziekteverzuim nog wel boven het Europese gemiddelde ligt. Ook het arbeidsongeschiktheidsvolume en de uitgaven aan arbeidsongeschiktheidsuitkeringen zijn de afgelopen jaren gedaald. De Nederlandse uitgaven aan arbeidsongeschiktheid zijn binnen de EU nog wel het hoogst. Hierbij moet worden opgemerkt dat het volume in de arbeidsongeschiktheidsregelingen vaak samenhangt met de omvang van andere typen uitkeringen. In andere landen komen mensen met beperkingen vaak eerder in werkloosheid- of bijstandsuitkeringen terecht. Als we kijken naar de totale uitkeringsafhankelijkheid zijn de internationale verschillen vaak kleiner (Vrooman 2009).
In vrijwel alle EU-landen nemen mensen met een gezondheidsbeperking minder vaak aan het arbeidsproces deel dan mensen zonder gezondheidsbeperking. De Nederlandse overheid streeft naar een hoge arbeidsparticipatie om vergrijzing en stijgende kosten het hoofd te kunnen bieden. Vanuit dit oogpunt is het van belang dat mensen met gezondheidsbeperkingen zoveel mogelijk actief zijn op de arbeidsmarkt. Bovendien wordt het streven mensen met en zonder gezondheidsbeperking zoveel mogelijk deel te laten nemen aan het arbeidsproces ook op Europees niveau uitgedragen, met name vanuit het oogpunt van gelijke behandeling van mensen met een handicap. Terwijl de arbeidsparticipatie van Nederland tot de hoogste behoort van Europa, is die van mensen met een gezondheidsbeperking in Nederland relatief laag en behoort Nederland tot de middencategorie. Voor Nederland lijkt hier dus nog ruimte te zijn voor verbetering.
De afgelopen jaren hebben in Nederland – ook in vergelijking met andere Europese landen – grote veranderingen plaatsgevonden in de wet- en regelgeving rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Dit lijkt zijn vruchten te hebben afgeworpen. Nederland staat er in internationaal perspectief nu beter voor dan tien jaar geleden. Internationaal vergelijkend onderzoek biedt de mogelijkheid lessen te trekken uit het buitenland en na te gaan welke beleidsmaatregelen effectief zijn om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid het hoofd te bieden. Tegelijkertijd laat dat onderzoek zien dat het niet eenvoudig is uitspraken te doen over welke 'regimes' en welke beleidsmaatregelen het meest succesvol zijn. De regelingen staan immers niet op zichzelf, maar hangen samen met wetgeving op andere beleidsterreinen. Bovendien zijn maatregelen die elders succesvol zijn niet zonder meer inpasbaar in het eigen systeem. Op basis van uitgebreid internationaal vergelijkend onderzoek heeft de OECD (2008; 2010, zie ook Prins 2011) wel succesfactoren aangewezen. Een aantal van deze maatregelen is in Nederland toegepast in de hervormingen van de laatste jaren. Het gaat dan bijvoorbeeld om het belang van financiële verantwoordelijkheid en re-integratieverplichtingen van werkgevers, de nadruk op de mogelijkheden van op arbeidsongeschikten in plaats van hun beperkingen, tijdelijke uitkeringen en de regelmatige herbeoordeling van (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten. Het advies van de OECD aan Nederland heeft onder andere betrekking op de uitvoering, waaronder een intensievere samenwerking tussen UWV en werkgevers. Ook transparantie in kwaliteit en effectiviteit van re-integratiebedrijven wordt als een punt van aandacht gezien. De OECD wijst tevens op de problematiek van specifieke groepen arbeidsongeschikten, zoals de sterke groei van de Wajong-populatie, de moeizame reintegratie van de zogenaamde vangnetters en de arbeidsmarktpositie van 35-minners.

Noten

1 Categoriale principale componentenanalyse. Bij deze analysetechniek worden kenmerken gereduceerd tot een beperkt aantal factoren of principale componenten. CatPCA is geschikt voor het analyseren van nominale en ordinale variabelen en houdt rekening met niet-lineaire verbanden tussen deze variabelen. Zie onder andere Vrooman (2009: 222 e.v.) voor de toepassing van CatPCA voor het construeren van een typologie van sociale zekerheidssystemen naar voorbeeld van Esping-Andersen. In de bijlage bij dit hoofdstuk zijn de resultaten van de analyse opgenomen.
2 De totale verklaarde variantie van de twee componenten is 48%.
3 In hoofdstuk 4 gaat het om belemmeringen in het uitvoeren of verkrijgen van werk (gebaseerd op de EBB). In EU-SILC gaat het om beperkingen in activiteiten die mensen gewoonlijk doen. Bovendien wordt deze vraag in de EBB alleen voorgelegd aan personen met een langdurige aandoening, ziekte of handicap, terwijl de vraag in EU-SILC aan alle respondenten is voorgelegd.
4 In 2009 en 2010 is gevraagd of de respondent 'vanwege zijn of haar gezondheid beperkt is in de activiteiten die mensen gewoonlijk doen', terwijl in de voorgaande jaren is gevraagd of de respondent 'bij het uitvoeren van zijn of haar dagelijkse bezigheden wordt belemmerd door gezondheidsproblemen'.
5 Dit percentage verschilt van het percentage in hoofdstuk 4. Dit komt door verschillen in de afbakening van de populatie en mogelijk zijn er ook verschillen bij het meenemen van nuluitkeringen (wel recht, maar geen uitkeringsbedrag).

Literatuur

Alexanderson, K. (2005). Research on sickness absence and disability pension. In: G. Tellness (red.), *Urbanisation and health. New challenges in health promotion and prevention*. Oslo: Academic Press.

Bloch, F.S. en R. Prins (red.)(2001). *Who returns to work and why? A six-country study on work incapacity and reintegration*. New Brunswick: Transaction Publishers.

Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.

Eurofound (2010). *Absence from work*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Eurofound (2011). European Working Conditions Survey. Geraadpleegd juni 2011 via www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/ewcs2010_07_05.htm.

Europese Commissie (2011). *Social protection systems - Missoc*. Geraadpleegd juni 2011 via ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=815.

Eurostat 2011. *Esspros*. Geraadpleegd november 2011 via epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/social_protection/data/database.

Jehoel-Gijsbers, G. (2007). Nederland in Europese context. In: G. Jehoel-Gijsbers (red.), *Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting* (p. 32-48). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Koppes, L, E. de Vroome, M. Mol, B. Janssen en S. van den Bossche (2009). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2008. Methodologie en globale resultaten*. Hoofddorp: TNO.

Lusinyan, L. en L. Bonato (2007). Work Absence in Europe. In: *IMF Staff Papers*, jg. 54, nr. 3, p. 475-538.

Nijhuis, F.J.N. (2011). *Werken naar vermogen: vermogen om te werken* (oratie). Maastricht: Universiteit Maastricht.

OECD (2005). *Economic Policy Reforms*. Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD (2008). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers (Vol. 3) – Denmark, Ireland, Finland and the Netherlands*. Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD (2010). *Sickness, Disability and Work. Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries*. Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD (2011). *The OECD "Sickness, Disability and Work" project: Table of contents and list of tables and charts*. Geraadpleegd oktober 2011 via www.oecd.org.

Prins, R. (1990). *Sickness absence in Belgium, Germany (FR) and the Netherlands. A comparative study* (proefschrift). Maastricht: Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden.

Prins, R. (1991). Arbeidsongeschiktheid in internationaal perspectief. In: *Economisch Statistische Berichten*, jg. 76, nr. 3791, p. 64-67.

Prins, R. (2011). Beperkt aan het werk: lessen uit – en voor – het buitenland. In: G. Jehoel-Gijsbers (red.), *Op weg naar een inclusieve arbeidsmarkt. Bijdragen aan het symposium van 15 oktober 2010* (p. 41-51). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Smulders, P.G.W. (1984). *Balans van 30 jaar ziekteverzuimonderzoek. De resultaten van 318 studies samengevat*. Leiden: NIPG / TNO.

Stress Impact Consortium (2006). *Integrated report of Stress Impact: On the impact of changing social structures on stress and quality of life: Individual and social perspectives*. Geraadpleegd juni 2011 via www.fahs.surrey.ac.uk/stress_impact/documents.htm.

TK (2010/2011). *Gelijke behandeling voor mensen met een handicap of een chronische ziekte*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 19 april 2011. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010/2011, 29355, nr. 49.

Veen, R. van der (1990). *De sociale grenzen van beleid; een onderzoek naar de uitvoering en effecten van het stelsel van sociale zekerheid* (proefschrift). Leiden / Antwerpen: Stenfert Kroese.

Vrooman, J.C. (2009). *Rules of relief. Institutions of social security, and their impact*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

6 De impact van thuis- en telewerk op ziekteverzuim en arbeidsdeelname arbeidsgehandicapten

Maroesjka Versantvoort (SCP) en Karolus Kraan (TNO)

6.1 Beleidsrelevantie

De toegenomen digitalisering en daarmee ook de toename van thuis- en telewerk heeft de arbeidsmarkt de afgelopen jaren mede vormgegeven. Voor steeds meer typen arbeid lijken in een kennisintensieve samenleving plaats en tijdstip minder relevant. Tussen 2007 en 2010 nam het aandeel telewerkers toe van 12% tot 15% van alle werknemers in Nederland (Koppes et al. 2011a). Sinds 2000 is de toename ongeveer één procentpunt per jaar (Hooftman et al. 2011).
De meerwaarde van thuis- en telewerk wordt in maatschappelijke en wetenschappelijke discussies vanuit verschillende invalshoeken aangezet. In de eerste plaats biedt thuis- en telewerk de mogelijkheid om arbeid en zorg beter op elkaar af te stemmen; werktijden zijn gemakkelijker aan te passen aan zorgverplichtingen of crises in het gezin (zie Gajendran en Harrison 2007). Ook kan thuis- en telewerk de filedruk verlichten omdat men minder de weg op hoeft (Baruch 2001). Thuis- en telewerk biedt ook kansen om de arbeidsproductiviteit te bevorderen en ziekteverzuim te verminderen door vergroting van de autonomie van de werknemer (Standen et al. 1999) en vermindering van (reis- en kantoor)stress (Montreuil en Lippel 2003; Baruch 2001). Daarnaast kan het de arbeidsparticipatie van mensen met een gezondheidsbeperking verhogen. Immers, bij thuiswerk zijn de kosten van mobiliteit en accommodatie lager en valt werk beter te combineren met therapie of ziekenhuisbezoek (Tennant 2006).
Thuis- en telewerk biedt echter niet alleen kansen tot grotere arbeidsparticipatie en –productiviteit. Thuis- en telewerk gaat mogelijk ook samen met gezondheidsrisico's die de arbeidsproductiviteit ondermijnen. Zo kan thuis- en telewerk leiden tot gevoelens van isolatie en vereenzaming, van nooit meer klaar zijn met werken, schuldgevoelens of werkvervreemding (Mann en Holdsworth 2003; Gajendran en Harrison 2007). Ook kan intensief thuis- en telewerken druk leggen op de relatie tussen werknemer en leidinggevende en die tussen werknemers onderling (McClosky en Igbaria 2003).
In het regeerakkoord van het kabinet-Rutte worden de mogelijkheden van thuis- en telewerk expliciet omarmd. Om mensen een goede balans te laten vinden tussen betaald werk, zorgtaken, vrijwilligerswerk, scholing en vrije tijd zet de regering in op 'het tegengaan van belemmeringen voor thuis- en telewerk' (Regeerakkoord 2010: 44). Ook zet de regering ter bestrijding van files in op 'de intensivering van telewerken' (Regeerakkoord 2010: 28).
Dit hoofdstuk beoogt deze actuele ontwikkelingen in thuis- en telewerk te bezien vanuit het perspectief van ziekteverzuim en arbeidsdeelname van arbeidsgehandicapten. Het tracht de consequenties van thuis- en telewerk voor ziekteverzuim en de

arbeidsmarktmogelijkheden voor arbeidsgehandicapten in Nederland inzichtelijk te maken. De volgende vragen staan centraal:

Wat is de invloed van thuis- en telewerk op ziekteverzuim?
Wat is de invloed van thuis- en telewerk op de arbeidsduur van arbeidsgehandicapten?

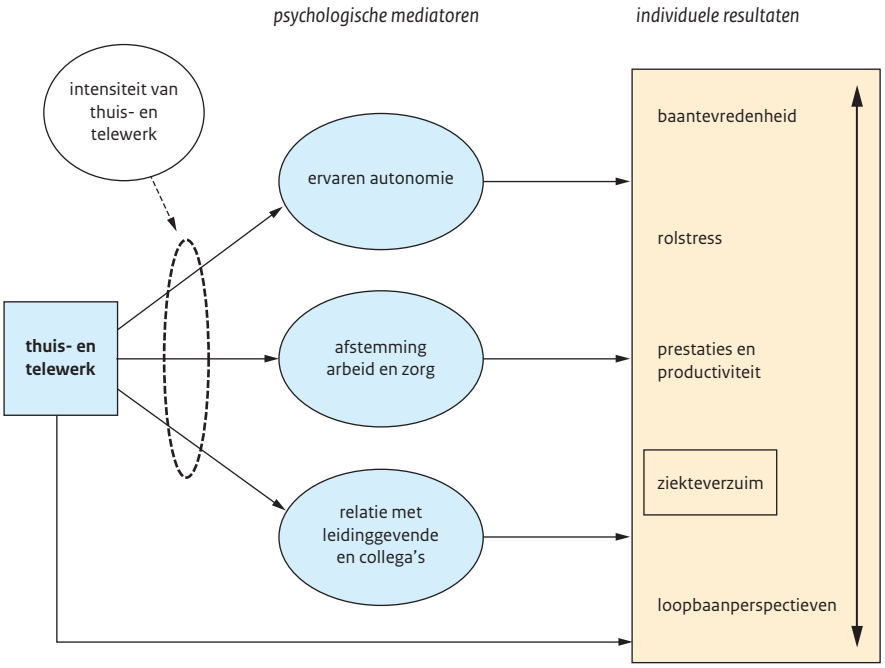
Om deze vragen te beantwoorden, gebruiken we gegevens uit de Nationale enquête arbeidsomstandigheden (NEA) (Koppes et al. 2011b).
Hoewel thuis- en telewerk vaak als inwisselbare begrippen gebruikt worden, is de betekenis niet identiek. Thuiswerk verwijst naar werk dat mensen (gedeeltelijk) vanuit huis verrichten. Telewerk is een werkvorm waarbij een werknemer taken uitvoert op een andere plaats dan de centrale werklocatie en gebruik maakt van informatie- en communicatietechnologie (ICT) om te communiceren (Gajendran en Harrison 2007; Baruch 2001; Bailey en Kurland 2002). De alternatieve locatie kan zowel thuis zijn als elders. Ook kan de intensiteit verschillen van parttime, waarbij een deel van de week gekozen wordt voor een alternatieve werklocatie, tot fulltime, waarbij bijvoorbeeld hoofdzakelijk vanuit huis gewerkt wordt. In de definitie van telewerk geldt de ICT-eis; bij thuiswerk niet. Bij onze analyses houden we zo veel mogelijk rekening met het onderscheid tussen thuis- en telewerk.
Arbeidsgehandicapten zijn mensen die door een langdurige gezondheidsaandoening belemmeringen ondervinden bij het uitvoeren of verkrijgen van werk (zie hoofdstuk 1). Daar de NEA zich richt op werkenden, beperkt de vraagstelling zich tot de arbeidsduur van arbeidsgehandicapten. Helaas kunnen we met de beschikbare data niet aangeven of thuis- en telewerk kansen dan wel beperkingen biedt voor arbeidsgehandicapten om toe te treden tot de arbeidsmarkt.

6.2 Analytisch kader

Implicaties thuis- en telewerk voor ziekteverzuim

Welke factoren spelen een rol in de relatie tussen thuis- en telewerk en ziekteverzuim? De afgelopen jaren zijn verschillende studies verricht naar de consequenties van thuis- en telewerk, waarin verschillende accenten gelegd zijn. Gajendran en Harrison (2007) hebben ter beantwoording van deze vraag een meta-analyse uitgevoerd van beschikbaar onderzoek. Daarin hebben zij verschillende perspectieven geclusterd in een beperkt aantal factoren. Voor ons onderzoek biedt dit aanknopingspunten. Figuur 6.1 toont de redeneerlijn.

Figuur 6.1
Analytisch kader voor de relatie tussen thuis- en telewerk en ziekteverzuim



Bron: Gajendran en Harrison (2007) SCP-bewerking

Thuis- en telewerk beïnvloedt zowel direct als indirect individuele werkresultaten en arbeidsproductiviteit en ziekteverzuim in het bijzonder. Het geeft werknemers de keuze om op een andere locatie het werk uit te voeren dan het hoofdkantoor. Ook leidt het tot lagere werkgerelateerde kosten voor bijvoorbeeld vervoer, reistijd, lunch of werkkleding. De werkgever toont zich met de mogelijkheid tot thuis- en telewerk bereid de werkomgeving aan te passen aan de behoeften van de werknemers, wat kan leiden tot meer baantevredenheid en minder ziekmelding (Baltes et al. 1999). Toegenomen arbeidsproductiviteit wordt daarnaast als mogelijk positief gevolg van thuis- en telewerk beschouwd (zie onder meer McClosky en Igbaria 2003): er is minder social talk en minder reistijd. Een derde verwacht gevolg is minder stress door voorbereiding op en reizen naar het werk. De verplichting elke werkdag op een bepaald tijdstip aanwezig te zijn leidt tot stress omdat 'te laat zijn' negatief samenhangt met reputatie. Thuis- en telewerk zou dan dus stressverlagend kunnen zijn. Daar staat tegenover dat onduidelijkheid over de rol die werknemers hebben wanneer zij thuis zijn (werkgever, vader, opdrachtgever) weer stressverhogend kan zijn. Een vierde consequentie van thuis- en telewerk op de individuele prestaties betreft mogelijk verminderde loopbaankansen. Telewerk vermindert de zichtbaarheid en de mogelijkheid in face-to-facegesprekken vaardigheden en kennis

te tonen. Ook kan thuis- of telewerk gezien worden als verminderde toewijding aan het werk. Hierdoor schatten werknemers die regelmatig telewerken hun loopbaankansen mogelijk lager in dan zij die nooit telewerken. Verminderde gepercipieerde doorgroeimogelijkheden en verhoogde rolstress zouden ziekteverzuim kunnen bevorderen en productiviteit kunnen remmen (Gajendran en Harrison 2007). We spreken bij de individuele resultaten overigens over samenhang en niet over causaliteit. De richting van de causaliteit is voor de meeste van deze indicatoren immers meerledig.

Naast deze directe vormen onderscheidt figuur 6.1 ook enkele indirecte vormen van invloed van thuis- en telewerk op ziekteverzuim. Die verlopen via drie psychologische 'mediatoren': ervaren autonomie, afstemmingsmogelijkheden arbeid en zorg, en relaties met leidinggevenden en collega's. De ervaren autonomie heeft betrekking op de inschattingen van de werknemer van de mate waarin deze controle heeft over manier en tijdstip van werken (Spector 1986). Thuis- en telewerk zou positief kunnen bijdragen aan de ervaren autonomie, omdat werknemers keuzevrijheid hebben in locatie, tijdstip en uitvoering van werkzaamheden. Het type werk lijkt evenwel doorslaggevend. Standen et al. (1999) stellen dat voor laag kennisintensief werk, zoals data-invoer waarbij elektronische supervisie meer voor de hand ligt dan face-to-facesupervisie, de organisatie rond telewerk juist leidt tot een gevoel van minder autonomie. Immers, controle via ICT is vaak minder flexibel dan directe supervisie door een leidinggevende. Daarnaast beïnvloedt thuis- en telewerk de afstemming tussen werk- en zorgtaken. Sommigen zien met name een negatieve invloed: door de ondoorzichtige grenzen tussen werk en privé ontstaan eerder conflicten in de afstemming van arbeid en zorg (Standen et al. 1999; Igbaria en Guimaraes 1999). Anderen zien daarentegen vooral kansen om arbeid en zorg te integreren en rolconflicten te minimaliseren (Duxbury et al. 1998; Raghuran en Wiesenfeld 2004). De derde mediator is de relatie tussen werknemer en leidinggevenden en collega's. Minder aanwezigheid en face-to-facecontacten verzwakken die relaties (Golden 2006) , wat vervolgens ten koste gaat van de individuele resultaten.
De impact van deze mediatoren wijst op een paradox (zie Gajendran en Harrison 2007): thuis- en telewerk zorgt voor meer autonomie en minder belangenconflicten tussen arbeid en zorg, wat stressverlagend is en bevorderlijk voor baantevredenheid en productiviteit, maar tegelijkertijd kan het leiden tot beschadigde verhoudingen op de werkvloer, wat slecht is voor de individuele resultaten en de loopbaanperspectieven. Mogelijk staan de eerste twee mediatoren op gespannen voet met de laatste, met als doorwerking ook een ambigue verwachting van de consequenties voor ziekteverzuim. De positieve effecten van de eerste twee mediatoren leiden mogelijkerwijs tot een afname van ziekteverzuim; de negatieve van de derde mediator tot een toename.

De laatste factor in figuur 6.1 betreft de intensiteit van thuis- en telewerk. Naarmate de intensiteit hoger is, worden de bovengenoemde effecten groter verwacht. Daarbij is onderscheid te maken tussen hoogintensieve telewerkers ofwel de *home-centered* – zij die de meeste werktijd besteden op een alternatieve locatie – en laagintensieve telewerkers ofwel de *office-centered* – zij die de meeste werktijd op kantoor doorbrengen. Uit onderzoek van Konradt et al. (2003) blijkt dat de *home-centered* en de *office-centered* verschillen in

motivatie om te telewerken. De *home-centered* zoeken met name balans in hun werk- en zorgtaken; de *office-centered* telewerkers proberen vooral te ontkomen aan werkonderbrekingen vanwege bijvoorbeeld social talk of vergaderingen.
Overigens houdt dit schema geen rekening met verschillen in het belang dat mensen hechten aan werk. Het gaat uit van de gemiddelde thuis- of telewerker. Sommige mensen werken vooral om financiële redenen, voor anderen gaat het om sociale contacten of een zinvolle tijdsbesteding (Van Echtelt 2010). Zo kan aangenomen worden dat voor werkenden die een groot belang hechten aan sociale contacten in het werk, de eventuele efficiëntiewinst die gehaald kan worden met thuis- of telewerk, minder waarde heeft dan voor hen die het niet gaat om de sociale contacten, maar primair om de financiële opbrengsten. De impact van een betere afstemming van arbeid en zorg door middel van thuiswerk op ziekteverzuim op persoonsniveau kan – door variatie in voorkeuren – daarom ook afwijken van de gemiddelde impact. Voor mensen die werken om de sociale contacten zal het ziekteverzuimdempende effect wellicht kleiner zijn dan voor mensen die werken om financiële redenen.

Ook dient opgemerkt te worden dat een deel van het ziekteverzuimdempende effect van thuis- en telewerk te verklaren is uit het feit dat thuis- en telewerkers zich minder snel ziek melden omdat zij 'al thuis zijn'. Daar staat echter tegenover dat thuiswerkende werknemers bij ziekte mogelijk eerder naar vermogen doorwerken. Zo is het thuis afhandelen van e-mail voor sommige zieke werknemers wellicht minder belastend dan het reizen van en naar het werk. Zoals de grens tussen werk en privé vervaagt, vervaagt ook de grens tussen niet en wel (gedeeltelijk) werken.

Implicaties thuis- en telewerk voor arbeidsdeelname arbeidsgehandicapten

Theoretische aangrijpingspunten voor de analyse van de implicaties van thuis- en telewerk voor de arbeidsdeelname van arbeidsgehandicapten vinden we bij Edwards en Field-Hendrey (2002) en Tennant (2006). Edwards en Field-Hendrey (2002: 174) benadrukken twee verschillen tussen 'werken op kantoor' en thuis- en telewerk. Anders dan 'werken op kantoor' heeft thuis- en telewerken lagere vaste kosten (zoals vervoer, kleding, out-of-pocketkosten) en een gezamenlijke 'productie' van inkomen en 'huishoudgoederen' (zoals samen met gezinsleden lunchen op een werkdag).
De analyse van Edwards en Field-Hendrey richt zich op de arbeidsparticipatie van gehuwde vrouwen, die vaak een groter aandeel hebben in het huishoudelijk werk en het opvoeden van kinderen dan hun partners. Op basis daarvan wordt verondersteld dat deze vrouwen een ander reserveringsloon hebben (dat is het minimale loon waarvoor men zich aanbiedt op de arbeidsmarkt). Dit reserveringsloon is afhankelijk van verschillende factoren, zoals het overige huishoudinkomen en de aanwezigheid van kinderen. Omdat thuis- en telewerk de kosten die samenhangen met betaalde arbeid reduceren, kan deze werkvorm vrouwen die er eerder voor kozen niet te participeren, ertoe bewegen terug te keren naar de arbeidsmarkt, zo is de redenatie van Edwards en Field-Hendrey.
Voor de analyse van de arbeidsparticipatie van mensen met een gezondheidsbeperking biedt eenzelfde theoretische basis aanknopingspunten. Mensen met een

gezondheidsbeperking hebben net als vrouwen met jonge kinderen hogere kosten om uit werken te gaan. Vervoer, mobiliteit en accommodatie zijn eerder een issue voor mensen met een gezondheidsbeperking dan voor mensen zonder deze beperking. Deze kosten zouden kunnen worden gereduceerd bij thuis- en telewerk. Ook biedt thuis- en telewerk de mogelijkheid 'huishoudgoederen' te produceren op een werkdag, zoals het bezoek aan een dokter, therapeut of zelfhulp. De flexibiliteit van thuis- en telewerk zou mensen met een gezondheidsbeperking kunnen overhalen (meer) te participeren.
Dit kader veronderstelt verder dat hoe hoger het overige huishoudinkomen is, hoe kleiner de kans is dat een persoon zich op de arbeidsmarkt begeeft. Bij mensen met een gezondheidsbeperking is dat overige huishoudinkomen niet alleen het inkomen van de partner maar ook de uitkering.

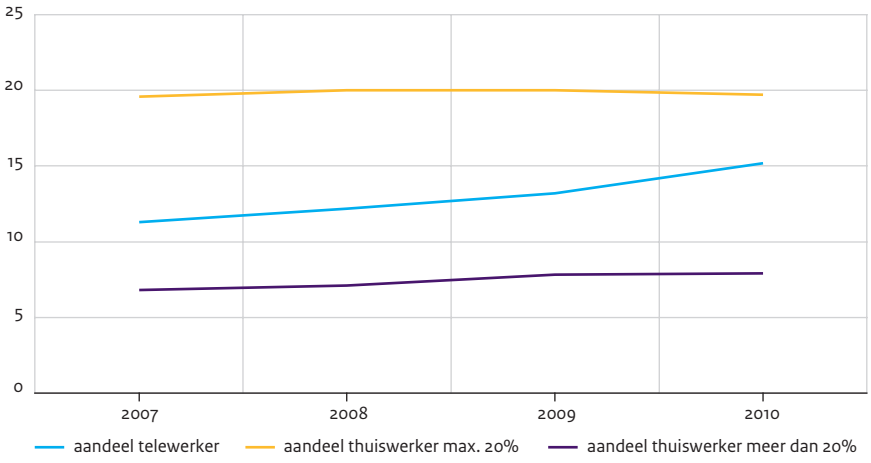
6.3 Kerncijfers

Voordat we in paragraaf 6.4 analyseren welke consequenties thuis- of telewerk heeft voor ziekteverzuim en de arbeidsduur van arbeidsgehandicapten, zetten we enkele kerncijfers uiteen. Hoe vaak komt thuis- en telewerk voor? Zijn eventuele verschillen in ziekteverzuim tussen mensen die wel en niet thuis- of telewerken op het eerste gezicht opvallend? En is er een verschil in arbeidsduur tussen arbeidsgehandicapten die thuis- of telewerken en zij die dit niet doen?
Met behulp van gegevens afkomstig uit de Nationale enquête arbeidsomstandigheden (NEA) (Koppes et al., 2011a) zijn deze vragen te beantwoorden. De NEA wordt jaarlijks uitgevoerd door TNO en het CBS met een landelijke representatieve respons van 23.000 werknemers. De NEA bevat twee vragen die zich specifiek richten op thuis- en telewerk. Over thuiswerk wordt gevraagd hoeveel van de normale arbeid gemiddeld thuis verricht wordt (uitgezonderd overwerk). Deze variabele is door ons omgezet naar drie zogenoemde dummy-variabelen: geen, maximaal 20% en meer dan 20% thuiswerk. Over telewerk wordt in NEA gevraagd of de respondent telewerker is – dat wil zeggen dat deze met behulp van een computer, thuis of elders, werk doet dat hij of zij ook bij de werkgever of de opdrachtgever uitvoert. Deze dichotome variabele is zonder aanpassingen opgenomen in de analyse als variabele voor telewerk.

15% van de Nederlanders geeft in 2010 aan telewerker te zijn (figuur 6.2). Het aandeel telewerk is sinds 2007 met vier procentpunten gestegen. De toename van thuiswerk was minder sterk dan die van telewerk. Het aandeel werknemers dat meer dan 20% van de normale arbeidstijd thuis werkt nam tussen 2007 en 2010 zeer licht toe (1%) en het aandeel dat maximaal 20% thuis werkt bleef vrijwel gelijk in die periode. In 2010 werkt 28% van de Nederlanders wel eens thuis; voor 20% is dat minder dan 20% van de normale arbeidstijd, voor 8% meer.

Figuur 6.2

Aandeel thuis- en telewerk in normale arbeidstijd, werknemers van 18 tot 65 jaar, 2007-2010 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA'07-'10) SCP-bewerking

Vergelijken we deze groepen op hun gemiddelde ziekteverzuim, dan valt op dat telewerkers een significant lager (1,1 procentpunt) gemiddeld ziekteverzuim hebben dan niet-telewerkers (zie tabel 6.1). Vergelijken we de groepen thuiswerkers met niet-thuiswerkers, dan zien we dat juist de groep die een relatief klein deel (voor voltijders één dag in de week) van de normale arbeidstijd thuis werkt, het laagste ziekteverzuim kent. Van mensen die meer dan 20% thuis werken is het ziekteverzuim niet lager dan dat van mensen die niet thuiswerken.[1]

Tabel 6.1

Ziekteverzuim, vergelijking telewerk met niet-telewerk en thuiswerk met niet-thuiswerk, werknemers van 18 tot 65 jaar, 2007-2010 (in procenten)

vergelijkingsgroep	gemiddeld verzuim (gecorrigeerd voor deeltijd)	N	t-toets
telewerker – nee	4,3	76.616	
telewerker – ja	3,2	11.519	9,91***
thuiswerker – nee	4,3	56.584	
thuiswerker – max. 20%	3,5	15.466	
thuiswerker – > 20%	4,1	5.774	29,09***

*** p <0,001

Bron: TNO/CBS (NEA'07-'10) SCP-bewerking

Focussen we op de groep arbeidsgehandicapten, dan zien we dat de verschillen tussen mensen die wel en niet telewerken nog iets groter zijn dan we hebben gevonden voor de totale populatie (zie tabel 6.2). Het ziekteverzuim van arbeidsgehandicapten die telewerken ligt ruim 2 procentpunt lager dan dat van arbeidsgehandicapten die niet telewerken. Ook arbeidsgehandicapten die een beperkt deel van de arbeidstijd thuis werken verzuimen minder wegens ziekte dan zij die niet thuiswerken. Bij meer dan 20% thuiswerk vervalt het ziekteverzuimreducerend effect; het gemiddelde ziekteverzuim van deze groep wijkt niet significant af van de niet-thuiswerkers.

Tabel 6.2

Ziekteverzuim arbeidsgehandicapten, vergelijking telewerk met niet-telewerk en thuiswerk met niet-thuiswerk, 2007-2010 (gemiddeld in procenten)

vergelijkingsgroep	gemiddeld verzuimpercentage (gecorrigeerd voor deeltijd)	N	t-toets
telewerker – nee	10,8	13.579	
telewerker – ja	8,7	1.730	4,1***
thuiswerker – nee	10,8	9.942	
thuiswerker – max. 20%	9,2	2.455	
thuiswerker – > 20%	10,8	993	5,8**

** p < ,01; *** p < ,001

Bron: TNO/CBS (NEA'07-'10) SCP-bewerking

Ook het aantal gewerkte uren door arbeidsgehandicapten hangt positief samen met thuis- en telewerk. Wanneer arbeidsgehandicapten telewerken, werken zij per week gemiddeld 2,6 uren meer dan wanneer zij dit niet doen (zie tabel 6.3). Arbeidsgehandicapten die een klein deel van hun normale arbeidstijd thuis werken, werken meer uren per week dan arbeidsgehandicapten die niet thuis werken. Bij meer dan 20% thuiswerk vervalt bij arbeidsgehandicapten – net als bij de totale populatie – het reducerende effect op ziekteverzuim.[2]

Tabel 6.3

Dienstverband arbeidsgehandicapten, vergelijking telewerk met niet-telewerk en thuiswerk met niet-thuiswerk, 2007-2010 (in uren per week)

vergelijkingsgroep	gemiddeld dienstverband	N	t-toets
telewerker – nee	30,1	13.940	
telewerker – ja	32,7	1.765	10,3***
thuiswerker – nee	30,6	10.188	
thuiswerker – max. 20%	32,9	2.539	
thuiswerker – > 20%	30,7	1.028	51,9***

*** p < 0,001

Bron: TNO/CBS (NEA'07-'10) SCP-bewerking

6.4 Invloed thuis- en telewerk op ziekteverzuim en arbeidsduur arbeidsgehandicapten

6.4.1 Ziekteverzuim

De statistieken uit paragraaf 6.3 doen veronderstellen dat thuis- en telewerk het ziekteverzuim reduceren en de arbeidsduur van arbeidsgehandicapten stimuleren. De vraag is of de gevonden relaties stand houden wanneer gecorrigeerd wordt voor verschillen in achtergrondkenmerken van werknemers. Analyses van Smulders et al. (2011), eveneens op basis van de NEA, laten zien dat thuis- en telewerk niet gelijk verdeeld is over de werknemers in Nederland. Het komt relatief veel voor bij hoogopgeleiden en mannen in leidinggevende posities die ver van hun werk wonen. Voor onze analyse van de invloed van thuis- en telewerk op ziekteverzuim en arbeidsduur van arbeidsgehandicapten waarbij we corrigeren voor achtergrondkenmerken, gebruiken we data uit het NEA-cohortonderzoek (Koppes et al. 2011b) dat loopt sinds 2007. De respondenten die aan de NEA 2007 hebben deelgenomen zijn – voor het cohortonderzoek – in 2008 en 2009 opnieuw bevraagd, uitgaande van dezelfde vragenlijst. In 2007 deden 22.759 werknemers mee, van wie een jaar later 10.393 en in 2009 7.909 opnieuw de vragenlijst invulden. Het voordeel van dit cohortonderzoek ten opzicht van de crosssectionele NEA waarbij alle relevante variabelen op een moment gemeten worden, is dat het ons in staalt stelt analyses te doen die rekening houden met veranderingen in de tijd op persoonsniveau. Zodoende kan een causaal verband aannemelijk gemaakt worden.

De individuele achtergrondkenmerken die wij relevant achten zijn: geslacht, leeftijd, opleiding, wel of geen thuiswonende kinderen en wel of geen partner met een betaalde baan. Op basis van eerdere trendrapportages (Jehoel-Gijsbers 2007, 2010) is te verwachten dat ziekteverzuim hoger is bij vrouwen, ouderen en lageropgeleiden. Door de belasting die zorg voor kinderen met zich meebrengt verwachten we tevens dat het ziekteverzuim hoger ligt bij mensen met thuiswonende kinderen. Wat verwacht kan worden van het hebben van een partner met een betaalde baan lijkt ambigu. Zonder partner met inkomsten is baanverlies bij een hoog ziekteverzuim financieel riskant en zijn zieke werknemers wellicht geneigd door te werken. Maar als partners beiden werken kan dat, zeker als er kinderen zijn, de afstemming tussen werk en zorg bemoeilijken, waardoor wellicht de kans op ziekte en ziekteverzuim stijgt. Eenzelfde redeneerlijn is te volgen voor respondenten zonder partner. Zo'n werknemer zal wellicht eerder doorwerken bij ziekte om het risico op baanverlies niet te laten stijgen. Maar als werk en zorg terechtkomen op één persoon kan de kans op ziekte en ziekteverzuim toenemen. Relevant geachte baankenmerken zijn: sector, omvang van de organisatie en de mate waarin iemand leiding geeft. Zo verwachten we een hoger ziekteverzuim bij de overheid en bij grotere organisaties, en een lager verzuim bij leidinggevenden.
De analyse naar de relatie tussen ziekteverzuim en thuis- en telewerk is opgebouwd uit verschillende stappen (voor resultaten zie tabel 6.4). Eerst schatten we een basismodel met een aantal individuele en baankenmerken (kolom 1). Vervolgens breiden we de analyse uit met intermediërende omstandigheden (kolom 2: ervaren autonomie,

afstemming arbeid en zorg en relatie met leidinggevende en collega's) en prestatie-indicatoren (kolom 3: baantevredenheid, prestaties en productiviteit en loopbaanperspectieven). De resultaten van de verschillende stappen geven inzicht in de (on) gevoeligheid van het effect van thuis- en telewerk op ziekteverzuim voor opname van andere verklarende factoren.
We kiezen ervoor Random Effects-modellen te schatten. Het voordeel is dat de individuele effecten over de jaren kunnen variëren en niet vaststaan, zoals bij Fixed Effects-modellen.[3] Om te corrigeren voor de waarschijnlijk aanwezige overlap tussen thuis- en telewerk, nemen we beide dummyvariabelen op in de analyses. Zodoende kan het zuivere effect van telewerk en van thuiswerk geschat worden.[4]

Telewerk blijkt ziekteverzuim te verminderen met een kleine half procentpunt (zie tabel 6.4). Het effect is – hoewel bij het meest uitgebreide model met een betrouwbaarheid van 90% – significant in alle drie de modellen. De uitbreidingen van het basismodel met intermediërende factoren en prestatie-indicatoren blijken het effect van telewerk slechts in geringe mate te beïnvloeden.

Tegenover de bevinding dat telewerk ziekteverzuim reduceert staat de constatering dat mensen die in mindere of meerdere mate thuiswerken – geen telewerk – geen ander ziekteverzuim kennen dan mensen die dat niet doen. Het lagere ziekteverzuim bij thuiswerkers dat we zagen in paragraaf 6.3 zou dus veroorzaakt kunnen zijn door telewerken thuis. Het significante verschil in ziekteverzuim tussen telewerkers en niet-telewerkers, zoals we dat zagen in paragraaf 6.3, blijkt ook gecorrigeerd voor verschillen in individuele en baankenmerken stand te houden.

Tabel 6.4

Invloed van thuis- en telewerk op ziekteverzuim, rekening houdend met individuele en baan-kenmerken, , werknemers van 18 tot 65 jaar, 2007-2009, ziekteverzuimpercentage als afhankelijke (random effects-schattingen)

variabele	basismodel coëfficiënt[a]	basismodel met inter-mediërende factoren coëfficiënt[a]	basismodel met intermediërende factoren en prestatie-indicatoren coëfficiënt[a]
thuis- en telewerk			
thuiswerker max. 20%	-0,10	-0,16	-0,24
thuiswerker > 20%	-0,09	-0,25	-0,33
telewerker	-0,44**	-0.51**	-0,41*
individuele achtergrondkenmerken			
leeftijd	0,07***	0,07***	0,06***
geslacht (ref. = man)	-1,64***	-1,62***	-1,67***
opleiding hoog (ref. = laag)	-1,35***	-1,24**	-1,52***
opleiding middelbaar (ref. = laag)	-0,45**	-0,40**	-0,46**
thuiswonende kinderen (ref. = geen)	0,07	-0,13	-0,03
partner betaalde baan (ref. = geen partner)	-0,47**	-0,39**	-0,33*
partner geen betaalde baan (ref. = geen partner)	-0,95***	-0,77***	-0,67**
kenmerken baan/werk			
ongeval	17,72***	17,59***	17,25***
vestigingsgrootte 5-49 medewerkers (ref. = < 5)	0,76**	0,42	0,45*
vestigingsgrootte 50-499 medewerkers (ref. = < 5)	1,27***	0,88**	0,95**
vestigingsgrootte 500+ medewerkers (ref. = < 5)	1,59***	1,24***	1,37***
leidinggevend 1-10 personen (ref. = niet leidinggevend)	-0,53**	-0,56***	-0,35**
leidinggevend > 10 personen (ref. = niet-leidinggevend)	-1.06***	-0,93***	-0,76***
intermediërende factoren			
autonomie[b]		-0,76***	-0,29***
mist familie vanwege werk[c]		0,12	-0,05
mist werk vanwege familie[c]		1,03***	0,84***
sociale steun leidinggevende[d]		-0,82***	-0,46***
sociale steun collega's[d]		-0,10	0,16

Tabel 6.4 (vervolg)

variabele	basismodel coëfficiënt[a]	basismodel met intermediërende factoren coëfficiënt[a]	basismodel met intermediërende factoren en prestatie-indicatoren coëfficiënt[a]
prestatie/tevredenheidsindicatoren			
tevreden over werk[e]			-1,05***
perceptie prestatief			-1,53***
uitbreiding functie in afgelopen 2 jaar (ref. = geen)			0,66***
promotie gemaakt in afgelopen 2 jaar (ref. = geen)			0,17
LR Chi^2	1823,54	1909.52	2241,06
prob > Chi^2	0,00	0,00	0,00

a *** p < 0,01; ** p < 0,05; * p < 0,10.
b Scores op een schaal van 1 = nee tot 3 = ja, regelmatig.
c Scores op een schaal van 1 = nooit tot 4 = zeer veel.
d Scores op een schaal van 1 = weinig tot 4 = zeer veel.
e Scores op een schaal van 1 = zeer ontevreden tot 5 = zeer tevreden.
f Scores op een schaal van 1 = minimaal tot 5 = optimaal.

Bron: TNO/CBS (NEA-cohort'07-'09) SCP-bewerking

Kader 6.1 Effect van telewerken thuis op ziekteverzuim

We hebben een aanvullende schatting van het basismodel verricht om het effect van telewerken thuis te kunnen zien. Daar het effect van thuiswerk niet significant blijkt, kunnen de coëfficiëntwaarden voor telewerk en thuiswerk (uit tabel 6.4) niet zonder meer opgeteld worden om het effect van telewerken thuis te bepalen. Voor de aanvullende analyse zijn vijf nieuwe dummyvariabelen geconstrueerd: telewerker maar geen thuiswerker, telewerker en thuiswerkend voor maximaal 20% van de werktijd, telewerker en thuiswerkend voor meer dan 20% van de werktijd, thuis- maar geen telewerker voor maximaal 20% van de werktijd, thuis- maar geen telewerker voor meer dan 20% van de werktijd. De referentiecategorie is geen thuis- of telewerker. De schattingsresultaten laten zien dat het ziekteverzuimreducerende effect alleen geldt voor werknemers die maximaal 20% van hun werktijd thuis- en telewerken. Voor de overige groepen is het gevonden effect weliswaar negatief (dus ziekteverzuimreducerend), maar niet significant. De combinatie van telewerk en thuiswerk voor maximaal 20% van de werktijd verlaagt het ziekteverzuim met 0,59 procentpunt.

Andere factoren die ziekteverzuim verminderen, zijn een hoge opleiding en een leidinggevende positie. Een mogelijke verklaring is dat iemand met een hoge opleiding meer keuze heeft uit 'betere beroepen': beroepen met meer regelmogelijkheden en minder zwaar werk. Beide dragen bij aan een betere gezondheid. Ook ligt het gemiddelde ziekteverzuim van mannen onder dat van vrouwen (zie hoofdstuk 2). Een partner hebben, al dan niet met een betaalde baan, doet eveneens het ziekteverzuim dalen. De wederzijdse zorgplicht voor partners zorgt er kennelijk voor dat men minder snel ziek wordt of zich bij ziekte minder snel afmeldt.
Factoren die ziekteverzuim doen stijgen, zijn leeftijd en organisatiegrootte. Klaarblijkelijk aarzelen mensen die werken voor grotere organisaties minder om zich ziek te melden. Dat gezondheidsproblematiek – en daarmee samenhangend ziekteverzuim – vaker voorkomt bij oudere mensen, is in lijn met eerder onderzoek (zie hoofdstuk 2). Een andere factor die ziekteverzuim bevordert, die we voor de volledigheid noemen, is het meemaken van een arbeidsongeval. De aanwezigheid van kinderen in het huishouden blijkt het ziekteverzuimpercentage niet significant te beïnvloeden. Ook beroepen of functies blijken niet significant te zijn voor verschil in ziekteverzuim.[5]

We hebben ook de interactie-effecten geschat tussen telewerk enerzijds en autonomie, afstemming arbeid en zorg, en relatie met leidinggevende en collega's anderzijds. Geen van deze interactie-effecten bleek significant en de resultaten zijn niet opgenomen in tabel 6.4.

Tabel 6.5
Vergelijking telewerkers en niet-telewerkers op autonomie, sociale steun en afstemming werk en privé, werknemers van 18 tot 65 jaar, 2007-2009

variabele	gemiddelde score telewerkers	gemiddelde score niet-telewerkers	F-toets (sign.)
autonomie	2,74	2,53	865,64 (0,00)
sociale steun leidinggevende[a]	2,93	2,84	78,96 (0,00)
sociale steun collega's[a]	3,28	3,26	5,15 (0,23)
mist familie vanwege werk[b]	1,82	1,62	381,04 (0,00)
mist werk vanwege familie[b]	1,46	1,30	406,89 (0,00)

a Scores op een schaal van 1 = weinig tot 4 = zeer veel.
b Scores op een schaal van 1 = nooit tot 4 = zeer veel.

Bron: TNO/CBS (NEA-cohort'07-'09) SCP-bewerking

We zien in tabel 6.5 dat telewerkers meer autonomie ervaren bij het uitvoeren van hun functie dan niet-telewerkers. De afstemming tussen werk en familie verloopt evenwel minder goed dan die bij niet-telewerkers. Telewerkers hebben vaker het gevoel ofwel de familie tekort te doen door het werk ofwel het werk vanwege familieverantwoordelijkheden. De vervaging van strikte grenzen tussen werk en privé leidt kennelijk tot gevoelens van 'nooit klaar zijn met werken' en 'rolonduidelijkheid'. De relatie met de

leidinggevende lijkt niet te lijden onder telewerk. Telewerkers ontvangen relatief veel sociale steun van hun leidinggevende. De sociale steun van collega's is voor telewerkers en niet-telewerkers gelijk.
Tabel 6.4 toont dat meer autonomie in het werk en sociale steun van de leidinggevende significant bijdragen aan een lager ziekteverzuim. Sociale steun van collega's heeft daarentegen geen invloed. Personen die vaak het gevoel hebben hun werk te missen door familieverantwoordelijkheden hebben een hoger ziekteverzuim dan degenen die dat gevoel zelden of niet hebben. Op basis hiervan kunnen we echter niet aangeven of mensen vooral werk- of familiegeoriënteerd zijn. Dat mensen het gevoel hebben hun werk te missen hoeft niet te betekenen dat werk voor hen ook op de eerste plaats komt. Wellicht zijn zij sterk familiegeoriënteerd, wat leidt tot een hoger ziekteverzuim en het gevoel het werk te verwaarlozen. Factoren die verder een reducerend effect laten zien op ziekteverzuim zijn de gepercipieerde eigen prestaties, de tevredenheid met het werk en de mate waarin de werkzaamheden de afgelopen jaren uitgebreid zijn. Naarmate mensen meer tevreden zijn over hun werk, hun prestaties als beter beoordelen en meer verantwoordelijkheden krijgen, daalt het ziekteverzuim. We moeten hierbij wel aantekenen dat de richting van de causaliteit niet eenduidig aan te geven is.

6.4.2 Arbeidsduur arbeidsgehandicapten

Wanneer we ons richten op arbeidsgehandicapten (zie tabel 6.6), dan zien we dat telewerk ook voor deze groep mensen het ziekteverzuim vermindert (hoewel slechts voor het basismodel significant), nog meer dan voor de totale groep werkenden.

Kader 6.2 Effect van telewerken thuis op ziekteverzuim arbeidsgehandicapten
Wordt de analyse verricht met de samengestelde variabelen voor thuis- en telewerk (zie kader 6.1) dan blijkt het ziekteverzuimreducerende effect alleen te gelden voor arbeidsgehandicapte werknemers die telewerken en maximaal 20% thuiswerken. Gelijk de analyse voor de totale populatie werkenden is het gevonden effect voor de overige groepen weliswaar negatief, maar niet significant. Telewerken en voor maximaal 20% thuiswerken verlaagt het ziekteverzuim van arbeidsgehandicapte werkenden met 2,07 procentpunt.

De invloed van een niet-werkende partner is eveneens veel groter dan bij de totale groep. Mogelijke verklaring is dat een niet-werkende en derhalve meer beschikbare partner zorgt voor een passender zorgaanbod (dan bij afwezigheid), waardoor ziekteverzuim verminderd kan worden. Een alternatieve verklaring is dat een arbeidsgehandicapte met een niet-werkende partner eerder doorwerkt bij ziekte om de kans op baanverlies en teruggang in huishoudinkomen zo klein mogelijk te laten zijn.

Tabel 6.6

Invloed van thuis- en telewerk op ziekteverzuim arbeidsgehandicapten (18-65 jaar), rekening houdend met individuele en baankenmerken, 2007-2009, ziekteverzuimpercentage als afhankelijke (random effects schattingen)

variabele	basismodel[a] coëfficiënt[a]	basismodel met intermediërende factoren coëfficiënt[a]	basismodel met intermediërende factoren en prestatie-indicatoren coëfficiënt[a]
thuis- en telewerk			
thuiswerker max. 20%	-0,72	-0,92	-1,07
thuiswerker > 20%	-0,10	-0,76	-0,97
telewerker	-1,60*	-1,16	-0,90
individuele kenmerken			
leeftijd	0,10***	0,10***	0,09***
geslacht (ref. = man)	-2,03***	-2,02***	-2,39***
opleiding hoog (ref. = laag)	-2,46***	-2,29**	-3,06**
opleiding middelbaar (ref. = laag)	-0,73	-0,69	-0,96
thuiswonende kinderen (ref. = geen)	0,48	0,18	0,38
partner betaalde baan (ref. = geen partner)	-0,46*	-0,57	-0,21
partner geen betaalde baan (ref. = geen partner)	-2,26**	-1,90*	-1,50
kenmerken baan/werk			
ongeval	21,06***	20,92***	19,60***
vestigingsgrootte 5-49 medewerkers (ref. = < 5)	1,98	1,52	1,75
vestigingsgrootte 50-499 medewerkers (ref. = < 5)	2,88**	2,33	2,96*
vestigingsgrootte 500+ medewerkers (ref. = < 5)	3,30**	2,98*	3,82**
leidinggevend 1-10 personen (ref. = niet leidinggevend)	-1,35*	-1,59**	-1,15
leidinggevend > 10 personen (ref. = niet-leidinggevend)	-1,12	-0,51	0,11
intermediërende factoren			
autonomie[b]		-1,37**	-1,18
mist familie vanwege werk[c]		-0,76*	-1,10**
mist werk vanwege familie[c]		1,84***	1,35***
sociale steun leidinggevende[d]		-0,84**	-0,00
sociale steun collega's[d]		-0,04	0,55

Tabel 6.6 (vervolg)

variabele	basismodel[a] coëfficiënt[a]	basismodel met intermediërende factoren coëfficiënt[a]	basismodel met intermediërende factoren en prestatie-indicatoren coëfficiënt[a]
prestatie/tevredenheid			
tevreden over werk[e]			-1,85***
perceptie prestatie[f]			-4,23***
uitbreiding functie in afgelopen 2 jaar (ref. = geen)			-2,02**
promotie gemaakt in afgelopen 2 jaar (ref. = geen)			-0,59
LR Chi²	321,07	325,39	467,35
prob > Chi²	0,00	0,00	0,00

a *** p < 0,01; ** p < 0,05; * p < 0,10.
b Scores op een schaal van 1 = nee tot 3 = ja, regelmatig.
c Scores op een schaal van 1 = nooit tot 4 = zeer veel.
d Scores op een schaal van 1 = weinig tot 4 = zeer veel.
e Scores op een schaal van 1 = zeer ontevreden tot 5 = zeer tevreden.
f Scores op een schaal van 1 = minimaal tot 5 = optimaal.

Bron: TNO/CBS (NEA-cohort'07-'09) SCP-bewerking

Het verzuimreducerende effect van een hoge opleiding is bij de groep arbeidsgehandicapten eveneens groter, evenals het verzuimverhogend effect van een grotere organisatie. Zoals eerder aangegeven biedt een hoge opleiding meer mogelijkheden op een baan met meer 'afstemmingsmogelijkheden', wat in het bijzonder voor arbeidsgehandicapten passend kan zijn.

Naast reductie van ziekteverzuim zou thuis- en telewerk ook positief kunnen uitwerken op het aantal gewerkte uren door arbeidsgehandicapten. Immers, door thuis- en telewerk zijn de kosten voor uit werken gaan te reduceren. Ook biedt thuis- en telewerk meer flexibiliteit om werk te combineren met hulp en verzorging, wat mogelijk leidt tot een verhoging van het aantal gewerkte uren bij deze groep. Tabel 6.7 toont de schattingsresultaten van twee modellen waarin voor arbeidsgehandicapten de omvang van het dienstverband is geschat als afhankelijke van thuis- en telewerk en een aantal individuele en baankenmerken. Naast het basismodel is ook een model geschat waarbij rekening is gehouden met het beroep van de arbeidsgehandicapte.[6]

Tabel 6.7

Invloed van thuis- en telewerk op omvang dienstverband van arbeidsgehandicapten van 18 tot 65 jaar, 2007-2009 (random effects-schattingen)

variabele	basismodel coëfficiënt[a]	basismodel met beroep coëfficiënt[a]
thuis- en telewerk		
max. 1 dag/week thuis	0,92***	1,14**
> 1 dag/week thuis	-0,06	0,03
telewerker	0,38	0,29
individuele kenmerken		
leeftijd	-0,06***	-0,06***
geslacht (ref. = man)	9,84***	8,52***
opleiding hoog (ref. = laag)	0,83***	1,41***
opleiding middelbaar (ref. = laag)	0,09	0,60**
thuiswonende kinderen (ref. = geen)	-2,00***	-1,85***
partner betaalde baan (ref. = geen partner)	-0,26	-0,16
partner geen bet. Baan (ref. = geen partner)	0,73	0,75**
kenmerken baan/werk		
vestigingsgrootte 5-49 medewerkers (ref. = < 5)	1,46***	1,26**
vestigingsgrootte 50-499 medewerkers (ref. = < 5)	1,98***	1,73*
vestigingsgrootte 500+ medewerkers (ref. = < 5)	2,38***	2,32***
leidinggevend 1-10 personen (ref. = niet leidinggevend)	2,19***	
leidinggevend > 10 personen (ref. = niet leidinggevend)	3,34***	
gezondheidsperceptie[b]	-0,31**	-0,31***
beroepen (ref. = agrarisch beroep) ambacht en industrie		1,73*
transport		2,50**
administratie		-0,10
commercie		-1,64*
dienstverlening		-1,83*
gezondheidszorg en hulpverlening		-3,33***
onderwijs		-0,78
vakspecialisten		0,85
leidinggevende beroepen		3,37***
overige beroepen		-0,42
LR Chi^2	1860,92	1954,63
prob > Chi^2	0,00	0,00

a *** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,10.

b Scores op een schaal van 1 = zeer slecht tot 5 = zeer goed.

Bron: TNO/CBS (NEA-cohort'07-'09) SCP-bewerking

De mogelijkheid om een klein gedeelte van de normale arbeidstijd thuis te vervullen heeft een significant positief effect op de omvang van het dienstverband bij arbeidsgehandicapten, hoewel de effectgrootte beperkt is. Bij meer dan 20% procent thuiswerk vervalt het positieve effect. Voor telewerk is het effect ook positief, maar niet significant (zie tabel 6.7). Factoren die daarnaast positief bijdragen aan het aantal arbeidsuren van arbeidsgehandicapten zijn, naast man-zijn: een hogere opleiding, een partner hebben zonder betaalde baan, een leidinggevende functie en een grote organisatie als werkgever. Ook banen in van oudsher typische 'mannensectoren', zoals ambachtelijke en industriële beroepen en transportberoepen, betekenen een relatief grote omvang van het dienstverband. Factoren die daarentegen bijdragen aan een lager aantal arbeidsuren voor arbeidsgehandicapten zijn de aanwezigheid van thuiswonende kinderen, een hogere leeftijd, en een baan in de gezondheidszorg, hulpverlening of dienstverlening.

Kader 6.3 Effect van telewerken thuis op arbeidsduur arbeidsgehandicapten

Wordt de analyse verricht met de samengestelde variabelen voor thuis- en telewerk (zie kader 6.1) dan blijkt het arbeidsduurbevorderende effect te gelden voor arbeidsgehandicapten die maximaal 20% thuiswerken, al dan niet met ICT-ondersteuning.

6.5 Conclusies

Thuis- en telewerk is het afgelopen decennium steeds populairder geworden. Intensivering van thuis- en telewerk wordt als oplossing van verschillende maatschappelijke problemen gezien. Niet alleen door werkgevers en werknemers, maar ook door de overheid. Om mensen in staat te stellen een goede balans te vinden tussen betaald werk, zorgtaken, vrijwilligerswerk, scholing en vrije tijd wil de regering belemmeringen voor thuis- en telewerk tegengaan. Zo wordt verwacht dat thuis- en telewerk de afstemming van arbeid en zorg verbetert, omdat arbeidstijden gemakkelijker rond zorgverplichtingen te plannen zijn en er beter in te spelen is op crises in de gezinssfeer. Ook kan door thuis- en telewerk de arbeidsproductiviteit stijgen en het ziekteverzuim afnemen, omdat de werknemer meer autonomie en minder (reis- en kantoor)stress heeft. Bovendien kunnen mensen met een beperking makkelijker aan het werk door de lagere kosten van mobiliteit en accommodatie en de mogelijkheid werk te combineren met verzorging, therapie of artsbezoek.

Onze analyses wijzen uit dat telewerk (inclusief de combinatie met thuiswerken) inderdaad het ziekteverzuim vermindert (met 0,4 tot 0,5 procentpunt), zowel bij de gemiddelde werknemer als bij arbeidsgehandicapten. Voor thuiswerk (exclusief telewerk) kan dit niet aangetoond worden. Wanneer arbeidsgehandicapten maximaal 20% van de arbeidstijd thuis- en telewerken daalt het ziekteverzuim met meer dan 2 procentpunt. Daarnaast blijkt dat in beperkte mate thuiswerken (maximaal 20%) positief samenhangt met het aantal arbeidsuren van mensen met een arbeidshandicap. De omvang van het effect is evenwel beperkt. Of thuiswerk niet-werkende mensen ook stimuleert om wel te gaan werken, kunnen we met de beschikbare werknemersdata niet aangeven.

De kansen die thuis- en telewerk biedt om het ziekteverzuim te reduceren en de arbeidsparticipatie van arbeidsgehandicapten te verhogen, hebben echter ook een keerzijde. Telewerkers hebben verhoudingsgewijs vaak last van afstemmingsproblemen; zij hebben vaker het gevoel ofwel de familie ofwel het werk tekort te doen. Wanneer deze gevoelsconflicten bij telewerkers weggenomen kunnen worden, biedt dat mogelijk ruimte voor verdere ziekteverzuimverlaging. Immers, telewerkers hebben een lager ziekteverzuim dan niet-telewerkers *ondanks* de gevoelsconflicten die ziekteverzuim bevorderen. Hier ligt dan ook een aangrijpingspunt voor werkgevers en overheid. De vrees dat door thuis- en telewerk de relatie met de leidinggevende zou verslechteren blijkt ongegrond. Telewerkers ondervinden namelijk relatief veel sociale steun van hun leidinggevende. Klaarblijkelijk zijn de voordelen van thuis- en telewerk voor werkgevers zodanig dat zij dergelijke steun kunnen geven.

Noten

1 Het verschil in ziekteverzuim tussen niet-thuiswerkers en mensen die meer dan 20% thuis werken is niet significant.
2 Het verschil in dienstverband tussen niet-thuiswerkers en mensen die meer dan 20% thuis werken is niet significant, terwijl dat tussen de andere groepen wel het geval is.
3 Hoge rho-waarden van de FE-schattingen wijzen ook in de richting van RE-modellering.
4 De kruistabellen van de twee dummies laten zien dat voor elk van de combinaties thuis- en telewerk voldoende waarnemingen aanwezig zijn om de separate effecten te kunnen schatten.
5 We hebben analyses gedaan met negen verschillende functies. Los van de leidinggevende beroepen, bleek geen van de functies invloed te hebben op ziekteverzuim. Om de modellen niet overbodig groot te laten zijn, hebben we deze variabele uiteindelijk weggelaten. In plaats van de variabele functie/sector hebben we de variabele leidinggeven opgenomen.
6 Terwijl in tegenstelling tot de verwachting de uitgeoefende functie nauwelijks invloed bleek te hebben op ziekteverzuim, heeft deze wel significante invloed op de omvang van het dienstverband van arbeidsgehandicapten. De coëfficiënten worden daarom ook getoond in de tabel.

Literatuur

Bailey, D.E. en N.B. Kurland (2002). A review of telework research: findings, new directions and lessons for the study of modern work. In: *Journal of Organizational Behavior,* jg. 23, nr. 4, p. 383-400.

Baltes, B.B., T.E. Briggs, J.W. Huff, J.A. Wright en G.A. Neuman (1999). Flexible and compressed workweek schedules: a meta-analysis of their effects on work-related criteria. In: *Journal of Applied Psychology,* jg. 84, nr. 4, p. 496-513.

Baruch, Y. (2001). The status of research on teleworking and an agenda for future research. In: *International Journal of Management Reviews*, jg. 3, nr. 2, p. 113-129.

Duxbury, L.E., C.A. Higgins en D. Neufeld (1998). Telework and the balance between work and family: is telework part of the problem or part of the solution? In: M. Igbaria en M. Tan (red.), *The Virtual Workplace* (p. 218-255). Hershey: Idea Group Publishing.

Echtelt, P. van (2010). *Een baanloos bestaan. De betekenis van werk voor werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Edwards, L.N. en E. Field-Hendrey (2002). Home-Based Work and Women's Labor Force Decisions. In: *Journal of Labor Economics*, jg. 20, nr. 1, p. 170-200.

Gajendran, R. en D. Harrison (2007). The good, the bad and the unknown about telecommuting: Meta-analysis of psychological mediators and individual consequences. In: *Journal of Applied Psychology*, jg. 92, nr. 6, p. 1524-1541.

Golden, T.D. (2006). Avoiding depletion in virtual work: Telework and the intervening impact of work exhaustion on commitment and turnover intentions. In: *Journal of Vocational Behavior*, jg. 69, p. 176-187.

Hooftman, W., J. Klein Hesselink, J. van Genabeek, N. Wiezer en D. Willems (2011). *Arbobalans 2010*. Delft: TNO.

Igbaria, M. en T. Guimaraes (1999). Exploring differences in employee turnover intentions and its determinants among telecommuters. In: *Journal of Management Information Systems*, jg. 6, nr. 1, p. 147-164.

Jehoel-Gijsbers, G. (2007). Beter aan het werk. *Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Jehoel-Gijsbers, G. (2010). Beperkt aan het werk. *Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Konradt, U., G. Hertel en R. Schmook (2003). Quality of management by objectives, task-related stressors, and non-task-related stressors as predictors of stress and job satisfaction among teleworkers. In: *European Journal of Work and Oganizational Psychology*, jg. 12, nr. 1, p. 61-79.

Koppes, L.L.J., E.M.M. de Vroome, M.E.M. de Mol, B.J.M. Janssen en S.N.J. van den Bossche (2011a). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2010: methodologie en globale resultaten*. Hoofddorp: TNO.

Koppes, L.L.J., E.M.M. de Vroome en S.N.J. van den Bossche (2011b). *NEA cohortonderzoek 2007–2009; methoden en eerste resultaten*. Hoofddorp: TNO.

Mann, S. en L. Holdsworth (2003). The Psychological Impact of Teleworking; Stress, Emotions and Health. In: New Technology, Work and Employment, jg. 19, p. 196-211.

McClosky, D.W. en M. Igbaria (2003). Does 'out of sight' mean 'out of mind'? An empirical investigation of the career advancement prospects of telecommuters. In: *Information Resources Management Journal*, jg. 16, nr. 2, p. 19-35.

Montreuil, S. en K. Lippel (2003). Telework and occupational health: a Quebec empirical study and regulatory implications. In: *Safety Science*, jg. 41, nr. 4, p. 339-358.

Raghuram, S. en B. Wiesenfeld (2004). Work-nonwork conflict and job stress among virtual workers. In: *Human Resource Management*, jg. 43, p. 259-277.

Regeerakkoord VVD-CDA (2010). *Vrijheid en verantwoordelijkheid*. Den Haag.

Smulders, P., K. Kraan en F. Pot (2011). Telewerkers vormen een elite. In: *Economisch Statistische Berichten*, jg. 96, nr. 4616, p. 493-495.

Spector, P.E. (1986). Perceived control by employees: a meta analysis of studies concerning autonomy and participation at work. In: *Human Relations*, jg. 39, nr. 11, p. 1005-1016.

Standen, P., K. Daniels en D. Lamond (1999). The home as a workplace: work-family interaction and psychological well-being in telework. In: *Journal of Ooccupational Health Psychology*, jg. 4, nr. 4, p. 368-381.

Tennant, J. (2006). *Labor force participation and disability: did home-based work facilitate labor force participation in the dawn of the Americans with Disabilities Act?* (proefschrift). New York: Universiteit van New York.

7 Inclusieve arbeidsorganisaties

Ellen van Wijk, Peter Brouwer en Aukje Smit (TNO)

7.1 Beleidscontext en onderzoeksvragen

De Nederlandse overheid wil meer mensen met een arbeidsbeperking laten instromen op de arbeidsmarkt en het potentieel van hen die al wel een baan hebben beter benutten. Daarvoor zijn inclusieve arbeidsorganisaties nodig; organisaties die mensen met een arbeidsbeperking duurzaam in hun bedrijf laten werken naar vermogen en de daarvoor benodigde aanpassingen realiseren. In deze studie hanteren we een brede definitie en noemen we alle organisaties die mensen uit kwetsbare groepen in dienst (gehad) hebben inclusief. Zelfs bij deze ruime definitie is het aantal inclusieve organisaties beperkt. Cijfers uit de Werkgevers enquête arbeid (WEA) laten zien dat in de periode 2008-2010 slecht 16% van de Nederlandse bedrijven bewust mensen uit kwetsbare groepen in dienst nam (Oeij et al. 2011). Dit percentage is tussen 2008 en 2010 bovendien afgenomen, wat zeer waarschijnlijk te verklaren is door de economische crisis. In 2008 is aan de respondenten van de WEA verder gevraagd welke kwetsbare groepen zij hadden aangenomen. Het gaat dan voornamelijk om arbeidsgehandicapten (bij ruim 8% van de werkgevers) en langdurig werklozen (ook bij circa 8% van de werkgevers). In dit hoofdstuk maken we verder geen onderscheid naar verschillende doelgroepen en spreken we steeds over 'kwetsbare groepen'.
Om te kunnen stimuleren dat er meer inclusieve organisaties komen, moeten we weten aan welke kenmerken deze organisaties voldoen en welke ondersteuning werkgevers eventueel nodig hebben om hieraan te voldoen. Vraagt het in dienst nemen van mensen uit kwetsbare groepen bijvoorbeeld om een heel andere organisatiestructuur of een ander personeelsbeleid? Stimuleren financiële regelingen het in dienst nemen deze mensen? De resultaten uit de WEA geven een eerste indicatie van factoren die een rol spelen. Grotere bedrijven nemen vaker bewust mensen uit kwetsbare groepen in dienst. Ook zijn er flinke verschillen tussen sectoren. De sector met het hoogste percentage werkgevers dat bewust kwetsbare groepen in dienst heeft genomen is de overheid: 31%. Het laagste percentage, 6%, vinden we bij de financiële instellingen (zie tabel B7.2 in de bijlage, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport).
Onderzoeken naar kenmerken van inclusieve arbeidsorganisaties zijn meestal kwalitatief van aard en gebaseerd op de ervaringen van een beperkt aantal individuen, doelgroepen of werkgevers (zie ook Van Horssen et al. 2010). Bovendien ontbreekt een vergelijking met organisaties die geen kwetsbare groepen in dienst hebben. Het is dus nog onduidelijk of en zo ja, op welke kenmerken inclusieve arbeidsorganisaties verschillen van reguliere arbeidsorganisaties. Het doel van onze exploratieve studie is hierin meer inzicht te krijgen. Daarnaast willen we onderzoeken hoe inclusieve organisaties mensen uit kwetsbare groepen in dienst nemen en welke inspanningen zij moeten

verrichten om dit tot een succes te maken. De volgende onderzoeksvragen staan in dit hoofdstuk centraal:

Waarin verschillen inclusieve organisaties van organisaties die geen mensen uit kwetsbare groepen in dienst hebben?
Wat doen inclusieve organisaties om de inzet van mensen uit kwetsbare groepen in hun organisatie mogelijk te maken?

We beschrijven eerst wat er in de literatuur bekend is over de kenmerken van inclusieve organisaties. Vervolgens onderzoeken we waarin organisaties die mensen uit kwetsbare groepen inzetten verschillen van organisaties die daar geen ervaring mee hebben. We maken hiervoor gebruik van een onderzoek onder werkgevers in Noord-Brabant, in combinatie met gegevens uit de WEA. Tot slot presenteren we conclusies en handvatten voor beleidsmakers.

7.2 Kenmerken van inclusieve organisaties

In studies over de werkgeversbenadering is onderzocht welke factoren organisaties motiveren om mensen uit kwetsbare groepen in te zetten. Daarop aanvullend geven studies over inclusieve organisaties een eerste indicatie over wat er nodig is om mensen uit kwetsbare groepen in dienst te kunnen houden. Van Horssen et al. (2010) onderscheiden vier opeenvolgende fasen in het proces van inzetten van kwetsbare groepen. Fase 1 is het motiveren van de werkgever, fase 2 is het creëren van randvoorwaarden, fase 3 de *matching* bij de werving en selectie en fase 4 is de duurzame arbeidsrelatie. Bij fase 2, het creëren van randvoorwaarden, gaat het om concrete acties zoals aanpassing van personeelsbeleid en functies en het scheppen van draagvlak. Omdat het creëren van randvoorwaarden zich feitelijk in iedere fase voordoet, hebben we fase 2 geïntegreerd in de andere drie fasen.

Figuur 7.1
Drie fasen in het proces van het inzetten van kwetsbare groepen, 2012



Bron: TNO

Per fase bespreken we de knelpunten en succesfactoren. We vergelijken organisaties in organisatiecultuur, HR-beleid, kennis over kwetsbare groepen, organisatiekenmerken en context.

7.2.1 Fase 1: motiveren van werkgevers

Organisatiecultuur

Een belangrijke factor in het al dan niet in dienst nemen van kwetsbare groepen is de attitude van de werkgever (Hernandez 2000; De Vos en Andriessen 2010). Het beeld dat werkgevers hebben van personen uit kwetsbare groepen is bepalend; uiteindelijk zullen werkgevers alleen mensen in dienst nemen van wie ze denken dat ze meerwaarde hebben voor de organisatie. Volgens de theorie van statistische discriminatie is het voor werkgevers moeilijk een inschatting te maken van de productiviteit of opbrengst van een persoon op basis van de beschikbare informatie (CV enz.). Ze maken daarom een inschatting van de productiviteit en risico's van de groep waartoe de persoon wordt gerekend. Veel werkgevers hebben vooroordelen over de inzetbaarheid van mensen uit kwetsbare groepen. Individuele personen hebben volgens deze theorie dus minder kans op een aanstelling omdat werkgevers een negatief beeld hebben van de groep als totaal. Overigens noemen werkgevers ook vaak het mogelijke negatieve oordeel van klanten als reden om geen mensen uit kwetsbare groepen in dienst te nemen (De Vos en Andriessen 2010). Onderzoek laat zien dat werkgevers vooral uit sociale overwegingen mensen uit kwetsbare groepen aannemen. Vaak kennen zij iemand in hun omgeving uit een kwetsbare groep. Ook maatschappelijk verantwoord ondernemen kan een motief zijn. Economische motieven, in de zin dat subsidies de werknemers goedkoper maken, spelen een minder belangrijke rol (Siegert en Cuelenaere 2009).
Diversiteitsbeleid is gericht op een cultuur waarin alle medewerkers gelijkwaardig zijn maar er ruimte is voor verschillen. Werkgevers die een diversiteitsbeleid voeren blijken eerder geneigd mensen uit kwetsbare groepen in dienst te nemen (Chan et al. 2010; Findler et al. 2007; Habeck et al. 2010; Samant et al. 2009).

Kennis

Voor een aantal groepen uitkeringsgerechtigden bestaan er regelingen als loonkostensubsidie, loondispensatie, werken met behoud van uitkering of no-riskpolissen vanuit het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) of gemeenten. Eventuele lagere productiviteit, een hoger risico op ziekte of extra kosten voor bijvoorbeeld begeleiding van werknemers uit kwetsbare groepen zijn daarmee te compenseren. Veel werkgevers blijken slecht op de hoogte te zijn van deze subsidieregelingen (Unger en Kregel 2003; De Vries et al. 2007). Als zij dat wel zijn, zo is de verwachting, zullen zij eerder overwegen mensen uit kwetsbare groepen in dienst te nemen (Siegert en Cuelenaere 2009).

Organisatiekenmerken

Voor sommige typen organisaties ligt het meer voor de hand personeel aan te trekken uit kwetsbare groepen dan voor andere. Dit hangt onder meer samen met het soort werk. Hoewel er uitzonderingen zijn, passen personen uit kwetsbare groepen vaak het beste bij laaggeschoolde functies.
Ook de economische situatie van een bedrijf is van invloed (Siegert en Cuelenaere 2009). Bedrijven die er financieel slecht voor staan, zijn wellicht minder geneigd om uit sociale

overwegingen mensen in dienst te nemen. Tegelijkertijd kunnen financiële overwegingen (goedkope arbeidskrachten) in die situatie een motief zijn om dit juist wel te doen. Eerder onderzoek laat overigens zien dat inclusieve organisaties relatief vaak behoren tot de publieke sector (De Vos en Andriessen 2010). Een verklaring kan zijn dat de publieke sector een voorbeeldfunctie heeft, maar ook het feit dat er geen winstoogmerk is.

Context

Of organisaties overwegen om voor laaggeschoolde functies mensen uit kwetsbare groepen aan te trekken, zal mede afhangen van het aanbod op de arbeidsmarkt. Volgens het *queueing model* van Thurow (1975) rangschikken werkgevers het potentiële arbeidsaanbod naar hun verwachte productiviteit (toegevoegde waarde) voor het bedrijf en kiezen zij voor de beste kandidaat. De inschatting van de productiviteit maken ze op basis van kenmerken als opleidingsniveau, leeftijd en werkervaring, maar ook gezondheid en uitkeringsafhankelijkheid. Mensen uit kwetsbare groepen staan door hun veronderstelde geringere productiviteit vaak achterin de rij en werkgevers beginnen vooraan de rij. De theorie voorspelt dus dat hoe kleiner het aanbod van andere potentiële werknemers voor eenvoudige werkzaamheden, hoe groter de kans is dat een werkgever mensen uit kwetsbare groepen kiest.
Onderzoek van Siegert en Cuelenaere (2009) laat zien dat organisaties die relatief veel contact hebben met een intermediair als het UWV ook vaker mensen uit kwetsbare groepen in dienst hebben. Intermediaire organisaties zijn belangrijk voor de informatievoorziening over financiële regelingen en de mogelijkheden van kwetsbare groepen en voor het wegnemen van vooroordelen (Bosch et al. 2009; Smit 2009; Van Horssen et al. 2010).

7.2.2 Fase 2: werving en selectie

Een goede match tussen de wensen en mogelijkheden van de kandidaat en die van de organisatie is essentieel voor het duurzaam inzetten van mensen uit kwetsbare groepen. Dat begint bij de werving en selectie.

HR-beleid

Voor mensen uit kwetsbare groepen is vaak een specifiek werving- en selectiebeleid nodig. Vaak worden (onbewust) functieprofielen gehanteerd die gebaseerd zijn op de ideale werknemer, een beeld waar mensen uit kwetsbare groepen niet altijd aan voldoen (Van Horssen et al., 2010).
Daarnaast is het voor werknemers uit kwetsbare groepen soms noodzakelijk het werk of de werkplek aan te passen (Wissink et al. 2009; Smit et al. 2010; De Vos en Andriessen 2010). Het kan bijvoorbeeld zijn dat de werkplek moet worden aangepast in verband met een handicap, extra begeleiding moet worden georganiseerd, of dat de productie-eisen moeten worden bijgesteld. Zoals gezegd verrichten mensen uit kwetsbare groepen veelal laaggeschoold werk. Wanneer er niet direct geschikt werk voorhanden is, kan dit gecreëerd worden door eenvoudige taken bij andere functies weg te halen en te bundelen in een nieuwe functie. De werkgever moet dus bereid en in staat zijn deze aanpassingen te

doen. Deze bereidheid hangt samen met de ingeschatte productiviteit die in fase 1 al aan de orde kwam.

Kennis

Aanpassingen in het werk en de werkplek en eventuele extra begeleiding vergen kennis die organisaties soms niet in huis hebben. Gebrek aan kennis kan leiden tot een verkeerde inschatting van de productiviteit van de kandidaat, met een mismatch tot gevolg. Voor werkgevers is het belangrijk te weten waar ze hulp kunnen krijgen.

Context

Weinig organisaties zoeken zelf actief naar mensen uit kwetsbare groepen. Het initiatief ligt vaak bij intermediaire organisaties, zoals gemeente, UWV of re-integratiebedrijf (De Vos en Andriessen 2009; Wissink et al. 2009). Belangrijk is dat zij de juiste kandidaat kunnen bieden die aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de werkgever. Verder kunnen zij voorlichting geven, begeleiding bieden of helpen bij het creëren van passende functies. Belangrijk is dat de intermediairs voldoende op de hoogte zijn van het werk en de werkprocessen in de organisatie (Van Horssen 2010).

7.2.3 Fase 3: duurzame arbeidsrelatie

Voor mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt is het niet alleen moeilijk een baan te krijgen, maar vooral ook om deze te behouden. In fase 3 staat de vraag centraal welke factoren van belang zijn voor een duurzame arbeidsrelatie.

Organisatiecultuur

Draagvlak op de werkvloer is een belangrijke voorwaarde voor een duurzame arbeidsrelatie. Leidinggevenden en collega's kunnen vooroordelen hebben of zich ongemakkelijk voelen in de nabijheid van mensen uit kwetsbare groepen (Hernandez et al. 2008; Schur et al. 2005). Sommige beperkingen maken bijvoorbeeld communicatie lastig, waardoor leidinggevenden en collega's contact gaan mijden. Vooroordelen kunnen ook een negatieve invloed hebben op de prestaties van mensen uit kwetsbare groepen. Om dat te voorkomen moet het management open communiceren met het personeel over hun visie en motieven om mensen uit kwetsbare groepen in dienst te nemen (Lammerts en Stavenuiter 2010; Van Horssen et al. 2010; Duinkerken et al. 2009; Smit 2009).
Veel studies benadrukken het belang van een inclusieve organisatiecultuur voor de duurzame inzet van mensen uit kwetsbare groepen (Stone en Colella 1996; Mor-Barak 1999; Findler et al. 2007; Samant et al. 2009; Irvine en Lupart 2008). In een inclusieve organisatiecultuur worden alle medewerkers betrokken bij formele en informele organisatieprocessen. Er is ruimte voor individuele verschillen en veel aandacht voor een open communicatie met collega's en leidinggevenden. De leidinggevende heeft de belangrijke taak om vooroordelen weg te nemen en een werkomgeving te creëren waarin iedereen zich gerespecteerd voelt (De Vries et al. 2007). Een coachende of situationele stijl van leidinggeven die aansluit bij de verschillende behoeften van de werknemers lijkt hier goed bij te passen (Cubero 2007).

HR-beleid

Mensen uit kwetsbare groepen hebben vaak extra begeleiding nodig en de kwaliteit van de geboden begeleiding is een belangrijke succesfactor (Lammerts en Dekker 2011; Smit et al. 2010). De begeleiding kan, afhankelijk van de beperkingen en mogelijkheden van de persoon, bestaan uit extra training, coaching totdat de medewerker over de juiste vaardigheden beschikt, af en toe steun bij taken of structurele begeleiding (Lammerts en Stavenuiter 2010; De Vos en Andriessen 2010). De begeleiding kan worden geboden door een jobcoach of door een collega of leidinggevende. Cruciaal is dat begeleiders zorgvuldig geselecteerd en zo nodig extra geschoold worden (Smit 2009). Daarnaast is het van belang dat mensen uit kwetsbare groepen de mogelijkheid krijgen zich verder te ontwikkelen, zodat de arbeidsrelatie duurzaam wordt of mensen kunnen doorgroeien naar een hogere functie. Onderzoek laat zien dat eenmaal aangenomen mensen weinig ontwikkelmogelijkheden krijgen (Van Horssen et al. 2010).

Kennis

Zoals vermeld is het van belang dat werkgevers op de hoogte zijn van subsidies en regelingen. Ook als werkgevers mensen uit kwetsbare groepen in dienst hebben genomen, blijft de informatievoorziening een belangrijk aandachtspunt. Een veelheid aan regelingen maakt het voor werkgevers vaak moeilijk door de bomen het bos te blijven zien (RWI 2011).

Organisatiekenmerken

Inclusieve organisaties kennen vaak een platte organisatiestructuur met korte communicatielijnen (Wissink et al. 2009; Lammerts en Dekker 2011). Een mogelijke verklaring is dat dit type organisaties flexibeler is en daardoor meer mogelijkheden biedt om het werk aan te passen aan de behoefte van de individuele werknemer. Mensen uit kwetsbare groepen lijken opvallend genoeg ook meer gebaat te zijn bij een veeleisende cultuur dan bij een zorgzame cultuur, wat mogelijk te verklaren is doordat in organisaties met een veeleisende cultuur de werknemer minder 'gepamperd' wordt en er meer duidelijkheid is over wat er van de werknemer verwacht wordt (Bosch et al. 2009).

Context

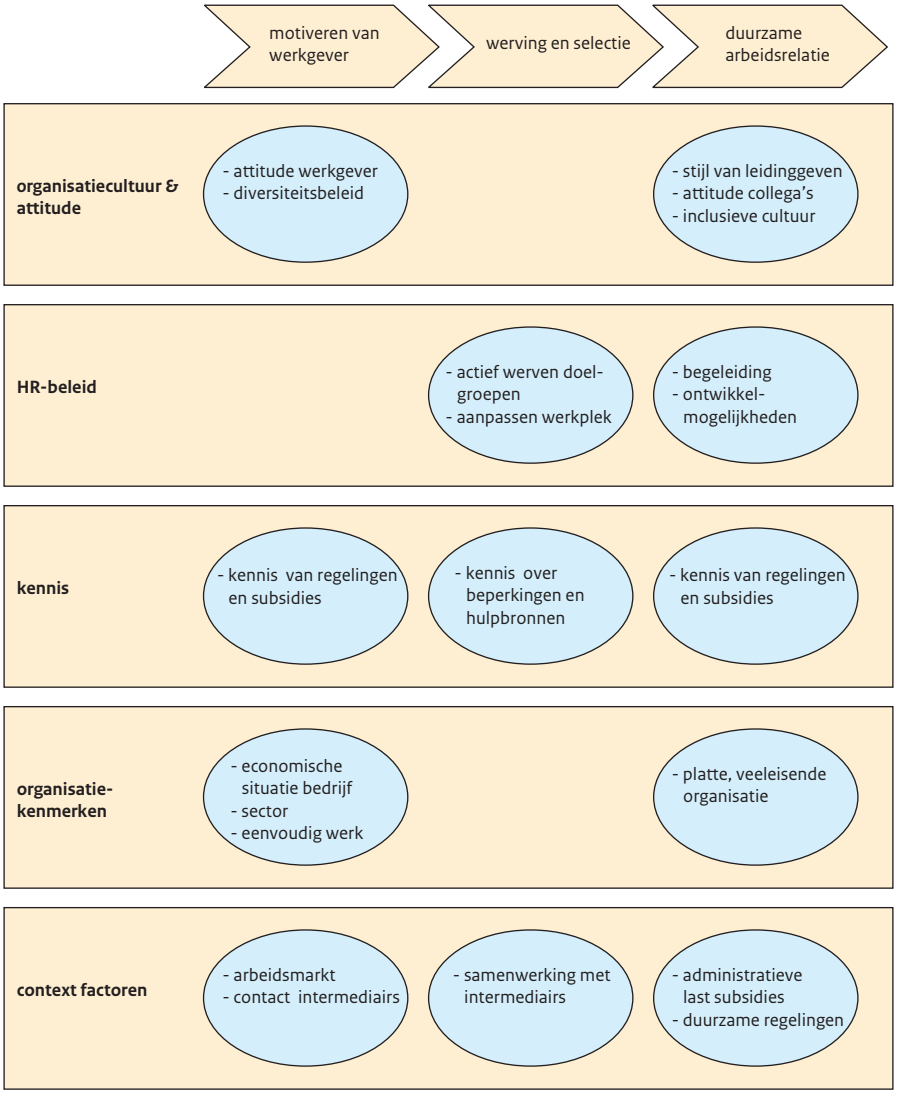
Veel werkgevers ervaren hoge administratieve lasten rondom de aanvraag en verwerking van voorzieningen. Een veel gehoord punt is verder dat bestaande regelingen niet altijd goed aansluiten bij de behoeften van de werkgevers. Loonkostensubsidies worden slechts onder strenge voorwaarden verstrekt, waaraan werkgevers niet altijd kunnen voldoen (Smit 2009). Ook het feit dat veel regelingen tijdelijk zijn kan een belemmering zijn voor een duurzame inzetbaarheid. Werkgevers hebben vaak weinig vertrouwen in de continuïteit van doorlopende regelingen en durven daarom tijdelijke contracten niet om te zetten in een vast dienstverband (Wissink et al. 2009).

De verschillende factoren die uit de literatuurstudie naar voren komen, vatten we samen in figuur 7.2. Daarbij tekenen we aan dat punten die in een eerdere fase belangrijk zijn ook doorwerken in de volgende fasen. De verdeling van factoren over de fasen is echter

modelmatig; in de praktijk kunnen sommige ontbreken, overlappen of in een andere fase optreden.

Figuur 7.2

Factoren die beïnvloeden of een organisatie inclusief is, 2012



Bron: TNO

7.3 Methodologische verantwoording

We toetsen nu of inclusieve organisaties verschillen van reguliere organisaties op de factoren in het hierboven beschreven model. We maken gebruik van een enquête onder bedrijven in Noord-Brabant, aangevuld met gegevens uit de Werkgevers enquête arbeid (WEA).

Data

De WEA is een periodiek onderzoek van TNO, in samenwerking met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, naar het arbeidsbeleid van Nederlandse bedrijven en instellingen. Er zijn tot nu toe twee metingen uitgevoerd, in 2008 en in 2010. Aangezien niet alle factoren uit het model in de WEA bevraagd zijn hebben we in 2011 aanvullende data verzameld met een telefonische enquête onder bedrijven in Noord-Brabant die de WEA in 2010 ingevuld hebben en daarin aangaven nogmaals benaderd te mogen worden voor onderzoek. Van deze 301 bedrijven hebben 228 daadwerkelijk meegedaan (respons 76%).

Representativiteit

De bedrijven in onze steekproef zijn in grootte en sector niet representatief voor de populatie werkgevers in Nederland. Grotere bedrijven zijn oververtegenwoordigd; de sector industrie is sterk oververtegenwoordigd, terwijl de sector handel ondervertegenwoordigd is. Voor het overige volgt de sectorverdeling in grote lijnen de verdeling in heel Nederland. Eerdere studies laten zien dat grootte en sector relevant zijn voor het al dan niet inclusief zijn van organisaties. We hebben daarom in de analyses gecontroleerd voor grootte en sector.
We willen niet de populatie als geheel beschrijven, maar een exploratieve analyse doen naar verschillen tussen bedrijven die nu of in het verleden mensen uit kwetsbare groepen hebben ingezet en bedrijven die dit nog nooit hebben gedaan. In de steekproef zijn deze beide groepen ongeveer evenredig verdeeld (47% met ervaring, 53% zonder), waardoor een goede vergelijking tussen beide groepen mogelijk is.
Om de bedrijven in de twee groepen te verdelen hebben we in onze enquête de organisaties gevraagd of ze nu of in het verleden ervaring hebben gehad met de inzet van personen vanuit een kwetsbare positie op de arbeidsmarkt. Dit is een bredere insteek dan de vraagstelling in de WEA, die vraagt of bedrijven de afgelopen twee jaar bewust mensen uit kwetsbare groepen hebben aangenomen. In ons onderzoek is het percentage bedrijven met ervaring hoger dan het landelijk gemiddelde (28% van de respondenten van onze enquête, tegen 16% voor de totale populatie, op basis van de WEA). Dit kan te maken hebben met een hogere responsbereidheid van deze bedrijven, zeker in relatie tot het onderwerp van de enquête.
Onze steekproef betreft alleen bedrijven uit Noord-Brabant, dus strikt genomen zien we alleen verschillen tussen beide groepen bedrijven in deze provincie. We hebben echter geen reden om aan te nemen dat Noord-Brabant in dit opzicht systematisch afwijkt van de rest van Nederland.

Analyses

We vergelijken in de analyses steeds bedrijven die nu of in het verleden mensen uit kwetsbare groepen hebben ingezet met bedrijven die dat nog nooit gedaan hebben. Of er sprake is van significante verschillen tussen beide groepen toetsen we met t-toetsen en Pearson's Chi-kwadraattoetsen. Omdat onze steekproef niet representatief is voor grootte en sector zijn multivariaat gecorrigeerde toetsen berekend met een variantie-analyse waarbij gecorrigeerd is voor grootte en sector. Vanwege de relatief kleine steekproef hanteren we een $p < .10$ bij het vaststellen van de significantie.

7.4 Resultaten

We bespreken nu de resultaten uit ons onderzoek. Als eerste zoomen we in op de motivatie en ervaringen van bedrijven met personeel uit kwetsbare groepen en kijken we welke belemmeringen zij ondervinden. Vervolgens toetsen we of er verschillen zijn tussen organisaties met en zonder ervaring met het inzetten van kwetsbare groepen. Tot slot bespreken we wat inclusieve organisaties in de praktijk doen om de mensen uit kwetsbare groepen in te zetten. De toetsresultaten worden weergegeven in de bijlage bij dit hoofdstuk (zie www.scp.nl).

7.4.1 Motieven en belemmeringen voor de inzet van kwetsbare groepen

Motieven

Zoals gezegd heeft 47% van de werkgevers in onze enquête nu of in het verleden mensen uit kwetsbare groepen ingezet. Op het moment van het onderzoek had 39% een of meer personen uit kwetsbare groepen in dienst (meestal een of twee).
De organisaties waar mensen met een kwetsbare arbeidsmarktpositie werken of werkten hebben hier over het algemeen al langere tijd ervaring mee; bijna twee derde al meer dan 5 jaar. Bijna driekwart (72%) heeft sociale of maatschappelijke motieven (bv. maatschappelijk verantwoord ondernemen of levensbeschouwelijke overtuiging). 17% noemt vooral economische redenen. Dit sluit aan bij eerdere onderzoeken.

Belemmeringen

Tabel 7.1 laat zien welke belemmeringen werkgevers zien om (meer) mensen uit kwetsbare groepen in dienst te nemen.

Organisaties met ervaring zien vaker geen belemmeringen dan organisaties zonder ervaring: 30% versus 17% (niet in tabel). Organisaties zonder ervaring geven significant vaker als belemmering aan dat het werk bij hen zich er niet voor leent, dat de betreffende groepen niet bij hen solliciteren en dat ze niet weten waar ze personeel uit kwetsbare groepen kunnen vinden. Dit sluit aan bij eerdere onderzoeken die laten zien dat eerdere ervaring het beeld over de inzetbaarheid van mensen uit kwetsbare groepen positief beïnvloed. Toch zien ook de werkgevers met ervaring belemmeringen om meer mensen uit kwetsbare groepen aan te nemen.

Tabel 7.1
Belemmeringen om (meer) mensen uit een kwetsbare positie in te zetten, werkgevers met en zonder ervaring, 2011 (in procenten)

belemmering	wel ervaring N = 108	geen ervaring N = 120
het werk in het bedrijf leent zich er niet voor	39,8	57,5
verwachte organisatorische rompslomp	12,0	16,7
verwachte kosten van begeleiding	19,4	15,0
kwetsbare werkzoekenden solliciteren niet bij bedrijf	9,3	20,8
financiële risico's door productieverlies	15,7	12,5
onbekendheid met vinden van kwetsbare werkzoekenden	2,8	8,3

Bron: TNO (Werkgeversenquête Brabant 2011)

7.4.2 Verschillen tussen bedrijven met en zonder ervaring met kwetsbare groepen

Uit de literatuurstudie komen diverse factoren naar voren die in de drie onderscheiden fasen de inzet van mensen uit kwetsbare groepen bevorderen. Getoetst is of bedrijven met en zonder ervaring verschillen op deze factoren. Tabel 7.2 geeft een samenvatting van de resultaten, geordend naar de factoren en fasen in het beschreven model (voor de toetsresultaten zie tabel B7.3 in de bijlage).

Bij het bespreken van de resultaten is er voor de leesbaarheid voor gekozen om geen uitsplitsing naar fasen te maken.

Tabel 7.2
Verschillen tussen organisaties met en zonder ervaring met kwetsbare groepen, naar factoren en fasen, 2011[a]

	fase 1	fase 2	fase 3
factor			
organisatiecultuur			
mensgerichte cultuur	+		
diversiteitsbeleid (openlijk spreken over verschillen)	o		
stijl van leidinggeven			o
attitude (medewerkers hebben moeite met kwetsbare groepen)			-
HR-beleid			
werving en selectie expliciet gericht op kwetsbare groepen		+	
begeleiding bij verzuim en re-integratie			+
leeftijdsbewust personeelsbeleid			o
ontwikkeling medewerkers			-
deelname medewerkers aan periodiek overleg			o
kennis van beperkingen en regelingen kwetsbare groepen			
omgaan met beperkingen		+	
vinden informatie over regelingen	o		
kennis financiële regelingen	o		
gebruik financiële regelingen			+
organisatiekenmerken			
eenvoudige, afwisselende werkzaamheden	+		
hoog percentage laaggeschoolden (maximaal lbo/mavo/vmbo)	o		
non-profit	+		
organisatiestructuur			o
financieel-economische positie	o		
context			
moeite met invullen vacatures voor eenvoudige werkzaamheden	o		

a + = significant meer/vaker bij organisaties met ervaring; o = geen significant verschil;
- = significant meer/vaker bij organisaties zonder ervaring (significantie op 10%-niveau).

Bron: TNO (WEA 2010; Werkgeversenquête Brabant 2011)

Organisatiecultuur

Als eerste kijken we naar de mogelijke verschillen in organisatiecultuur tussen organisaties met en zonder ervaring met kwetsbare groepen. De organisatiecultuur schept immers de randvoorwaarden voor de motivatie van de werkgever en de duurzame arbeidsrelatie. We hebben de werkgevers naar verschillende aspecten van een inclusieve cultuur en diversiteitsbeleid gevraagd. De resultaten laten zien dat inclusieve

organisaties vaker een mensgericht cultuur hebben (66%) dan organisaties zonder ervaring met het inzetten van kwetsbare groepen (57%). We hebben geen significante verschillen waargenomen in het gevoerde diversiteitsbeleid. In de totale populatie zien we dat er openlijk wordt gesproken over verschillen (76%) en de meeste organisaties sturen erop dat leidinggevenden rekening houden met individuele verschillen (89%) en een respectvolle werkomgeving creëren (97%). Verder zijn leidinggevenden redelijk gemakkelijk aanspreekbaar voor medewerkers (97%).
Ook in de stijl van leidinggeven zijn er geen significante verschillen tussen organisaties met en zonder ervaring met kwetsbare groepen. De meeste respondenten (78%) noemen de stijl van leidinggeven in hun organisatie 'coachend'.
Wat betreft de attitude zijn organisaties zonder ervaring het niet significant vaker eens met de stelling dat de klanten moeite zullen hebben met personeel uit kwetsbare groepen dan bedrijven met ervaring. Ook zien we geen significante verschillen in de mening over de tijd dat het leren van nieuwe taken kost, de hulp die mensen uit kwetsbare groepen nodig hebben en de moeilijkheid om kritiek te leveren. Wel zijn organisaties zonder ervaring het significant vaker eens met de stelling dat onbekendheid van medewerkers met mensen met een kwetsbare arbeidsmarktpositie een barrière vormt om met hen samen te werken dan bedrijven met ervaring met de inzet van kwetsbare groepen. Bedrijven met ervaring zijn het juist significant vaker eens met de stelling dat mensen met een kwetsbare arbeidsmarktpositie loyaler naar de organisatie zijn dan andere medewerkers.

HR-beleid

Volgens de theorie is het HR-beleid van inclusieve organisaties nauw verbonden met de organisatiecultuur. Zoals we zouden verwachten is er een significant verschil tussen organisaties met en zonder ervaring in het actief beleid voeren om mensen met een kwetsbare arbeidsmarktpositie aan te nemen. Toch geldt ook voor meer dan de helft van de organisaties met ervaring dat zij geen actief beleid voeren om deze mensen aan te nemen.
Bedrijven met ervaring maken gebruik van diverse kanalen voor het werven van mensen uit kwetsbare groepen (tabel 7.3).

Tabel 7.3

Wervingskanalen voor mensen met een kwetsbare arbeidsmarktpositie, werkgevers met ervaring (in procenten)

	werkgevers met ervaring
wervingskanaal	N = 108
via UWV / werkplein / gemeente	38,9
door medewerker(s) zelf benaderd	34,3
via een re-integratiebedrijf	29,6
via een sociale werkplaats	25,0
medewerker was al in dienst (verminderd productief geworden)	18,5
via advertentie	13,9

Bron: TNO (Werkgeversenquête Brabant 2011)

Tegen de verwachting in zien we in het HR-beleid verder weinig verschillen tussen organisaties met en zonder ervaring. Op arbogebied bieden organisaties met ervaring wel vaker begeleiding bij verzuim en re-integratie, maar zij treffen niet vaker maatregelen om een gezonde levensstijl te bevorderen en verzuim terug te dringen en hebben ook niet vaker een Risico-Inventarisatie & Evaluatie (RI&E) of een contract met een externe arbodienst.
Leeftijdsbewust personeelsbeleid vertoont geen samenhang met de inzet van kwetsbare groepen. Organisaties met ervaring met kwetsbare groepen treffen niet vaker maatregelen opdat werknemers langer kunnen doorwerken, zoals deeltijd-VUT, vrijstelling van onregelmatige en ploegendienst, extra vrije dagen voor oudere werknemers en omscholing.
Opvallend is dat organisaties zonder ervaring met het inzetten van kwetsbare groepen significant vaker medewerkers stimuleren zich verder te ontwikkelen (93% tegenover 84%). Hoewel het percentage bedrijven met ervaring dat de mogelijkheid biedt ook hoog is, sluit deze uitkomst aan bij eerdere bevindingen dat mensen uit kwetsbare groepen minder ontwikkelmogelijkheden worden geboden.
In het grootste deel van de organisaties nemen alle medewerkers deel aan periodieke overleggen (89%).

Kennis

Er bestaan diverse financiële voorzieningen voor werkgevers om de inzet van mensen uit kwetsbare groepen te stimuleren. We hebben geen significante verschillen tussen organisaties gevonden in kennis over regelingen. Organisaties weten waar ze informatie over regelingen kunnen vinden en waar ze indien nodig ondersteuning en kennis van buiten kunnen krijgen om met beperkingen om te gaan. Organisaties met ervaring hebben ook niet meer kennis van financiële regelingen voor de inzet van kwetsbare groepen. Logischerwijs maken zij wel significant vaker gebruik van de no-riskpolis bij ziekte en arbeidsongeschiktheid, van loonkostensubsidies en loondispensaties.
Naast kennis over financiële regelingen is het belangrijk om kennis en vaardigheden in huis te hebben over het omgaan met beperkingen. Organisaties met ervaring hebben die significant meer in huis dan organisaties zonder ervaring. Niet duidelijk is echter of dit een determinant of een gevolg is van het inzetten van kwetsbare groepen.

Organisatiekenmerken

Of personen uit kwetsbare groepen in te zetten zijn in een organisatie hangt af van het werk. Ze doen vooral eenvoudig werk. De meeste werkzaamheden in de organisaties in onze steekproef zijn complex met veel hand- en denkwerk. Organisaties met ervaring met kwetsbare groepen hebben significant vaker eenvoudige maar afwisselende werkzaamheden. Toch zijn ook in 73% van de organisaties met ervaring met kwetsbare groepen de werkzaamheden complex. Er is geen verschil aangetroffen in het percentage laaggeschoolde werknemers (maximaal lbo/mavo/vmbo).
Wat betreft de overige organisatiekenmerken die uit de literatuurstudie naar voren komen, laat ook ons onderzoek zien dat organisaties met ervaring vaker non-profitorganisaties zijn.

We hebben geen verschillen aangetroffen in organisatiestructuur tussen organisaties met en zonder ervaring met personeel uit kwetsbare groepen. De meeste organisaties (83%) typeren de eigen organisatie als plat. Meer dan 60% typeert haar financieel-economische positie als (zeer) goed.

Context

Krapte op de arbeidsmarkt kan een impuls zijn om mensen uit kwetsbare groepen aan te nemen. Er zijn geen significante verschillen aangetroffen tussen bedrijven met en zonder ervaring wat betreft de mogelijkheid om vacatures voor eenvoudige werkzaamheden in te vullen en de economische positie. Ongeveer een vijfde van de organisaties vindt het (zeer) moeilijk om vacatures voor eenvoudige werkzaamheden te vervullen.

7.4.3 Aanvullende inspanningen van inclusieve organisaties

Wanneer mensen uit kwetsbare groepen eenmaal in de organisatie worden ingezet, vraagt dit over het algemeen extra inspanning van de organisatie. Aan de bedrijven met ervaring is gevraagd welke aanvullende acties zij hebben ondernomen om een duurzame inzet te bevorderen.

Werkaanpassingen

De meeste organisaties doen werkaanpassingen om kwetsbare groepen te kunnen inzetten. De meest voorkomende zijn aanvullende begeleiding of ondersteuning en aanpassing van het werktempo en de productie-eisen (tabel 7.4).

Tabel 7.4

Werkaanpassingen bij de inzet van kwetsbare groependoor werkgevers met ervaring, 2011 (in procenten)

	werkgevers met ervaring
aanpassingen	N = 108
begeleiding of ondersteuning	52,8
werktempo of productie-eisen	50,9
werktijden, pauzeregeling, omvang werkweek	39,8
bestaande functies aanpassen of nieuwe functies creëren	38,0
werkplek, hulpmiddelen, meubilair	31,5
geen	21,3

Bron: TNO (Werkgeversenquête Brabant 2011)

Extra begeleiding wordt voornamelijk door de leidinggevende en collega's gegeven (69%, niet in tabel). Ook vindt in veel gevallen extra begeleiding door een extern bedrijf of jobcoach plaats (40%). Over het algemeen (88%) is men (zeer) tevreden over de geboden begeleiding. Hoewel maar weinig organisaties speciaal een medewerker aanstellen voor de extra begeleiding, zijn de organisaties die dat doen wel het meest tevreden over

de geboden begeleiding. Verder is er geen verschil tussen typen begeleiding en de tevredenheid over de begeleiding.
Ongeveer een vijfde van de organisaties waar mensen uit kwetsbare groepen werken of werkten doet helemaal geen aanpassingen. Of er wel of geen werkaanpassingen zijn heeft geen invloed op de tevredenheid over de mensen uit kwetsbare groepen en op het al dan niet bieden van een regulier contract.
De mensen uit kwetsbare groepen werken in bijna alle voorkomende gevallen samen met de andere werknemers in de betreffende organisaties (94%). De collega's zijn meestal (82%) ook geïnformeerd over de beperkingen van de medewerkers uit kwetsbare groepen.

Arbeidsrelatie

Aan de organisaties met ervaring hebben we ook gevraagd wat zij doen om personeel uit kwetsbare groepen duurzaam te binden aan de organisatie. Als eerste kijken we naar het type contract dat wordt geboden. Reguliere vaste of tijdelijke contracten voor mensen met een kwetsbare positie komen bij de meeste werkgevers voor (zie tabel 7.5). We merken hierbij op dat de percentages betrekking hebben op werkgevers die mensen met een kwetsbare positie een dergelijk contract bieden. Dit is niet hetzelfde als het percentage mensen met een kwetsbare positie dat een bepaald contract krijgt.

Tabel 7.5

Type contracten van mensen met een kwetsbare positie bij werkgevers met ervaring, 2011 (in procenten)

	werkgevers met ervaring
type contract	N = 108
regulier vast contract	62,0
regulier tijdelijk contract	53,7
stage, werkervaringsplaats of re-integratietraject	31,5
detachering via sociale werkplaats of anders	24,1
in dienst via regeling begeleid werken	10,2
proefplaatsing	18,5

Bron: TNO (Werkgeversenquête Brabant 2011)

80% van de organisaties met ervaring met kwetsbare groepen is tevreden tot zeer tevreden over hen; 18% is tevreden noch ontevreden. De overige 2% is ontevreden vanwege het tegenvallende functioneren van de betreffende personen. De tevredenheid is terug te zien in het feit dat twee derde van de werkgevers aangeeft dat van de kwetsbare mensen die bij hen werken maar nog geen regulier (vast) contract hebben, ten minste één uitzicht heeft op een regulier contract. De voornaamste reden om geen regulier contract te bieden is dat de plaatsing tijdelijk bedoeld was.

Gebruik financiële voorzieningen

Werkgevers willen gecompenseerd worden voor extra kosten en risico's die komen kijken bij het inzetten van mensen uit kwetsbare groepen. Gekeken is van welke regelingen werkgevers met ervaring gebruik maken. Loonkostensubsidie is veruit de meest gebruikte financiële voorziening (55,6% van de organisaties die ervaring hebben met de inzet van kwetsbare groepen). Ruim een kwart van de organisaties met inzet van kwetsbare groepen maakt geen gebruik van financiële voorzieningen.

Tabel 7.6

Financiële voorzieningen, werkgevers met ervaring, 2011 (in procenten)

	werkgevers met ervaring
voorziening	N = 108
loonkostensubsidie	55,6
loondispensatie	17,6
premiekorting of no-riskpolis	31,5
'kleine banen'-regeling	1,9
subsidie voor aanpassing van de werkplek	14,8
subsidie Europees Sociaal Fonds	6,5
subsidie voor scholing of opleiding	28,7
geen	26,9

Bron: TNO (Werkgeversenquête Brabant 2011)

Samenwerking met intermediairs

Intermediairs kunnen werkgevers voorlichting geven, begeleiding bieden of helpen bij het creëren van passende functies. 29% van de organisaties met ervaring heeft structurele samenwerkingsafspraken met derden over het plaatsen van kwetsbare groepen.

7.5 Conclusie

Door maatschappelijke ontwikkelingen zoals vergrijzing en ontgroening is het streven van beleidsmakers om zo veel mogelijk mensen met een arbeidsbeperking te laten instromen op de arbeidsmarkt. Gezien het lage percentage bedrijven dat momenteel mensen uit kwetsbare groepen in dienst heeft is de vraag urgent hoe organisaties gestimuleerd kunnen worden om daar meer toe over te gaan.
We onderscheiden drie fasen bij het bevorderen van de inzet van kwetsbare groepen in organisaties: het motiveren van de werkgever, de werving en selectie, en de duurzame inzet. Een literatuurstudie naar de werkgeversbenadering en kenmerken van inclusieve organisaties laat per fase een groot aantal factoren zien die (duurzaam) inzetten van mensen uit kwetsbare groepen bevorderen. Niet eerder is onderzocht of inclusieve organisaties op deze kenmerken ook wezenlijk verschillen van organisaties die geen kwetsbare groepen inzetten. Op basis van data uit de WEA en een aanvullende enquête onder werkgevers in Noord-Brabant hebben we in een exploratieve studie bekeken welke

verschillen er zijn in kenmerken tussen organisaties die wel en organisaties die geen ervaring hebben met het inzetten van mensen uit kwetsbare groepen. Daarnaast hebben we bekeken hoe organisaties mensen vanuit een kwetsbare positie inzetten. Gezien het exploratieve karakter van deze studie is niet vast te stellen welke factoren doorslaggevend zijn. We kunnen hooguit aangeven welke factoren mogelijk een rol spelen.

Aangetroffen verschillen

De uitkomsten bevestigen eerdere studies die het belang van de attitude van de werkgever en kennis over de doelgroep benadrukken. De meeste inclusieve organisaties bieden om sociale redenen mensen uit kwetsbare groepen een kans. Inclusieve organisaties blijken een positiever beeld te hebben van de doelgroep en de reacties op hen van collega's. Bovendien hebben deze organisaties meer kennis van de mogelijkheden en beperkingen van de doelgroep.
Deze kennis is relevant in de werkgeversbenadering en helpt om vooroordelen bij collega's te voorkomen en betere aanpassing te realiseren.
Verder zien we dat inclusieve organisaties vaker een mensgerichte cultuur hebben. Tegen de verwachting in hebben zij echter niet meer aandacht voor duurzame inzetbaarheid in het HR-beleid, in de vorm van verzuimbeleid of leeftijdsbewust personeelsbeleid. Wel voeren zij vaker een actief beleid om mensen met een kwetsbare arbeidsmarktpositie aan te nemen en bieden ze vaker begeleiding bij verzuim en re-integratie. Hoewel buiten de scope van dit onderzoek, lijken deze factoren samen te hangen met een positieve attitude van de werkgever.

Inclusieve organisaties maken (logischerwijs) meer gebruik van financiële regelingen om de inzet van kwetsbare groepen te bevorderen, vooral van loonkostensubsidies. Hoewel de meeste inclusieve organisaties uit sociale overwegingen handelen, laat dat onverlet dat risicobeheersing een belangrijke rol speelt bij het in dienst nemen en houden van mensen uit kwetsbare groepen. Een eventuele lagere productiviteit of extra kosten moeten gecompenseerd worden. Zoals naar voren kwam in de literatuurstudie, is de tijdelijkheid van veel regelingen een belemmering voor het duurzaam inzetten van mensen uit kwetsbare groepen.
Voor al deze onderscheidende kenmerken geldt evenwel dat niet aan te geven is of zij een verklaring zijn voor inclusiviteit dan wel het gevolg ervan zijn.
Behalve de bovenstaande punten zien we in ons onderzoek geen significante verschillen tussen organisaties die wel en die geen ervaring hebben met het inzetten van mensen uit kwetsbare groepen. De meeste organisaties in ons onderzoek hebben kenmerken van een inclusieve organisatiecultuur waar ruimte is voor verschillen, met een coachende stijl van leidinggeven en aandacht voor de ontwikkeling van de medewerkers. Uiteraard moet een organisatie wel geschikt werk kunnen bieden aan kwetsbare groepen.
Het inzetten van kwetsbare groepen vraagt wel een extra inspanning van de organisatie in de vorm van begeleiding of werkaanpassingen. Uit eerdere studies weten we dat begeleiders zorgvuldig geselecteerd en zo nodig extra geschoold moeten worden en niet extra belast (Smit 2009). Organisaties die nog geen ervaring hebben met het inzetten van

mensen uit kwetsbare groepen moet zich terdege bewust zijn van de extra inspanning die zij moeten doen en van eventuele beperkingen van de doelgroep.
Bij inclusieve organisaties draait het er niet alleen om óf mensen uit kwetsbare groepen worden ingezet, maar ook dat deze mensen de kans krijgen zich verder te ontwikkelen zodat duurzame deelname mogelijk wordt. Onze studie laat zien dat inclusieve organisaties achterblijven bij reguliere organisaties in het stimuleren van medewerkers om zich te ontwikkelen, wat mogelijk een bevestiging is van eerdere studies die laten zien dat ontwikkelmogelijkheden voor mensen uit kwetsbare groepen vaak ontbreken.

Handvatten voor beleid

De uitkomsten van deze studie geven een eerste indicatie voor handvatten voor beleidsmakers. De aandacht moet vooral uitgaan naar het motiveren van de werkgever. Goede voorlichting, begeleiding aan zowel de werkgever als de kandidaat en duurzame financiële compensatieregelingen helpen om vooroordelen weg te nemen.
Dat zal niet genoeg zijn om alle potentieel geschikte werkgevers te motiveren. Mits aan genoemde punten van voorlichting, begeleiding en financiële compensatie voldaan wordt, kan lichte dwang, bijvoorbeeld in de vorm van *social-return*-eisen in aanbestedingen, werkgevers verder over de streep trekken om mensen uit kwetsbare groepen aan te stellen. Een andere optie is een actief wervingsbeleid stimuleren voor mensen uit kwetsbare groepen, zoals in sommige cao's al gebeurt (Crossover 2011). Belangrijke randvoorwaarde is dat het werken met doelgroepen niet ten koste mag gaan van het bedrijfsresultaat. Organisaties kunnen daarom niet onbeperkt mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt in dienst nemen en niet alle organisaties hebben even veel werk dat geschikt is (te maken) voor hen. Het inzetten van mensen uit kwetsbare groepen is maatwerk.
Voorkomen moet worden dat mensen uit kwetsbare groepen aangenomen worden zonder een volwaardige arbeidservaring te bieden, bijvoorbeeld om aan quota te voldoen. Beleid voor bevordering van de arbeidsparticipatie van kwetsbare groepen moet dan ook niet stoppen bij het motiveren van de werkgever en wegnemen van risico's, maar ook gericht zijn op het stimuleren van ontwikkeling van kwetsbare groepen om een volwaardige en duurzame inzetbaarheid mogelijk te maken.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Op grond van deze studie kunnen we geen uitspraken doen over welke factoren verklarend en doorslaggevend zijn voor een duurzame inzetbaarheid van mensen uit kwetsbare groepen. Vervolgonderzoek in de vorm van een longitudinale studie is hiervoor nodig. Het huidige onderzoek is bovendien gedaan onder een beperkte steekproef van organisaties. Vervolgonderzoek onder een grotere steekproef is wenselijk om de conclusies uit dit onderzoek te toetsen.
Dit onderzoek richtte zich op kenmerken van inclusieve organisaties. Om meer te leren over wat een organisatie succesvol inclusief maakt zou vervolgonderzoek zich moeten richten op de kenmerken van individuele medewerkers op verschillende niveaus in organisaties.

Literatuur

Bosch, L., T. Overmars-Marx, D. Ooms en W. Zwinkels (2009). *Wajongers en werkgevers: over omvang en omgang: In dienst treden van Wajongers en behoud van werk*. Utrecht: Vilans.

Crossover (2011). *Cao en Wajong: overzicht van cao-afspraken over Wajongers.* Nieuwegein: Crossover.

Chan, F., D. Strauser, P. Maher, E.-J. Lee, R. Jones en E.T. Johnson (2010). Demands-Side Factors Related to Employment of People with Disabilities: A Survey of Employers in the Midwest Region of the United States. In: *Journal of Occupational Rehabilitation*, jg. 20, nr. 4, p. 412-419.

Cubero, C. G. (2007). Situational leadership and persons with disabilities. In: *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, jg. 29, nr. 4, p. 351-356.

Duinkerken, G., P. Wesdorp en S. van der Woude (2009). *Tussen nieuw denken en nieuw doen: Verkenningen attitudes rond de WAJONG*. Zoetermeer: WhatWorks.

Findler, L., L. H. Wind en M.M. Barak (2007). The Challenge of Workforce Management in a Global Society – Modeling the Relationship Between Diversity, Inclusion, Organizational Culture, and Employee Well-Being, Job Satisfaction and Organizational Commitment. In: *Administration in Social Work*, jg. 31, nr. 3, p. 63-94.

Habeck, R., A. Hunt, C.H. Rachel, J. Kregel en F. Chan (2010). Employee Retention and Integrated Disability Management Practices as Demand Side Factors. In: *Journal of Occupational Rehabilitation*, jg. 20, nr. 4, p. 443-455.

Hernandez, B. (2000). Employer Attitudes Toward Workers with Disabilities and their ADA Employment Rights: A Literature Review. In: *Journal of Rehabilitation*, jg. 66, nr. 4, p. 4-16.

Hernandez, B., K. McDonald, M. Divilbiss, E. Horin, J. Velcoff en O. Donoso (2008). Reflections from Employers on the Disabled Workforce: Focus Groups with Healthcare, Hospitality and Retail Administrators. In: *Journal of Employee Responsibilities and Right*, jg. 20, nr. 3, p. 157-164.

Horssen, C.P. van, F.J.N. Nijhuis en L. Mallee (2010). *Meer werkplekken bij werkgevers: Literatuuronderzoek in het kader van de evaluatie en monitoring van de pilots 'Werken naar vermogen', pilot 1*. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek.

Irvine, A. en J. Lupart (2008). Into the workforce: Employers' perspectives on inclusion. In: *Developmental Disabilities Bulletin*, jg. 36, nr. 1-2, p. 225-250.

Lammerts, R. en M. Stavenuiter (2010). *Wajongers op de werkvloer: inpassing en acceptatie van jonggehandicapten in bedrijven.* Den Haag: Raad voor Werk en Inkomen.

Lammerts, R. en F. Dekker (2011). Wajongers op de werkvloer: Onderzoek naar ervaringen in 31 bedrijven. In: *Gids voor Personeelsmanagement*, jg. 90, nr. 4, p. 40-42.

Mor-Barak, M. E. M. (1999). Beyond Affirmative Action – Toward a Model of Diversity and Organizational Inclusion. In: *Administration in Social Work*, jg. 23, nr. 3, p. 47-68.

Oeij, P., E.M.M. de Vroome, K. Kraan, S. van den Bossche en A. Goudswaard (2011). *Werkgevers enquête arbeid 2010*. Hoofddorp: TNO

RWI (2011). *Re-integratiemarktanalyse 2011*. Den Haag: Raad voor Werk en Inkomen.

Samant, D., M. Soffer, B. Hernandez, M. Adya, J. Levy, O. Akinpelu en P. Blanck (2009). Corporate Culture and Employment of People with Disabilities: Role of Social Workers and Service Provider Organizations. In: *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, jg. 8, nr. 3-4, p. 171-188.

Schur, L., D. Kruse en P. Blanck (2005). Corporate Culture and the Employment of Persons with Disabilities. In: *Behavioral Sciences and the Law*, jg. 23, nr. 1, p. 3-20.

Siegert, J. en B. Cuelenaere (2009). *Overwegingen en gedrag van werkgevers bij aannamebeleid: Onderzoek naar overwegingen bij het aannemen van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt*. Rotterdam: Ecorys.

Smit, A. (2009). *Sociaal en slim ondernemen: werken naar vermogen in reguliere bedrijven*. Hoofddorp: TNO.

Smit, A., C. Wevers, H. Kooij-de Bode en J. van der Wolk (2010). *Het verschil maken: Sociale innovatie in de schoonmaakbranche door de inzet van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt*. Hoofddorp: TNO.

Stone, D. L. en A. Colella (1996). A Model of Factors Affecting the Treatment of Disabled Individuals in Organizations. In: *The Academy of Management Review*, jg. 21, nr. 2, p. 352-401.

Thurow, L.C. (1975). *Generating inequality*. New York: Basic Books.

Unger, D.D. en J. Kregel (2003). Employers' knowledge and utilization of accommodations. In: *Work*, jg. 21, nr. 1, p. 5-15.

Vos, E. de en S. Andriessen (2010). *Handvatten voor werkgevers die Wajongers in dienst nemen en houden*. Hoofddorp: TNO.

Vries, S. de, C. van de Ven en T. Wilthagen (2007). *Aan de slag met diversiteit: Praktische tips voor HR-beleid*. Hoofddorp: TNO.

Wissink, C.E., L. Mallee en M. van Leer (2009). *Ervaringen van werkgevers met Wajongers: Onderzoek onder werkgevers naar de mogelijkheden voor verbetering van de arbeidsparticipatie van Wajongers*. Den Haag: Raad voor Werk en Inkomen.

8 Financiële prikkels in arbeidsongeschiktheidsregelingen

Maroesjka Versantvoort (SCP)

8.1 Onderzoeksvraag

De hervormingen in de arbeidsongeschiktheidsregelingen van het afgelopen decennium zijn ingegeven door het streven het activerende karakter van deze regelingen te versterken en zodoende de arbeidsparticipatie te verhogen. Daartoe is de verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemer vergroot. Werkgever en werknemer worden door middel van financiële prikkels aangemoedigd het beroep op een uitkering zo veel mogelijk te beperken en de resterende verdiencapaciteit te benutten. In dit hoofdstuk onderzoeken we of de aanname klopt dat personen met een gezondheidsbeperking en hun werkgevers gevoelig zijn voor financiële stimuli. De onderzoeksvraag luidt:

In hoeverre wordt de arbeidsparticipatie en uitkeringsvraag van personen met een gezondheidsbeperking beïnvloed door financiële prikkels in arbeidsongeschiktheidsregelingen?

Dit hoofdstuk bestaat uit drie afzonderlijke delen, elk met een andere invalshoek. Het eerste deel geeft een literatuuroverzicht. Het tweede deel laat zien wat de inkomensconsequenties zijn van instroom in de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), al dan niet in combinatie met werk. Dat tonen we voor verschillende groepen, onderscheiden naar inkomensniveau, 'vastgestelde' en 'werkelijke' verdiencapaciteit.[1] Zo maken we inzichtelijk welke prikkels de WIA bevat. Het derde deel beziet de instroomgevoeligheid van de WIA voor veranderingen in uitkeringshoogte. Het is niet de bedoeling de WIA te evalueren, maar de in deze wet neergelegde prikkels te concretiseren voor verschillende groepen. Voor inzicht in de effecten van de financiële prikkels in de WIA op de arbeidsparticipatie en uitkeringsafhankelijkheid van mensen met een gezondheidsbeperking is vervolgonderzoek nodig.

8.2 Literatuuroverzicht

Micro-economische modellen voor de verklaring van de mate van arbeidsparticipatie van mensen met een gezondheidsbeperking gaan er vaak vanuit dat arbeidsongeschikten kunnen kiezen tussen werken en niet werken en de daarbij behorende inkomsten. Welke keuze ze maken is, gegeven hun gezondheid, afhankelijk van het nut dat aan elke mogelijkheid te ontlenen is. Als het nut van betaalde arbeid het nut van het hebben van een uitkering overstijgt, zal men die optie kiezen en vice versa. Behalve van de gezondheid is het nut van elke optie ook afhankelijk van de hoogte van het loon, de hoogte van de uitkering, de hoogte van het overige inkomen en de preferenties (zie o.a. Høgelund 2001). Of werkgevers arbeidsongeschikten een plaats bieden in hun organisatie hangt af

van de productiviteit die arbeidsongeschikten bieden ten opzichte van de loonkosten die daaraan gerelateerd zijn.
Diverse maatregelen om arbeidsongeschikten aan het werk te krijgen en minder afhankelijk te maken van een uitkering grijpen aan bij deze factoren; deels zijn ze puur gericht op beloning van arbeidsparticipatie, deels op vermindering van *moral hazard*. Met dit laatste wordt bedoeld dat mensen die verzekerd zijn tegen inkomensverlies zich minder inspannen om arbeidsongeschiktheid te voorkomen, waardoor die eerder optreedt en langer duurt dan zonder verzekering. De kans op *moral hazard* neemt af als werknemers meer eigen risico dragen door lagere uitkeringen of strengere verzekeringsvoorwaarden. Andere financiële maatregelen, zoals loondispensatie of loonsubsidies, richten zich juist op werkgevers en zijn bedoeld om de discrepantie tussen loonkosten en productiviteit van mensen met een gezondheidsbeperking weg te nemen. Ook uitvoerders van sociale verzekeringen kunnen geprikkeld worden om oneigenlijk gebruik of nalatig gedrag te voorkomen, onder meer via claimbeoordeling en monitoring van cliënten.
De werking van deze prikkels is de afgelopen decennia empirisch onderzocht, maar meer voor werkloosheidsuitkeringen dan voor uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid. We presenteren de inzichten uit deze studies, waar nodig ook uit studies over andere vormen van non-participatie, om meer zicht te krijgen op de effecten van financiële prikkels.

8.2.1 Financiële prikkels voor werknemers

Uitkeringshoogte en -duur

In onderzoek van enkele decennia geleden werd de arbeidsdeelname meestal geanalyseerd als functie van de *replacement rate* of vervangingsvoet (de verhouding tussen potentiële uitkeringshoogte en het te verdienen loon) en demografische en gezondheidskenmerken. Parsons (1980) komt zo op een non-participatie-elasticiteit van 0,63 voor mannen van middelbare leeftijd, terwijl Slade (1984) deze op 0,81 schat. Deze elasticiteiten drukken uit wat het effect van een verhoging of verlaging van de beloning is op de arbeidsdeelname. Wanneer de ratio uitkeringshoogte versus te verdienen loon met 1% stijgt, stijgt de non-participatie van arbeidsongeschikten met 0,63% (Parsons) dan wel 0,81% (Slade).
Deze benadering is niet zonder problemen. Zo worden de afzonderlijke effecten van lonen en uitkeringshoogte op non-participatie genegeerd (Chen en Van der Klaauw 2008). Haveman en Wolfe (1984) hebben geprobeerd dit op te lossen door de 'werkelijke' waarde van de *replacement rate* te vervangen door een voorspelde waarde. Vergeleken met de studies van Parsons en Slade komen zij op veel lagere elasticiteiten; minder dan 0,03. Een kanttekening bij deze studie is dat om het effect van *replacement rate* te identificeren, verschillende variabelen die loon of uitkeringshoogte bepalen weggelaten zijn.
Later onderzoek richt zich meer op zogeheten quasi-experimenten (zie Chen en Van der Klaauw 2008 voor een overzicht[2]). Meyer et al. (1995) vinden in de Verenigde Staten significante effecten van de hoogte van de uitkering op de duur van die uitkering. Zij vergelijken individuen die arbeidsongeschikt zijn geraakt direct voor en direct na een verhoging van de maximale uitkering; de uitkering voor mensen aan de bovenkant van de inkomensverdeling steeg met ongeveer 50%, terwijl die voor mensen met lage

inkomens niet veranderde. Mensen met lage inkomens ondervonden dus geen verandering in financiële prikkels. De elasticiteiten die zij vinden, liggen tussen de 0,27 en 0,62, waarbij de meeste clusteren tussen de 0,3 en 0,4. Een stijging in uitkering met 50% betekende dus een stijging in uitkeringsduur van circa 15% tot 20%. Butler en Worrall (1985, 1993) vinden in hun onderzoek naar de relatie tussen uitkeringshoogte en uitkeringsduur van arbeidsongeschikten met lage rugpijn elasticiteiten tussen de 0,2 en 0,4. Andere onderzoekers, die een gelijksoortige techniek als Meyer et al. gebruikt hebben, komen tot hogere elasticiteiten. Krueger (1990) richt zich op een periode van negen maanden voorafgaand aan en drie maanden na een stijging van 5% van de minimum- en maximumuitkering voor arbeidsongeschiktheid in de Verenigde Staten en vindt een elasticiteit van 1. Curington (1994) richt zich niet op tijdelijke uitkeringen, zoals Krueger, maar op uitkeringen van blijvende gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Hij analyseert vier stijgingen in uitkeringshoogten gedurende een periode van 14 jaar in de Verenigde Staten en komt op een elasticiteit van bijna 1 voor de zwaardere handicaps. Voor de wat lichtere beperkingen zijn de elasticiteiten beduidend lager.
Gruber (2000) onderzoekt een beleidswijziging in Canada uit 1986, waardoor de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen verhoogd werden. Hij noteert een elasticiteit van non-participatie van 0,28 tot 0,36. Autor en Duggan (2003) concentreren zich ook op verschillen in de tijd en tussen regio's om de elasticiteiten te berekenen. Zij concluderen dat de arbeidsdeelname van arbeidsongeschikten in de Verenigde Staten 0,48 tot 0,61 procentpunt hoger was geweest als zij geen uitkering hadden gehad.
Chen en Van der Klaauw (2008) kiezen weer voor een andere benadering, de zogeheten vergelijkingsgroepbenadering. Hierbij wordt een steekproef van mensen wier uitkeringsaanvraag is afgewezen als controlegroep gebruikt. De arbeidsparticipatie van deze controlegroep wordt als een bovengrens gebruikt, rekening houdend met het feit dat de controlegroep waarschijnlijk gezonder is dan mensen wier aanvraag wel gehonoreerd is. Chen en Van der Klaauw schatten op deze manier dat in de jaren negentig de arbeidsdeelname van arbeidsgehandicapten in de Verenigde Staten maximaal 23% hoger was geweest als zij geen uitkering hadden gehad.

Sancties en bonussen

Sancties hebben bij het niet voldoen aan voorwaarden voor uitkeringen – hoewel onderzocht voor werkloosheidsuitkeringen – een sterk effect op de overgang van non-participatie naar participatie (Van den Berg et al. 2004; Abbring et al. 2005; Van der Klaauw en Van Ours 2011).[3] De gevonden elasticiteiten liggen tussen de 2 en de 5, afhankelijk van de sector waarin mensen werkzaam zijn. Dat de elasticiteiten voor sancties beduidend hoger zijn dan voor uitkeringshoogte – zoals gevonden voor werkloosheidsuitkeringen (Layard et al. 1991; Devine en Kiefer 1991) en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen – komt doordat het inkomen door een sanctie vaak abrupter en substantiëler daalt dan door een generieke uitkeringsverandering (zie Van der Klaauw en Van Ours 2011).
Ook positieve prikkels zoals bonussen en premies kunnen mensen stimuleren betaald werk te gaan doen. Van der Klaauw en Van Ours (2011) troffen dat effect aan bij vrouwelijke bijstandsgerechtigden. Het effect van een bonussen is echter minder dan dat van

sancties. Bij een bonus stijgt voor mannen de kans op werkhervatting binnen twee jaar na de start van de bijstandsuitkering met minder dan 0,5 procentpunt, terwijl dit voor vrouwen 1 procentpunt is. Een sanctie daarentegen verhoogt de werkhervattingskans van mannen met bijna 3 procentpunt en van vrouwen met meer dan 5 procentpunt.

Intensieve toetsing

Intensieve toetsing vergroot de pakkans bij nalatigheid en daarmee ook de prikkel van een boete (Van der Klaauw 2010). Bovendien kunnen werkgevers door intensieve toetsing minder makkelijk werknemers laten afvloeien via arbeidsongeschiktheid. Intensieve toetsing legt ook meer verantwoordelijkheid voor preventie van langdurig ziekteverzuim bij werkgevers en werknemers. De Jong et al. (2011) onderzochten in Nederland de effecten van een strengere controle van de aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering op de instroom. Zij deden dit met een quasi-experiment, waarbij twee regio's een strengere toetsinstructie kregen dan de landelijk geldende. Het effect op korte termijn was circa 5% minder aanvragen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Ook het langdurig ziekteverzuim daalde met eenzelfde percentage.

8.2.2 Financiële prikkels voor werkgevers

Werkgevers kunnen een tegemoetkoming krijgen voor het in dienst nemen en houden van mensen met een gezondheidsbeperking om hun eventueel lagere productiviteit te compenseren. De effecten van die tegemoetkomingen blijken echter beperkt, zeker op het individuele niveau. De Graaf-Zijl et al. (2006) laten zien dat financiële prikkels als loonkostensubsidies, no-riskpolissen voor ziekteverzuim en 'niet-goed-geld-teruggaranties' de kans op aanstelling van een arbeidsongeschikte nauwelijks beïnvloeden. Vergeleken met de invloed die mensen zelf hebben op hun baankans is het effect verwaarloosbaar. Zelfs een loonkostensubsidie van 50% van het loon leidt niet tot een substantiële verhoging van de kans op een aanstelling (van 25 naar 27-31%). Soortgelijke resultaten vonden Venetoklis en Kangasharju (2003) op basis van paneldata voor Finse bedrijven.
Voor de geringe effectiviteit op organisatieniveau zijn diverse verklaringen (De Graaf-Zijl et al. 2006: 24). Zo zijn werkgevers bedacht voor de administratieve lasten van subsidies. Ook kan loonkostensubsidie voor werkgevers het signaal zijn voor een lage productiviteit. En niet alle werkgevers zijn even gevoelig voor een financiële prikkel; budgeteigenaren zoals directeuren en vennoten blijken daarvoor gevoeliger dan niet-budgeteigenaren.

Naast het individuele effect kunnen we ook kijken naar het effect op de totale werkgelegenheid. Het kan zijn dat werkgevers meer vacatures openen of dat mensen met een gezondheidsbeperking zich eerder aanbieden omdat zij hun baankansen hoger inschatten. Een mogelijk effect is ook een betere match tussen werkgever en werknemer (zie Phelps 1994; De Graaf-Zijl et al. 2006: 35). Dit macro-effect is volgens schattingen van De Mooij (2006) beperkt, maar positief. De Mooij schat voor laagopgeleiden een werkgelegenheidstoename van 0,5% door loonkostensubsidies. Katz (1996) komt eveneens

op een beperkt positief effect. Hij onderzocht in de Verenigde Staten de maatregel dat werkgevers minder belasting hoeven te betalen voor jongeren met een afstand tot de arbeidsmarkt en vond dat hun baankansen inderdaad stegen, maar hooguit matig. Datta Gupta en Larsen (2008) constateerden bij loonkostensubsidies in Denemarken (in 1998 geïntroduceerd) wat grotere effecten: de baankans voor arbeidsongeschikten van 35-44 jaar steeg met 10,5 tot 12,5 procentpunt. Voor ouderen en jongeren is die stijging lager. Zij concluderen verder enige mate van *deathweight loss*: subsidies die ingezet zijn voor mensen die ook zonder subsidie aan het werk waren gekomen. Vergeleken met de niet-arbeidsongeschikten steeg de baankans voor arbeidsongeschikten na introductie van loonkostensubsidies met 5-8%. Humer et al. (2007) onderzochten in Oostenrijk de verplichting van werkgevers om een minimaal aantal arbeidsbeperkten in dienst te nemen voor wie zij subsidies ontvingen. De baankansen van mensen die al werkten voordat zij gezondheidsbeperkingen kregen namen inderdaad toe, maar die van mensen die voorheen niet werkten namen juist af. Jaenichen en Stephan (2011) komen voor Duitsland ook tot hooguit gematigd positieve werkgelegenheidseffecten van loonkostensubsidies, afhankelijk van de vergelijkingsgroep. De arbeidsparticipatie van mensen die gebruik hebben gemaakt van loonkostensubsidie is na 3 jaar 25-42% hoger dan die van mensen die op het moment van toekenning niet participeerden. Vergeleken met mensen met dezelfde kenmerken die in een reguliere baan terecht kwamen is het verschil in arbeidsparticipatie na 3 jaar evenwel marginaal. De onderzoekers verklaren dit verschil vooral door *deathweight loss*.

Meer werkgelegenheid voor mensen met gezondheidsbeperkingen betekent vaak ook meer zogenoemde *dead-end jobs*, banen met weinig vooruitzicht op promotie of salarisverhoging (Oskamp en Snower 2008; Connolly en Gottschalk 2009). Worden in plaats van werkgevers werknemers gesubsidieerd, dan blijken de werkgelegenheidseffecten groter (Bell en Heitmueller 2009; Bell et al. 1999). Om de werking van werkgevers- en werknemerssubsidies te vergelijken hebben Woodbury en Spiegelman (1987) een experiment opgezet voor de staat Illinois in de Verenigde Staten. Nieuwe uitkeringsgerechtigden werden random toegewezen aan drie verschillende groepen. In een groep kregen de uitkeringsgerechtigden 500 dollar als zij binnen elf weken een baan hadden, in een groep kregen zij 500 dollar subsidie die zij konden 'inlossen' bij een werkgever en in een groep kregen de deelnemers niets. De subsidie voor werknemers leidde tot kleine maar significante effecten, terwijl die voor werkgevers geen enkel effect sorteerde: slechts 3% van de betreffende groep uitkeringsgerechtigden kon de subsidie inlossen bij de werkgever. De onderzoekers verklaren dit uit de kosten die gemoeid gaan met subsidie claimen en de vrees voor het stigmatiserende effect van zo'n subsidie; mensen met goede vaardigheden bleken veel minder de subsidie te claimen dan mensen zonder deze vaardigheden. Dat loonkostensubsidies leiden tot stigmatisering, en dus tot verminderde baankansen, is ook de conclusie van onderzoek van Burtless (1985) en Holonbeck en Willke (1991), eveneens in de Verenigde Staten.

8.2.3 Relatieve belang financiële prikkels

De arbeidsparticipatie van mensen met een gezondheidsbeperking is niet alleen afhankelijk van financiële prikkels. De Graaf-Zijl et al. (2006) hebben de invloed van financiële prikkels voor werkgevers afgezet tegen de invloed van andere, meer persoonsgebonden, factoren op de baankans van werkzoekenden aan de onderkant van de arbeidsmarkt. De invloed van financiële prikkels bleek gering; werkervaring, een baan, een relevant netwerk en een maximale leeftijd van 35 jaar hebben een veel grotere (positieve) invloed op de individuele baankans.

Andersoortig activerend arbeidsmarkbeleid, specifiek begeleiding en bemiddeling, blijkt eveneens positieve effecten te kunnen sorteren. Begeleidings- en bemiddelingsprogramma's resulteren in een lagere werkloosheid onder arbeidsgehandicapten en een geringere afhankelijkheid van subsidies, zo blijkt uit evaluaties van het Britse *New Deal for Disabled People*, het Australische *Job Network* en de Oostenrijkse *Arbeitsassistenz* (Tsiachristas et al. 2008). Re-integratieinitatieven gericht op het vergroten van vaardigheid en arbeidscapaciteit, in veel landen een kernelement van het activerend arbeidsmarktbeleid, zijn alleen effectief in combinatie met begeleiding en bemiddeling (Tsiachristas et al. 2008: iii). Vormen van re-integratie waarbij re-integratie gekoppeld is aan een specifieke baan en met inzet van de werkgever bieden de hoogste baankansen. Worden verschillende vormen van activerend arbeidsmarkt vergeleken, dan scoren loonkostensubsidies evenwel het best waar het gaat om stimulering van werkgelegenheid voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt – zo laat Sianesi (2003) zien voor Zweden. Wettelijke verplichtingen, specifiek quota, blijken ook een positieve invloed te kunnen hebben op de toegang van arbeidsgehandicapten tot regulier werk. Duitsland en Oostenrijk behoren tot de weinige landen met een quotasysteem. Ervaringen in deze landen tonen een grote werkgeversbetrokkenheid. Een positieve werking is evenwel aan voorwaarden gebonden. Zo dient sprake te zijn van strikte handhaving. Ook dient de quotumverplichting samen te gaan met subsidies die de tewerkstelling ondersteunen (Tsiachristas et al. 2008).

8.3 Financiële prikkels in de WIA

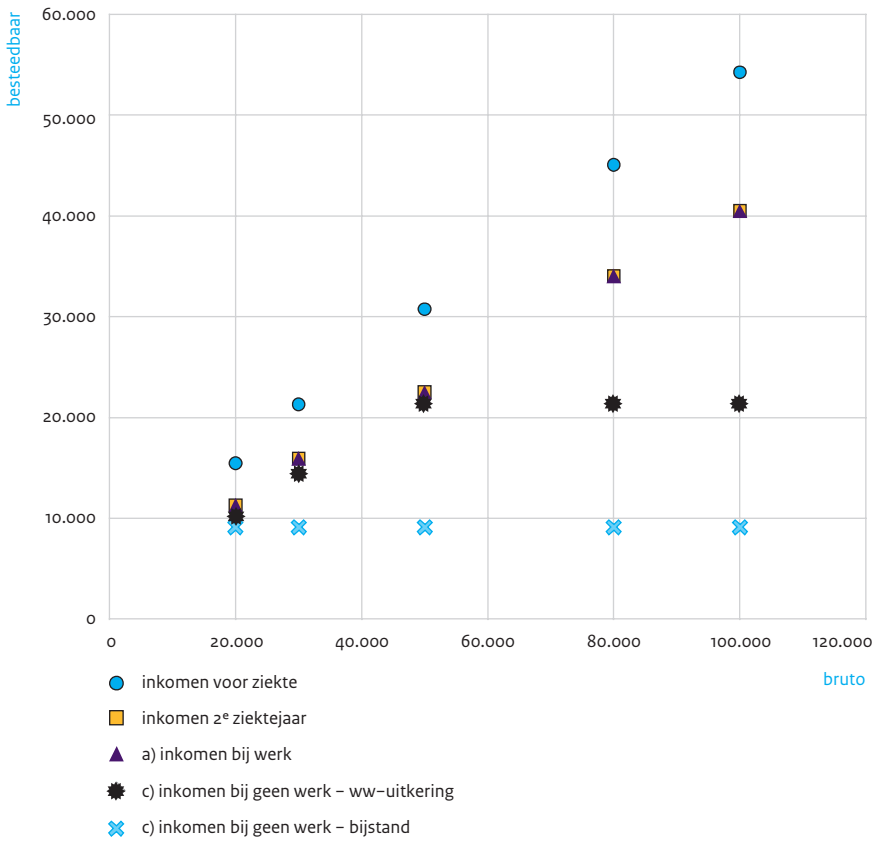
In deze paragraaf richten we ons op de financiële prikkels in de WIA en onderzoeken we hoe deze prikkels uitwerken. Daartoe hebben we berekend wat voor verschillende groepen arbeidsongeschikten, van gedeeltelijk tot volledig arbeidsongeschikt en van lage tot hoge inkomens, de consequenties in inkomen zijn van al dan niet een betaalde baan hebben. Voor deze 'voorbeeldgroepen[4]' laten we zien hoe het besteedbaar inkomen zich ontwikkelt wanneer na het tweede ziektejaar een overgang plaatsvindt naar werk (a), arbeidsongeschiktheid (zonder werk) (b) of werkloosheid (c) of bijstand (c) (zie figuur 8.1-8.4). De onderliggende bepalingen zijn opgenomen in bijlage B8.1, de exacte inkomens in bijlage B8.2 (te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport).

8.3.1 Inkomensverschillen tussen werk en geen werk

We bekijken de inkomensverschillen tussen werk en geen werk, ervan uitgaande dat het percentage arbeidsongeschiktheid tot een gelijke terugval in werk en brutoloon leidt. Als eerste kijken we naar de groep mensen die voor 30% arbeidsongeschikt zijn bevonden. Zij horen tot de zogeheten 35-minners: mensen die voor minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn beoordeeld en geen recht hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. In figuur 8.1 zien we dat alleen de mensen met de hoogste bruto-inkomens beter af zijn met een betaalde baan. Bij inkomens tot 50.000 euro leidt uitstroom in werkloosheidsuitkeringen tot ongeveer hetzelfde besteedbaar inkomen als een betaalde baan.

Figuur 8.1

30% arbeidsongeschikt, besteedbaar inkomen bij werk of geen werk (in euro's)



Bron: SCP

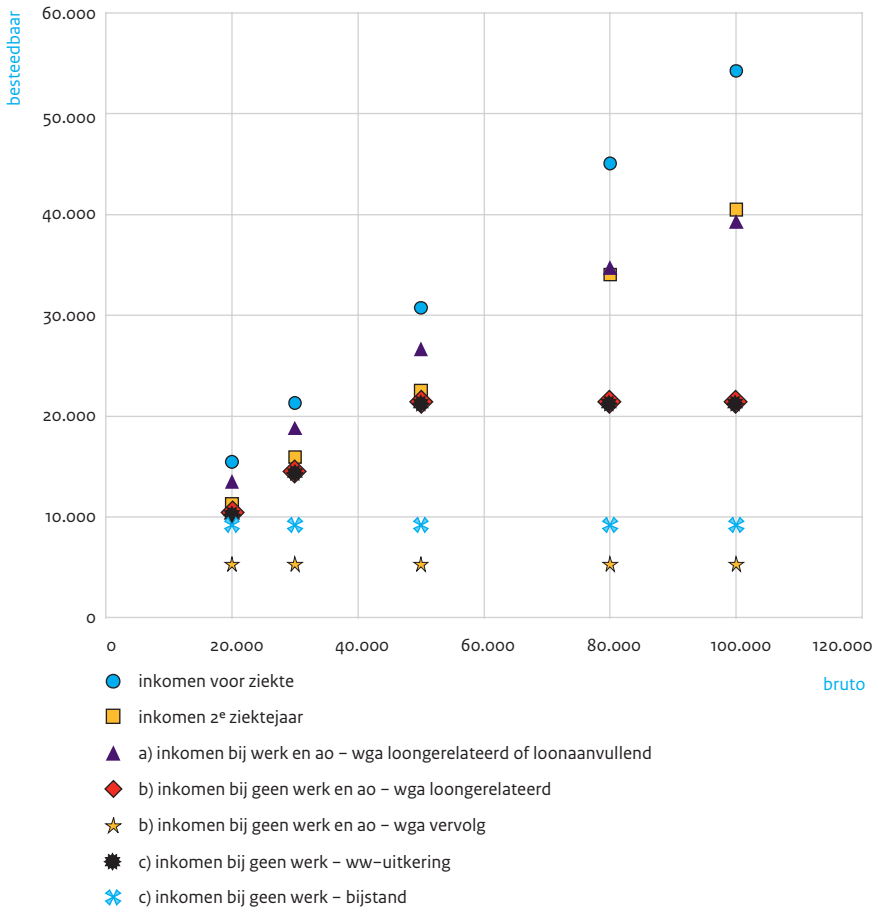
Voor de laagste inkomens (20.000 euro bruto) betekent uitstroom in de bijstand een inkomensverlies van 18%. We moeten hierbij aantekenen dat de bijstandscijfers in figuur 8.1 gelden voor alleenstaanden. Voor mensen met een partner met inkomen is het bijstandsniveau lager en het inkomensverschil dus groter.

De tweede categorie betreft mensen die voor 50% arbeidsongeschikt zijn bevonden. Zij behoren tot de groep gedeeltelijk arbeidsongeschikten met een verlies aan verdiencapaciteit van 35%-80%. Zij hebben recht op een loongerelateerde uitkering krachtens de Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WGA) van maximaal 38 maanden, afhankelijk van hun arbeidsverleden. Na afloop van die periode kunnen zij aanspraak maken op een loonaanvullende uitkering als ze voldoen aan het criterium van voldoende werken (d.w.z minimaal de helft van de resterende verdiencapaciteit gebruiken). Voldoen ze niet aan dat criterium, dan hebben ze recht op een WGA-vervolguitkering. De hoogte van die vervolguitkering is een percentage van het minimumloon dat oploopt met het arbeidsongeschiktheidspercentage (minimaal 28%, maximaal 50,75%).
Voor deze mensen geldt een duidelijke prikkel om hun verdiencapaciteit in te zetten, zowel voor de hogere als de lagere inkomens (zie figuur 8.2). Als zij niet werken ligt hun inkomen beduidend lager dan als ze wel werken, zeker als ze aangewezen zijn op de WGA-vervolguitkering. De relatieve inkomensvooruitgang bij werken is het grootst voor de hoogste inkomens.
De gevolgen van instroom in een WW-uitkering dan wel in een loongerelateerde uitkering zijn voor 50% arbeidsongeschikten om het even.

De derde groep omvat mensen die voor 85% arbeidsongeschikt zijn bevonden, zij het tijdelijk. Zij zijn volledig maar niet duurzaam arbeidsongeschikt. Ook hun inkomen ligt bij werken hoger dan bij niet werken (zie figuur 8.3). Het verschil tussen werken met volledige inzet van de restverdiencapaciteit en niet werken is voor mensen met de laagste inkomens 1500 euro op jaarbasis en voor de hoogste inkomens bijna 6500 euro. Daar staat tegenover dat als de volledige arbeidsongeschiktheid blijft voortduren men tot aan pensionering recht houdt op de WGA-loonaanvullende uitkering.

Figuur 8.2

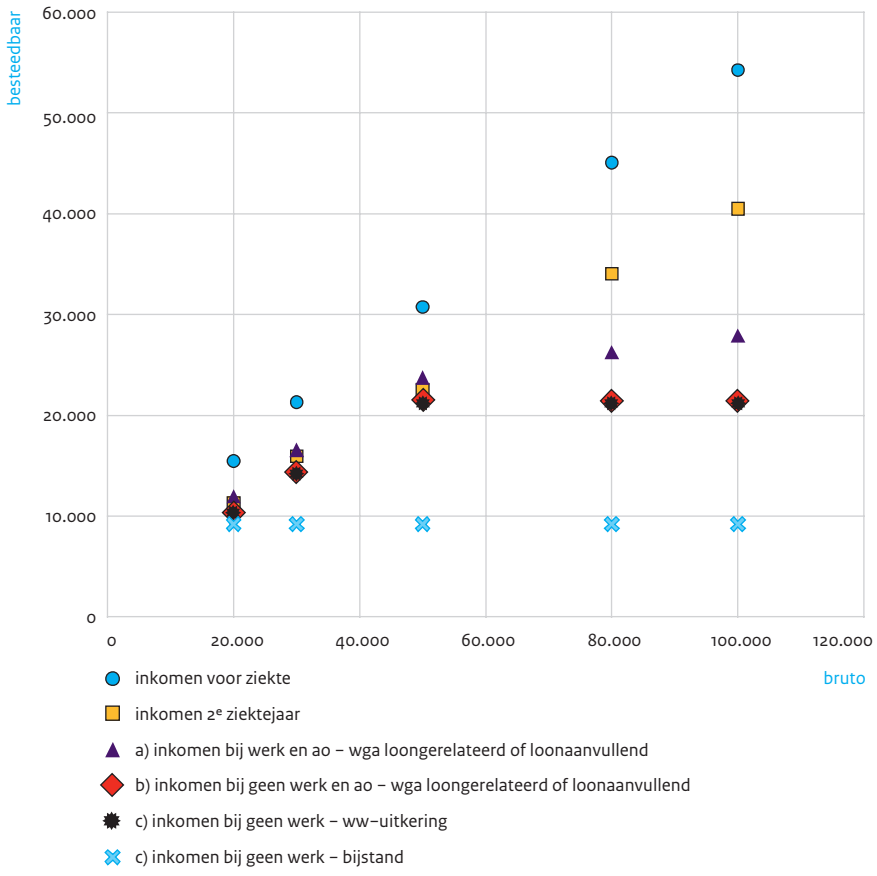
50% arbeidsongeschikt, besteedbaar inkomen bij werk of geen werk (in euro's)



Bron: SCP

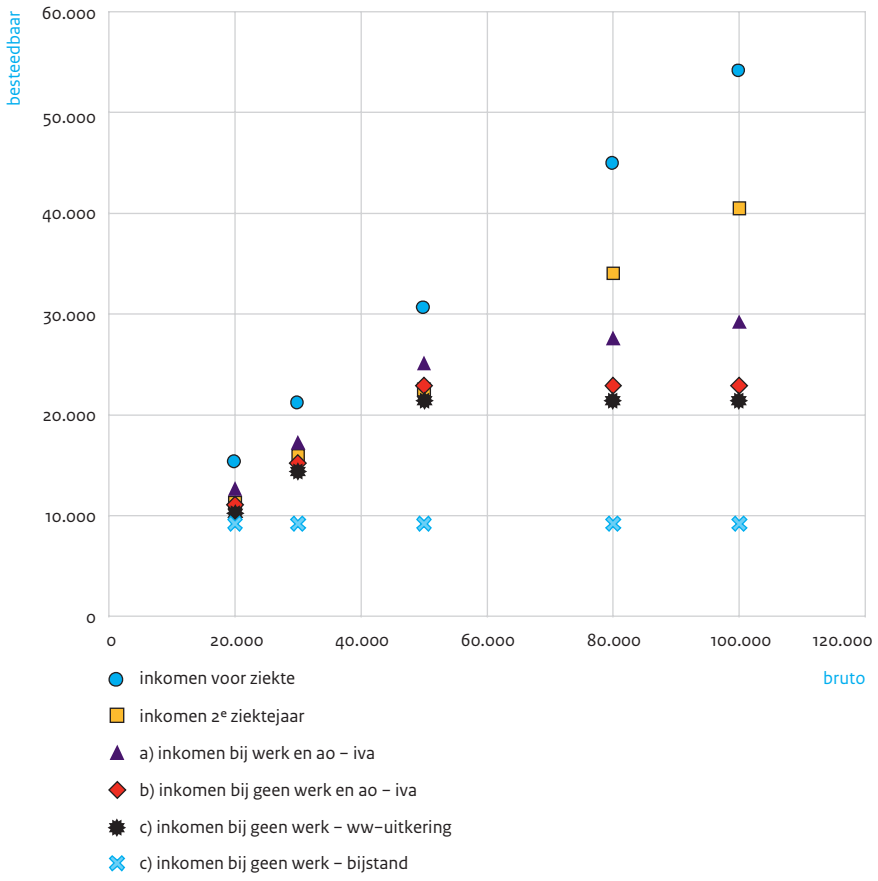
Figuur 8.3

85% tijdelijk arbeidsongeschikt, besteedbaar inkomen bij werk of geen werk (in euro's)



Bron: SCP

Figuur 8.4
85% blijvend arbeidsongeschikt, besteedbaar inkomen bij werk of geen werk (in euro's)



Bron: SCP

Ten slotte kijken we naar de mensen die voor 85% blijvend arbeidsongeschikt zijn bevonden. Zij ontvangen inkomen uit de regeling Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten (IVA). Ook voor hen geldt dat het inkomen bij werken hoger ligt dan bij niet werken (figuur 8.4). Het inkomensvoordeel van werken is vergelijkbaar met dat voor 85% tijdelijk arbeidsongeschikten. Het recht op een IVA-uitkering blijft bestaan tot aan pensionering als men volledig arbeidsongeschikt blijft.

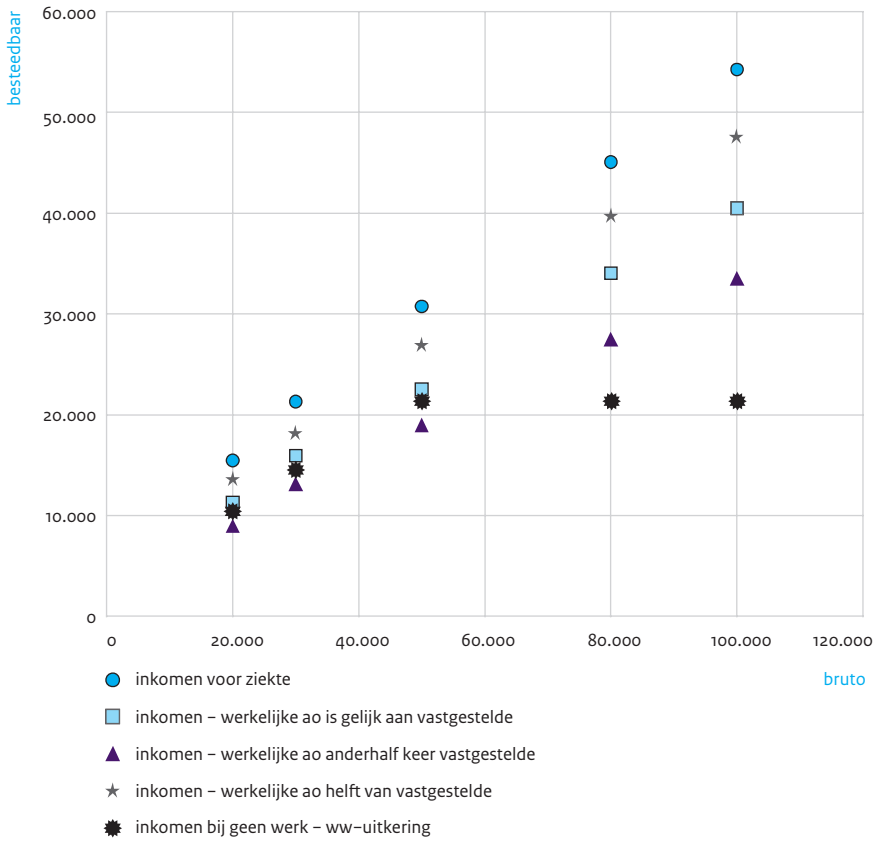
8.3.2 Inkomensverschil bij afwijking van verdiencapaciteit

Tot nu toe gingen we er in de berekeningen van uit dat arbeidsongeschikten hun resterende verdiencapaciteit inzetten bij arbeidsparticipatie. Maar stel nu dat ze meer of minder werken dan de officieel vastgestelde verdiencapaciteit? Zijn er misschien verborgen financiële prikkels om die verdiencapaciteit meer of minder in te zetten?
Om deze vraag te beantwoorden, vergelijken we het inkomen bij het vastgestelde arbeidsongeschiktheidspercentage met twee varianten:

1 de werkelijke arbeidsongeschiktheid is 1,5 keer zo groot als de vastgestelde en
2 de werkelijke arbeidsongeschiktheid is slechts de helft van de vastgestelde.

We doen dit voor twee groepen: mensen die voor 30% arbeidsongeschikt zijn en mensen die dat voor 50% zijn.[5]

Figuur 8.5
30% arbeidsongeschikt, besteedbaar inkomen bij variërende inzet van verdiencapaciteit (in euro's)



Bron: SCP

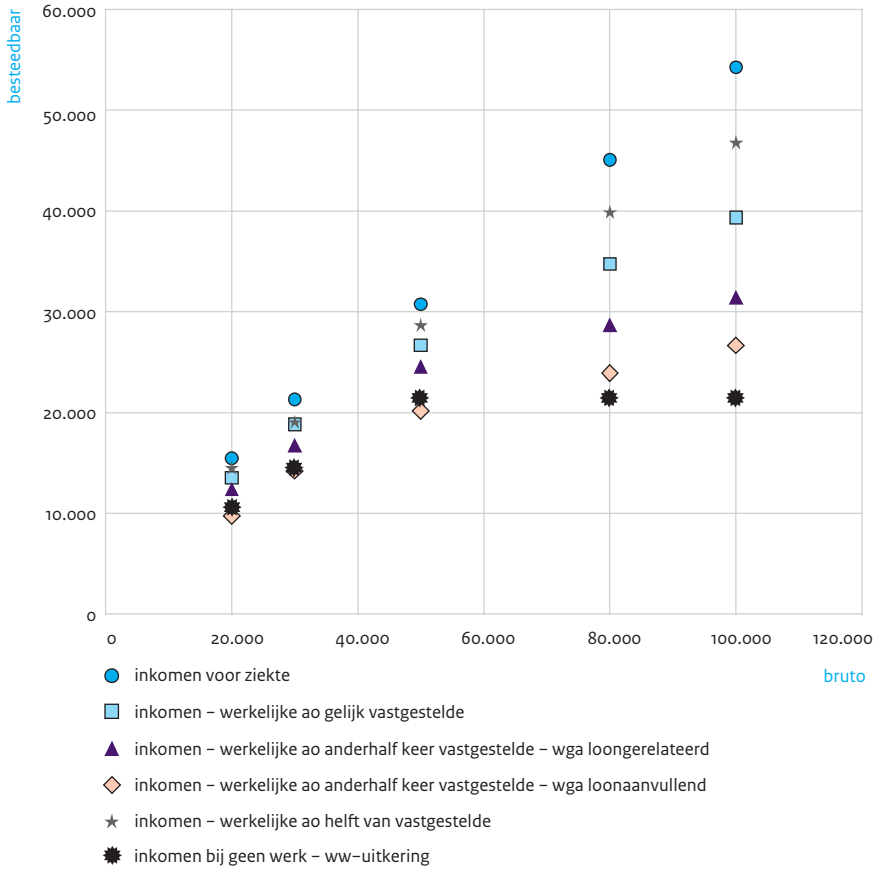
Figuur 8.5 laat zien dat voor 30% arbeidsongeschikten het voordeel van uitstroom naar een werkloosheidsuitkering groter is bij mensen die in werkelijkheid minder werken dan ze formeel zouden kunnen. Voor de inkomens tot 50.000 euro is het inkomen uit een werkloosheidsuitkering zelfs hoger dan bij inzet van de 'werkelijke of praktische' verdiencapaciteit. De prikkel tot werken wordt dus kleiner voor groepen die in werkelijkheid een grotere teruggang kennen in verdiencapaciteit dan vastgesteld is. Is de werkelijke verdiencapaciteit groter dan de vastgestelde, dan geldt het omgekeerde: het relatieve inkomensvoordeel van werken wordt groter, zowel voor de lagere als voor de hogere inkomens.

Voor de groep 50% arbeidsongeschikten geldt (na het tweede ziektejaar, tijdens de periode van loongerelateerde uitkering) dat het totale besteedbare inkomen stijgt naarmate meer verdiencapaciteit ingezet wordt, vooral bij inkomens vanaf 50.000 euro (zie figuur 8.6).

Worden voor deze groep de relatieve inkomstenwinsten van de overgangen van geen naar 25% participatie,[6] van 25 naar 50% en van 50 naar 75% participatie vergeleken dan blijkt de overgang van geen naar 25% participatie de grootste inkomenswinst te genereren. Daarbij is de inkomenswinst het grootst voor de hoogste inkomens: 47%. De volgende stappen, naar volledige inzet van de verdiencapaciteit of meer dan dat, blijven daar, voor elk van de inkomensniveaus, ruim bij achter. Voor de inkomens rond 30.000 euro is meer werken dan de vastgestelde verdiencapaciteit nauwelijks rendabel.

Figuur 8.6

50% arbeidsongeschikt, besteedbaar inkomen bij variërende inzet van verdiencapaciteit (in euro's)



Bron: SCP

Tabel 8.1

Toename inkomen door meer werken, naar type arbeidsongeschiktheid (in procenten)

oud loon (bruto) besteedbaar	uitkering WGA-loongerelateerd			uitkering WGA-loonaanvullend		
50% arbeids-ongeschikt						
	ao 200-150% 0-25% werk	ao 150-100%[a] 25-50% werk	ao 100-50% 50-75% werk	ao 200150% 0-25% werk	ao 150-100% 25-50% werk	ao 100-50% 50-75% werk
(20.000) 15.465	19	9	8	83	39	8
(30.000) 21.295	16	12	1	167	32	1
(50.000) 30.743	15	8	8	278	32	8
(80.000) 45.059	34	21	15	348	45	15
(100.000) 54.239	47	25	19	400	47	19

85% tijdelijk arbeidsongeschikt	WGA-loongerelateerd/ WGA-loonaanvullend	
	ao 150-100% 0-15% werk	ao 100-50% 15-57,5% werk
(20.000) 15.465	14	16
(30.000) 21.295	14	11
(50.000) 30.743	11	15
(80.000) 45.059	22	38
(100.000) 54.239	30	65

85% blijvend arbeidsongeschikt	IVA	
	ao 150-100% 0-15% werk	ao 100-50% 15-57,5% werk
(20.000) 15.465	14	14
(30.000) 21.295	13	10
(50.000) 30.743	10	14
(80.000) 45.059	21	35
(100.000) 54.239	28	46

a AO 150% betekent dat 150% van het vastgestelde AO% geëffectueerd wordt. Bij een vastgesteld AO% van 50%, betekent dit een feitelijk AO% van 75%. AO 100% betekent een feitelijk AO-percentage gelijk aan het vastgestelde arbeidsongeschiktheidspercentage. AO 50% betekent dat de helft van het vastgestelde AO% geëffectueerd wordt. AO 200% geeft aan dat de werkelijke arbeidsongeschiktheid 2x zo groot is als de vastgestelde arbeidsongeschiktheid. Bij een vastgesteld AO% van 50% betekent een werkelijk AO% van 200% dat iemand volledig arbeidsongeschikt is: AO% is 100%.

Bron: SCP

Als we voor de groep *50% arbeidsongeschikten* kijken naar de periode dat de WGA-loongerelateerde uitkering is overgegaan in een WGA-loonaanvullende uitkering, dan is de relatieve inkomenswinst ook het grootst voor de overgang van geen naar 25% werk. De winst neemt toe naarmate het inkomen stijgt, tot een verviervoudiging voor de hoogste inkomens. Mensen met een loonaanvullende uitkering kunnen ook veel winnen bij de overgang van 25 naar 50% werken. Zowel de laagste als de hoogste inkomens zien hun inkomsten met meer dan 30% stijgen als zij hun hele in plaats van hun halve verdiencapaciteit inzetten. Inzet van meer verdiencapaciteit is veel minder lonend.

Voor de groep *85% tijdelijk arbeidsongeschikten* betekent de overgang van geen werk naar 15% werk (de vastgestelde verdiencapaciteit) een inkomensverbetering van 14% voor de laagste inkomens en 30% voor de hoogste. Voor de groep met een inkomen rond 50.000 euro is de inkomenswinst het laagst: 11%. Inzet van meer dan de vastgestelde verdiencapaciteit is vooral voor de hoogste inkomens lonend.

Voor de groep *85% blijvend arbeidsongeschikten* is de prikkel tot werken voor de inkomens rond 50.000 euro het geringst. Volledige inzet van de vastgestelde verdiencapaciteit leidt tot een inkomensverbetering van 10% ten opzichte van geen arbeidsdeelname. Voor de hoogste inkomens is de inkomensverbetering meer dan het dubbele: 28%. De substantiële stap van 15 naar 57,5% participatie leidt voor de laagste inkomens tot een beperkte inkomensvooruitgang: voor de inkomens rond 20.000 euro 14% en voor de inkomens rond 30.000 euro slechts 10%. Voor de hoogste inkomens is dat 46%.

Kortom, zowel voor gedeeltelijk als volledig arbeidsongeschikten is de inkomensvooruitgang van arbeidsparticipatie relatief groot, ook al wordt niet de gehele vastgestelde verdiencapaciteit ingezet. De inkomensvooruitgang die gerealiseerd kan worden door inzet van de gehele vastgestelde verdiencapaciteit (in plaats van een gedeelte) blijft daarbij achter, zeker voor de lagere inkomens. Zet men 1,5 keer de verdiencapaciteit in, dan hebben de lagere inkomens nauwelijks een overeenkomstig inkomensvoordeel. Voor 35-minners geldt dat de prikkel tot werken – op korte termijn en bij WW-rechten – kleiner is als de werkelijke verdiencapaciteit onder de vastgestelde verdiencapaciteit zit. Is de werkelijke verdiencapaciteit groter dan de vastgestelde, dan geldt het omgekeerde: het relatieve inkomensvoordeel van werken wordt groter, voor alle inkomensniveaus.

8.3.2 Aandeel arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in totale inkomen

Als laatste onderdeel in deze analyse van de prikkelstructuur zetten we uiteen welk aandeel de arbeidsongeschiktheidsuitkering heeft in het totale jaarinkomen (zie tabel 8.2). We laten zien in hoeverre de arbeidsongeschiktheidsuitkering varieert met een verandering in de inzet van verdiencapaciteit.

50% arbeidsongeschikten krijgen een lagere uitkering naarmate ze meer werken – zowel absoluut als in aandeel van het totale inkomen. Als de laagste inkomens 50% van de vastgestelde verdiencapaciteit werken, komt de uitkering op 41% van het inkomen; bij

inzet van 25% van de vastgestelde verdiencapaciteit wordt het aandeel van de uitkering 58-68% en bij 75% vastgestelde verdiencapaciteit slechts 32%. Voor de hoogste inkomens zijn de verschillen in het aandeel van de uitkering groter. Inkomens rond de 50.000 euro bruto ontvangen de hoogste uitkeringen. Vanwege het maximale dagloon waarop de WIA-uitkeringen gebaseerd zijn, dalen de uitkeringen bij verder stijgende inkomens. Bij de *85% tijdelijk arbeidsongeschikten* met inkomens tot 50.000 euro bestaat 80% uit uitkeringen als zij net zo veel werken als hun vastgestelde verdiencapaciteit. Voor de hoogste inkomens is dit 66%. Wanneer hun werkelijke arbeidsongeschiktheid de helft bedraagt van de vastgestelde arbeidsongeschiktheid, halveren ook de uitkeringen. Het aandeel van de uitkering in het totale inkomen daalt dan naar 20-34%. Bij de *85% blijvend arbeidsongeschikten* daalt het aandeel van de uitkering in het totale inkomen met ruim 50% als zij 57,7% verdiencapaciteit inzetten in plaats van de vastgestelde 15%.

Zo bestaat het inkomen van mensen met een oud bruto-inkomen van 20.000 euro voor 80% uit een uitkering wanneer zij werken in lijn met hun vastgestelde arbeidsongeschiktheid. Is hun arbeidsongeschiktheid de helft van de vastgestelde – en participeren zij 57,5% in plaats van 15% – dan bestaat hun inkomen nog voor 34% uit arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

Tabel 8.2

Hoogte uitkering en aandeel in jaarinkomen, naar type arbeidsongeschiktheid (in euro's en procenten)

vastgestelde arbeids-ongeschikt-heid	oude loon (bruto)	WGA-loongerelateerd				WGA-loonaanvullend			
		0% werk	25% werk[a] ao 150%[b]	50% werk ao 100%	75% werk ao 50%	0% werk	25% werk ao 150%	50% werk ao 100%	75% werk ao 50%
50%	(20.000) 15.465	1,00 (10.454)	0,68 (8.432)	0,41 (5.538)	0,32 (5.249)	1,00 (5.333)	0,58 (5.653)	0,41 (5.538)	0,32 (5.249)
	(30.000) 21.295	1,00 (14.493)	0,68 (11.391)	0,41 (7.723)	0,32 (6.892)	1,00 (5.333)	0,58 (8.248)	0,41 (7.723)	0,32 (6.892)
	(50.000) 30.743	1,00 (21.442)	0,68 (16.713)	0,41 (10.930)	0,32 (10.723)	1,00 (5.333)	0,58 (11.680)	0,41 (10.930)	0,32 (10.723)
	(80.000) 45.059	1,00 (21.442)	0,57 (16.364)	0,30 (10.419)	0,23 (10.099)	1,00 (5.333)	0,47 (11.226)	0,30 (10.419)	0,23 (10.099)
	(100.000) 54.239	1,00 (21.442)	0,51 (16.030)	0,26 (10.223)	0,19 (9.651)	1,00 (5.333)	0,41 (10.930)	0,26 (10.224)	0,19 (9.651)

		WGA-loongerelateerd; WGA -loonaanvullend		
		0% werk	15% werk ao 100%	57,7% werk ao 50%
85% tijdelijk	(20.000) 15.465	1,00 (10.454)	0,80 (9.565)	0,34 (4.706)
	(30.000) 21.295	1,00 (14.493)	0,80 (13.253)	0,34 (6.240)
	(50.000) 30.743	1,00 (21.442)	0,80 (18.998)	0,34 (9.276)
	(80.000) 45.059	1,00 (21.442)	0,71 (18.632)	0,24 (8.865)
	(100.000) 54.239	1,00 (21.442)	0,66 (18.410)	0,21 (8.727)

Tabel 8.2 (vervolg)

vastgestelde arbeids-ongeschikt-heid	oude loon (bruto)	WGA-loongerelateerd	WGA-loonaanvullend	
			IVA	
		0% werk	15% werk	57,7% werk
			AO 100%	AO 50%
85% blijvend	(20.000) 15.465	1,0 (11.096)	0,81 (10.283)	0,38 (5.514)
	(30.000) 21.295	1,0 (15.225)	0,81 (13.985)	0,38 (7.240)
	(50.000) 30.743	1,0 (22.892)	0,81 (20.358)	0,38 (10.883)
	(80.000) 45.059	1,0 (22.892)	0,73 (20.164)	0,27 (10.105)
	(100.000) 54.239	1,0 (22.892)	0,68 (19.890)	0,23 (9.822)

a De loonaanvullende uitkering rekent bij een inzet van 50 tot 100% van de verdiencapaciteit niet het daadwerkelijk verdiende loon, maar het loon bij volledige benutting van de verdiencapaciteit. Daardoor wijken de uitkeringen van de loonaanvullende en de loongerelateerde uitkering van elkaar af.

b AO 150% betekent dat 150% van het vastgestelde AO% geëffectueerd wordt. Bij een vastgesteld AO% van 50%, betekent dit een feitelijk AO% van 75%. AO 100% betekent een feitelijk AO-percentage gelijk aan het vastgestelde arbeidsongeschiktheidspercentage. AO 50% betekent dat de helft van het vastgestelde AO% geëffectueerd wordt. AO 200% geeft aan dat de werkelijke arbeidsongeschiktheid 2x zo groot is als de vastgestelde arbeidsongeschiktheid. Bij een vastgesteld AO% van 50% betekent een werkelijk AO% van 200% dat iemand volledig arbeidsongeschikt is: AO% is 100%.

Bron: SCP

8.4 Gevolgen van uitkeringshoogte voor aanvraag en instroom

Uit het literatuuroverzicht in paragraaf 8.2 bleek dat de vraag naar arbeidsongeschiktheidsuitkeringen samenhangt met de uitkeringshoogte. Een aantal buitenlandse onderzoeken was gebaseerd op zogeheten quasi-experimenten, waarbij een deel van de populatie te maken kreeg met een bepaalde beleidsverandering en een ander deel niet. Hebben we in Nederland ook te maken gehad met een beleidswijziging die slechts een deel van de populatie arbeidsgehandicapten trof en waaruit we consequenties in termen van participatie en uitkeringsvraag af zouden kunnen leiden? De invoering van de zogeheten correctiefactor bij de bepaling van WIA-uitkeringen in 2007 lijkt zo'n voorbeeld. Sommige groepen kregen een substantieel hogere uitkering, andere niet. We onderzoeken de gevolgen van deze beleidswijziging voor de uitkeringsaanvraag en – toewijzing.

8.4.1 Verandering in uitkeringshoogte door invoering correctiefactor

Het uitkeringsregime van de WIA, zoals geldend in 2006, had voor arbeidsongeschikten die hun resterende verdiencapaciteit inzetten en meer verdienden dan het gemaximeerde dagloon (zie B8.1 in de bijlage, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport) tot gevolg dat zij weinig tot geen uitkering meer ontvingen, terwijl zij wel aan alle voorwaarden voldeden. Gedeeltelijk arbeidsongeschikten die bijvoorbeeld meer dan tweemaal het gemaximeerde dagloon verdienden, hadden geen recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, terwijl zij wel hun resterende verdiencapaciteit inzetten. Zij werkten dus naar vermogen. Om hen financieel te compenseren is in 2007 de correctiefactor ingevoerd. Deze factor is de ratio van het 'oude' (voor ziekte) gemaximeerde dagloon en het 'oude' ongemaximeerde dagloon. Deze is neutraal zolang het oude loon lager of gelijk is aan het gemaximeerde dagloon. Bij hogere 'oude' lonen wordt de correctiefactor kleiner dan 1. Zodoende is de uitkering bij werken naar vermogen altijd positief (TK 2005/2006).

Kader 8.1 WIA-uitkeringen en correctiefactor

De WGA-*loongerelateerde uitkering* is gebaseerd op 70% van het gemaximeerde dagloon minus het met werk verdiende loon. Met een correctiefactor van bijvoorbeeld 0,3 wordt 30% van het met werk verdiende loon verrekend en niet het gehele loon. Zonder correctiefactor zou de uitkering tot nul gereduceerd kunnen worden als het met werk verdiende loon uitstijgt boven het gemaximeerde dagloon.

Bij de WGA-*loonaanvullende uitkering* wordt de correctiefactor niet verrekend met het met werk verdiende loon, maar met de resterende verdiencapaciteit als die niet volledig wordt ingezet. Wordt (meer dan) de resterende verdiencapaciteit ingezet, dan wordt de correctiefactor verrekend met het met werk verdiende loon, net als bij de WGA-loongerelateerde uitkering.

De IVA biedt een inkomensgarantie van 75% van het laatst verdiende loon, met een maximum van 75% van het gemaximeerde dagloon. Betaalde werkzaamheden worden gekort op de uitkering, waarbij de korting bestaat uit het verdiende loon vermenigvuldigd met de correctiefactor.

Tabel 8.3

Werkende arbeidsongeschikten met een uitkering, verandering in uitkeringshoogte tussen 2006 en 2007 (in euro's en in procenten)

		ao 150% van vastgesteld %				ao 100% van vastgesteld %		ao 50% van vastgesteld %	
		WGA[a]		WGA[b]		WGA[a,b]		WGA[a,b]	
vastgestelde arbeids-ongeschiktheid	oude loon (bruto) besteedbaar	verschil bruto	verschil besteedbaar (%)[c]	verschil bruto	verschil besteedbaar (%)	verschil bruto	verschil besteedbaar (%)	verschil bruto	verschil besteedbaar (%)
50%	(50.000) 30.743	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	*0*
	(60.000) 35.880	1.750	*970 (4[d])*	3.500	*1.634 (8)*	2.500	*1.356 (3)*	5.250	*2.890 (10)*
	(80.000) 45.059	5.250	*2.88 (11)*	10.500	*5.149 (27)*	10.500	*5.617 (19)*	8.750[e]	*4.016[e] (11)*
	(100.000) 54.239	8.750	*4.773 (18)*	17.500[e]	*8.856[e] (50)*	17.500[e]	*8.579[e] (28)*	8.750[e]	*4.016[e] (9)*
85% tijdelijk	(50.000) 30.743					0	*0*	0	*0*
	(60.000) 35.880					1.050	*582 (2)*	4.025	*1.847 (5)*
	(80.000) 45.059					3.150	*1.747 (7)*	12.075	*5.542 (12)*
	(100.000) 54.239					5.250	*2.899 (12)*	14.875[e]	*6.827[e] (13)*
						IVA		IVA	
85% blijvend	(50.000) 30.743					0	*0*	0	*0*
	(60.000) 35.880					675	*374 (1)*	4.025	*2.203 (7)*
	(80.000) 45.059					2.775	*1.741 (7)*	12.075	*5.969 (19)*
	(100.000) 54.239					4.875	*2.869 (11)*	17.375[e]	*7.975 (23)*

a Loongerelateerd.
b Loonaanvullend.
c Verschil in uitkeringshoogte besteedbaar = besteedbaar inkomen uit loon en uitkering 2007 minus besteedbaar inkomen uit loon en uitkering 2006.
d Door de stijging van de uitkering in 2007 met 970 euro steeg het besteedbaar inkomen in 2007 met 4%.
e In 2006 geen arbeidsongeschiktheidsuitkering vanwege te hoog 'oud' inkomen.

Bron: SCP

Dat de invoering van de correctiefactor tot substantiële veranderingen in de hoogte van de WIA-uitkeringen geleid heeft – zowel voor gedeeltelijk als voor volledig arbeidsongeschikten – laat tabel 8.3 zien. Voor de inkomens net boven het gemaximeerde dagloon steeg het besteedbaar inkomen met 1-10%; voor de hogere inkomens liep de inkomensstijging op tot 50%.

8.4.2 Verandering in uitkeringsaanvraag na invoering correctiefactor

De vraag is nu of de veranderingen in uitkeringshoogte invloed hadden op het aantal aanvragen en de arbeidsdeelname. Helaas hebben wij voor de verschillende groepen arbeidsongeschikten geen data over arbeidsparticipatie voor en na invoering van de correctiefactor. Wel zijn gegevens beschikbaar over WIA-aanvragen (zie tabel 8.4) en WIA-instroom (tabel 8.5).
De verwachting is dat een uitkeringsstijging een toename in de vraag naar uitkeringen tot gevolg zal hebben. Om dat na te gaan hebben we voor de groepen WIA-gerechtigden uit tabel 8.3 een analyse gedaan in drie stappen. De eerste stap is de vergelijking van het aantal WIA-aanvragen voor en na invoering van de correctiefactor. De tweede stap zet het werkelijke aantal aanvragen in 2007 af tegen het geschatte aantal aanvragen voor 2007. De derde stap analyseert de veranderingen in de WIA-instroom.

Stap 1: vergelijking van het aantal WIA-aanvragen voor en na invoering van de correctiefactor

Terwijl het aantal WIA-aanvragen voor mensen met het laagste uurloon daalde in 2007, steeg dat van mensen met een uurloon van 20-30 euro met 8,4 tot 14,2%, zo laat tabel 8.4 zien. In 2006 lag het gemaximeerde uurloon op 21 euro. Voor mensen aan de bovenkant van de inkomensverdeling gold de stijging minder.

Tabel 8.4

Verschil in aantal WIA-aanvragen tussen 2006 en 2007, naar uurloon en jaarloon (absoluut en in procenten)

bruto-uurloon voor ziekmelding	brutojaarloon[a] voor ziekmelding	aanvragen 2006	aanvragen 2007	verschil 2006-2007 (in %)	schatting[b] aantal aanvragen voor 2007
< 10	< 23.810	5.138	4.952	-3,6	5.288
10-15	23.810-35.715	12.257	12.619	3,0	12.614
15-20	35.715-47.620	5.424	5.737	5,8	5.582
20-25	47.620-59.525	1.773	1.922	8,4	1.824
25-30	59.525-71.430	586	669	14,2	603
30-40	71.430-95.240	381	400	5,0	392
> 40	> 95.240	167	177	6,0	171
totaal		25.726	26.476	2,8	26.476

a Op basis van een voltijdbaan.
b Bij constante verdeling over inkomensgroepen.

Bron: UWV (SCP-bewerking)

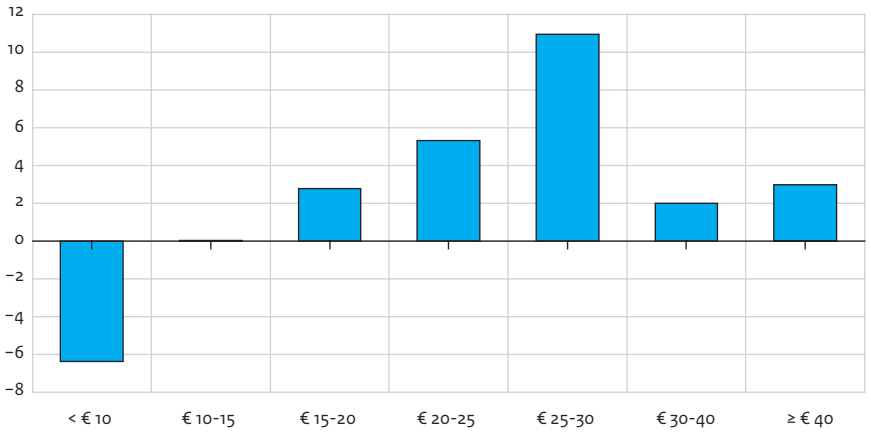
Onduidelijk is of de verschillen in aantal uitkeringsaanvragen (tabel 8.4) veroorzaakt worden door een andere samenstelling van de populatie of door veranderingen in de kans op een uitkeringsaanvraag. Idealiter zouden we de verandering in aanvragen tussen de inkomensgroepen afzetten tegen de verandering in inkomensverdeling in de populatie. Helaas hebben we deze laatste gegevens alleen op het niveau van jaarinkomen, ongecorrigeerd voor aantal gewerkte uren. Voor een zuivere vergelijking is de verdeling over uurlonen nodig; het uurloon is immers bepalend voor de hoogte van de uitkering.

Stap 2: werkelijk aantal aanvragen versus geschat aantal aanvragen in 2007

Als alternatieve correctie is de inkomensverdeling over de aanvragen uit 2006 gebruikt om het aantal aanvragen voor 2007 per categorie te schatten, uitgaande van het totaal aantal aanvragen in 2007 (zie laatste kolom tabel 8.4). Deze schatting veronderstelt een gelijke inkomensverdeling in de aanvragen in 2007 en 2006. Zetten we deze schatting af tegen het werkelijke aantal aanvragen per uurlooncategorie (vierde kolom tabel 8.4), dan krijgen we zicht op veranderingen die niet het gevolg zijn van omstandigheden die de totale populatie getroffen hebben. Figuur 8.7 laat zien dat vooral in de categorie uurloon van 25-30 euro (direct boven het gemaximeerde uurloon) het aantal aanvragen de verwachting oversteeg (met een kleine 11%), terwijl het aantal aanvragen van mensen met een uurloon van minder dan 10 euro, voor wie de uitkeringshoogte gelijk bleef, duidelijk minder was dan geschat. Mensen die door de invoering van de correctiefactor een behoorlijk hogere uitkering zouden krijgen, deden dus beduidend meer aanvragen dan mensen die op hetzelfde uitkeringsniveau zouden blijven. Voor de hogere inkomens gold de stijging minder, wellicht omdat de uitkering een steeds kleiner deel van het totaalinkomen vormt naarmate het arbeidsinkomen stijgt.

Figuur 8.7

Afwijking in aantal WIA-aanvragen in 2007 ten opzichte van geschatte aantal aanvragen per uurloncategorie (in procenten)



Bron: UWV (SCP-bewerking)

We kunnen echter niet zonder meer stellen dat de stijging in uitkeringshoogte door introductie van de correctiefactor dé verklaring is voor de relatief grote stijging in aanvragen van mensen met een inkomen net boven het gemaximeerde dagloon. Die verklaring kan ook liggen in een andere samenstelling van de inkomensgroepen naar relevante achtergrondkenmerken (opleiding, leeftijd, geslacht, gezondheid). Ook was 2006 het startjaar van de WIA, waardoor het mogelijk niet representatief is. Voor onderdan wel oververtegenwoordiging van de hogere inkomensgroepen in de WIA-aanvragen in 2006 hebben we empirische noch kwalitatieve handvatten.

Stap 3: analyse van veranderingen in WIA-instroom tussen 2006 en 2007

We analyseren of de toename in 2007 van aanvragen door mensen die boven het gemaximeerde dagloon zaten veroorzaakt is, doordat een deel van hen in 2007 een 'reële' WIA-uitkering kon ontvangen, terwijl dat in 2006 zonder toepassing van de correctiefactor niet het geval was vanwege te veel verdiensten. Tabel 8.5 laat echter zien dat dat niet waarschijnlijk is: de relatief grote stijging in aanvragen voor de inkomens boven het gemaximeerde uurloon in 2007 leidde niet tot relatief veel toewijzingen. Bovengenoemde typen aanvragen zouden juist tot toewijzing hebben moeten leiden.

Tabel 8.5

Verschil in af- en toewijzing van WIA-aanvragen tussen 2006 en 2007 (in procenten)

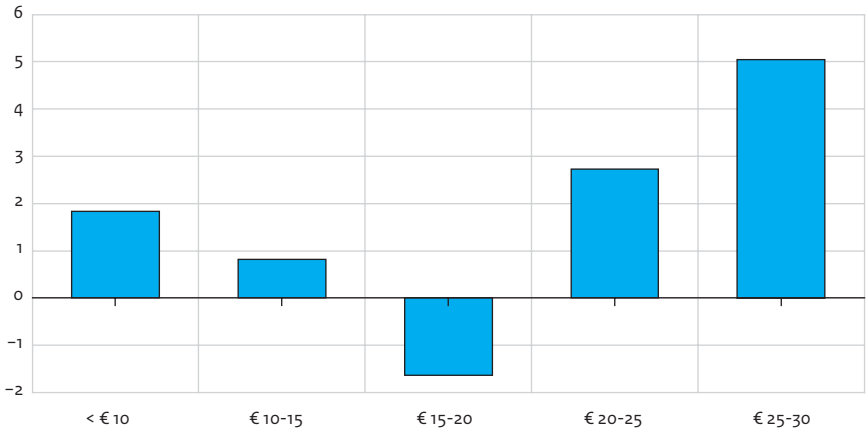
bruto-uurloon voor ziekmelding	afwijzing	toewijzing WGA gedeeltelijk	toewijzing WGA volledig	toewijzing IVA	toewijzing totaal
< 10	-10,0	0,3	8,9	4,2	6,9
10-15	-4,8	38,1	10,8	6,1	14,6
15-20	-4,6	36,5	6,9	8,8	16,3
20-25	2,2	22,6	-7,5	47,1	11,3
25-30	10,0	40,7	-12,8	(43,2)[a]	15,3
30-40	-14,3[a]	40,9	-12,0	(6,7)[a]	10,4
> 40	(-23,3)[a]	(40,0)[a]	(1,4)[a]	(4,2)[a]	12,4

a Vanwege de kleine aantallen zijn de cijfers niet meegenomen in de analyse.

Bron: UWV (SCP-bewerking)

Wat opvalt in tabel 8.5 is dat in 2007 beduidend meer aanvragen zijn toegewezen aan de IVA, terwijl er minder aan de WGA-volledig zijn toegewezen. Verder zien we dat het aantal afgewezen WIA-aanvragen relatief groot is voor de inkomensniveaus met relatief veel aanvragen. Terwijl voor de lagere inkomens het aantal afwijzingen daalde, steeg het voor de hogere inkomens. De gegevens in tabel 8.5 zijn echter niet gecorrigeerd voor het aantal aanvragen. Doen we dat wel, dan zien we (in figuur 8.8) dat de inkomens die een hogere uitkering zouden krijgen bij arbeidsparticipatie relatief veel afwijzingen kregen. Figuur 8.8 toont het verschil in werkelijk en geschat aandeel afwijzingen in 2007.

Figuur 8.8
Afwijking in aantal WIA-afwijzingen in 2007 ten opzichte van geschatte aantal afwijzingen per uurlooncategorie[a] (in procenten)



a De hoogste inkomens zijn niet in de figuur weergegeven vanwege het kleine aantal waarnemingen.

Bron: UWV (SCP-bewerking)

We kunnen dus voorzichtig stellen dat de invoering van de correctiefactor in 2007 een aanzuigende werking had op die inkomens voor wie de uitkeringen substantieel zouden stijgen, maar tegelijkertijd steeg het aantal afwijzingen voor dezelfde inkomens. We moeten wel zeggen dat dit alleen indicaties zijn, gegeven de onzekerheden en beperkingen in de data.

8.5 Conclusies en beschouwing

Van financiële prikkeling van werkgevers en werknemers wordt veel verwacht. De hervormingen in het beleid rond arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie getuigen van een groot vertrouwen van beleidsmakers in het financiële instrument. Maar werkt financiële stimulering– als het al effectief is voor de totale beroepsbevolking – ook voor mensen met een gezondheidsbeperking? De wetenschappelijke literatuur laat zien dat de arbeidsmarktparticipatie van mensen met een gezondheidsbeperking gevoelig is voor de beschikbaarheid en de hoogte van uitkeringen. Een daling van de uitkeringen met 1% ten opzichte van de lonen betekent een stijging van de participatie van mensen met een gezondheidsbeperking van 0,03 tot 0,81%. Ook sancties kunnen effectief zijn, hoewel niet specifiek voor mensen met gezondheidsbeperkingen. Intensieve toetsing van aanvragen leidt tot minder aanvraag van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Financiële tegemoetkomingen voor werkgevers die mensen met een gezondheidsbeperking aanstellen hebben hooguit een klein positief effect op de werkgelegenheid. In veel gevallen gaat het om *dead end jobs* met weinig groei in vaardigheden of kennis.

Op microniveau zijn de effecten gering; een arbeidsongeschikte werknemer met een gezondheidsbeperking wordt met een financiële tegemoetkoming niet veel aantrekkelijker voor een werkgever. Werkgevers schuwen de transactiekosten die gemoeid gaan met (loonkosten)subsidies en vermoeden dat een gesubsidieerde werknemer een lage productiviteit heeft. Subsidies voor werknemers blijken effectiever.

We hebben de financiële prikkels in de WIA voor groepen arbeidsongeschikten geconcretiseerd en gekeken hoe ze uitpakken voor de hoogte van het inkomen als (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten al dan niet werken. Voor mensen die voor minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn is uitstroom in een werkloosheidsuitkering op korte termijn financieel even (on)aantrekkelijk als werken naar vermogen. De financiële prikkel is voor deze groep dus gering. Voor mensen die 50% arbeidsongeschikt zijn, geldt wel een duidelijke prikkel om (enige) verdiencapaciteit in te zetten, zowel voor de hogere als de lagere inkomens. Voor alle inkomensniveaus geldt dat een overgang van niet werken naar wel werken meer inkomenswinst oplevert dan vergroting van de arbeidsduur, ook al is dat minder dan de gehele vastgestelde verdiencapaciteit. De inkomensvooruitgang door in plaats van de halve de hele vastgestelde verdiencapaciteit in te zetten is voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten met inkomens tot 50.000 euro ongeveer 10%.[7] De vraag is of dat voor hen de moeite waard is. De lagere inkomens hebben ook nauwelijks een financiële prikkel om meer dan de vastgestelde verdiencapaciteit in te zetten; 1,5 keer zoveel inzetten levert maximaal 8% inkomensstijging op.
Ook tijdelijk en blijvend volledig arbeidsongeschikten hebben financieel voordeel van inzet van de vastgestelde verdiencapaciteit, maar minder dan gedeeltelijk arbeidsongeschikten. We hebben een quasi-experiment uitgevoerd om te zien of mensen meer beroep doen op de WIA als de hoogte van de uitkering stijgt. Daar heeft het inderdaad alle schijn van, maar we moeten erbij aantekenen dat het vergelijkingsjaar, 2006, het beginjaar van de WIA was. Ook is niet uitgesloten dat de toename in uitkeringsaanvragen samenging met een toename in arbeidsparticipatie. We hebben alleen niet de geschikte data om daar een uitspraak over te doen.

We zien de volgende aanknopingspunten voor beleid.
- De groep 35-minners heeft nauwelijks financieel voordeel van arbeidsparticipatie naar vastgesteld vermogen. Dat is niet bevorderlijk voor hun re-integratie (zie ook hoofdstuk 10). Een kansrijke optie is dus om werken naar vermogen voor hen wèl lonend te maken.
- Gedeeltelijk arbeidsongeschikten, vooral de inkomens onder de 50.000 euro, gaan er weinig op vooruit als ze de volledige verdiencapaciteit inzetten in plaats van de helft. Ook inzet van meer dan de vastgestelde verdiencapaciteit is weinig lonend. Hun arbeidsdeelname kan mogelijk stijgen als het lonend is om te werken naar vermogen.
- Werkgevers zijn weinig gevoelig voor financiële stimuli die de discrepantie tussen loonkosten en productiviteit van mensen met een gezondheidsbeperking moeten wegnemen. De vraag is of loondispensatie, een nieuwe maatregel die overwogen wordt, zodanig afwijkt[8] van eerdere financiële stimuli voor werkgevers dat de arbeidsdeelname van mensen met een gezondheidsbeperking erdoor wordt bevorderd.

Noten

1 Ook worden wel de termen theoretische (i.e. bepaalde) en praktische (i.e. werkelijke) verdiencapaciteit gebruikt.
2 Chen en Van der Klaauw geven een (methodologische) vergelijking van de studies van Parsons (1980), Slade (1984), Haveman en Wolfe (1984), Gruber (2000) en Autor en Duggan (2003). Wij geven hier kort de resultaten van deze studies weer.
3 Het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) kan een sanctie opleggen van 5% gedurende vier weken tot 25% of 30% gedurende dertien weken als een uitkeringsontvanger niet voldoet aan de eisen. Het UWV is vrij te bepalen welke sanctie opgelegd wordt bij welke overtreding.
4 Voor een totaal aan groepen die variëren in mate van arbeidsongeschiktheid en inkomen zijn de inkomensconsequenties niet aan te geven, wel voor specifieke groepen. Daarbij staan arbeidsongeschiktheidspercentage en hoogte van het 'oude' inkomen vast voor elke groep.
5 Tabel B8.2 in de bijlage geeft ook de inkomensveranderingen voor (tijdelijk) volledig arbeidsongeschikten bij inzet van meer of minder verdiencapaciteit.
6 25% participatie impliceert 75% non-participatie of arbeidsongeschiktheid. Wanneer de werkelijke arbeidsongeschiktheid anderhalf keer zo groot is als de vastgestelde (i.e. 150% AO) – bij een vastgesteld AO-percentage van 50% – betekent dit een werkelijk arbeidsongeschiktheidspercentage van 75%, ofwel een participatie van 25%.
7 Dit geldt in de periode dat men recht heeft op een loongerelateerde uitkering.
8 Zie ook SCP (2012), Nota overwegingen SCP bij voorstel Wet Werken naar Vermogen.

Literatuur

Abbring, J., G.J. van den Berg en J.C. van Ours (2005). The effect of unemployment insurance sanctions on the transition rate from unemployment to employment. In: *Economic Journal*, jg. 115, nr. 505, p. 602-630.

Autor, D.H. en M.G. Duggan (2003). The rise in the disability rolls and the decline in unemployment. In: *Quarterly Journal of Economics*, jg. 118, nr. 1, p. 157-206.

Bell, D. en A. Heitmueller (2009). The Disability Discrimination Act in the UK: Helping or hindering employment among the disabled? In: *Journal of Health Economics*, jg. 28, nr. 2, p. 465-480.

Bell, B., R. Blundell en J. Van Reenen (1999). Getting the unemployed back to work: the role of targeted wage subsidies. In: *International Tax and Public Finance*, jg. 6, nr. 3, p. 339-360.

Berg, G.J., J.C. van Ours en B. van der Klaauw (2004). Punitive sanctions and the transition rate from welfare to work. In: *Journal of Labor Economics*, jg. 22, nr. 1, p. 211-241.

Burtless, G. (1985). Are targeted wage subsidies harmful? Evidence from a wage voucher experiment. In: *Industrial and Labor Relations Review*, jg. 39, nr. 1, p. 105-114.

Butler, R.J. en J.D. Worrall (1985). Work injury compensation and the duration of nonwork spells. In: *Economic Journal*, jg. 94, nr. 4, p. 714-724.

Butler, R.J. en J.D. Worrall (1993). Workers' compensation costs and heterogeneous claims. In: D. Durbin en Ph. S. Borba (red.), *Workers' compensation insurance: costs, prices and regulation* (p. 25-50). Boston: Kluwer.

Chen, S. en H.W. van der Klaauw (2008). The work disincentive effects of the disability insurance program in the 1990s. In: *Journal of Econometrics*, jg. 142, nr. 2, p. 757-784.

Connolly, H. en P. Gottschalk (2009). Do earnings subsidies affect job choice? The impact of SSP subsidies on job turnover and wage growth. In: *Canadian Journal of Economics*, jg. 42, nr. 4, p. 1276-1304.

CPB (2012). *Microtax 2010-2011-2012*.Den Haag: Centraal Planbureau.

Curington, W.P. (1994). Compensation for permanent impairment and the duration of work absence: evidence from four natural experiments. In: *Journal of Human Resources*, jg. 29, nr. 3, p. 888-910.

Datta Gupta, N. en M. Larsen (2008). *Evaluating employment effects of wage subsidies for the disabled – the Danish Flexjobs scheme*. Cambridge: NBER (NBER Working Paper).

Devine, Th. J. en N.M. Kiefer (1991). *Empirical labor economics: the search approach*. Oxford: Oxford University Press.

Graaf-Zijl, M. de, P.H.G. Berkhout, J.P. Hop en D. de Graaf (2006). *De onderkant van de arbeidsmarkt vanuit werkgeversperspectief*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

Gruber, J. (2000). Disability insurance benefits and labor supply. In: *Journal of Political Economy*, jg. 108, nr. 6, p. 1162-1183.

Haveman, R.H. en R.L. Wolfe (1984). Disability transfers and early retirement: a causal relationship? In: *Journal of Public Economics*, jg. 24, nr. 1, p. 47-66.

Høgelund, J. (2001). Work incapacity and reintegration: A literature review. In: F.S. Block en R. Prins (red.), *Who returns to work and why? A six-country study on work incapacity & reintegration*. New Brunswick: Transaction Publishers.

Holonbeck, K. en R. Willke (1991). The employment and earning impacts of the targeted jobs tax credit. In: *Upjohn Working Papers*, nr. 91-07. Kalamazoo: W.E. Upjohn Institute for Employment Research.

Humer, B., J.-Ph. Wuellrich en J. Zweimuller (2007). Integrating severely disabled individuals into the labour market: the Austrian case. In: *IZA Discussion Papers nr. 2649*. Bonn: IZA.

Jaenichen, U. en G. Stephan (2011). The effectiveness of targeted wage subsidies for hard-to-place workers. In: *Applied Economics*, jg. 43, nr. 10, p. 1209-1225.

Jong, P. de, M. Lindeboom en B. van der Klaauw (2011). Screening disability Insurance applications. In: *Journal of the European Economic Association*, jg. 9, nr. 1, p. 106-129.

Katz, L.F. (1996). *Wage subsidies for the disadvantaged*. Cambridge: National Bureau of Economic Research (NBER Working Paper 5679).

Klaauw, B. van der en J.D. van Ours (2011). *Carrot and stick: how reemployment bonuses and benefit sanctions affect job finding rates*. VU-working papers. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Klaauw, B. van der (2010). *Aan het werk* (oratie). Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Krueger, A.B. (1990). *Workers' compensation insurance and the duration of workplace injuries*. Cambridge: National Bureau of Economic Research (NBER Working Paper 3252).

Layard, P.R.G., S.J. Nickell en R. Jackman (1991). *Unemployment: macroeconomic performance and the labour market*. Oxford: Oxford University Press.

Meyer, B.D., W.K. Viscusi en D. L. Durbin (1995). Workers' compensation and injury duration: evidence from a natural experiment. In: *The American Economic Review*, jg. 85, nr. 3, p. 322-340.

Mooij, R. de (2006). *Reinventing the welfare state*. Den Haag: Centraal Planbureau (CPB publicatie nr. 60).

Oskamp. F. en D.J. Snower (2008). *The effect of low-wage subsidies on skills and employment*. Kiel: Kiel Institute of the World Economy (Kiel working paper no. 1292).

Parsons, D.O. (1980). The decline in male labor force participation. In: *Journal of Political Economy*, jg. 88, nr. 1, p. 117-134.

Phelps, E.S. (1994). Low-wage employment subsidies versus the welfare state. In: *The American Economic Review*, jg. 84, nr. 2, p. 54-58.

SCP (2012). *Nota Overwegingen SCP bij voorstel Wet Werken naar Vermogen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Sianesi, B. (2003). *An evaluation of the Swedish system of active labor market programs in the 1990s*. Londen: Institute for Fiscal Studies (IFS Working Papers Series, no. 02/01).

Slade, F.P. (1984). Older men: disability insurance and the incentive to work. In: *Industrial relations*, jg. 23, nr. 3, p. 260-269.

Tsiachristas, A., Ph. de Jong en Ch. van Hout (2008). *Wat werkt?; Positieve ervaringen met arbeidsvoorzieningen voor gehandicapten*. Den Haag: APE.

TK (2005/2006). *Bevordering van het naar arbeidsvermogen verrichten van werk of van werkhervatting van verzekerden die gedeeltelijk arbeidsgeschikt zijn en tot het treffen van een regeling van inkomen voor deze personen alsmede voor verzekerden die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn* (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen). Tweede Kamer, vergaderjaar 2005/2006, 30034, nr. K.

Venetoklis, T. en A. Kangasharju (2003). *Do wage-subsidies increase employment in firms?*. Helsinki: Government Institute for Economic Research Finland (Discussion Papers nr. 304).

Woodbury, S.A. en R.G. Spiegelman (1987). Bonuses to workers and employers to reduce unemployment: randomized trials. In: *The American Economic Review*, jg. 77, nr. 4, p. 513-530.

9 Gezondheidsbeleving en arbeidsdeelname

Jolanda van Rijssen en Carla van Deursen (Kenniscentrum UWV)

9.1 Onderzoeksvragen

Er komt steeds meer bewijs dat niet alleen de feitelijke gezondheidsbeperkingen maar ook de beleving daarvan bepalend zijn voor arbeidsdeelname. Zo blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek onder werknemers die formeel niet arbeidsongeschikt zijn bevonden (de zogeheten 35-minners) dat de gezondheidsbeleving een belangrijker verklaring is voor werkhervatting dan de ernst van de beperkingen, zoals die door de verzekeringsarts zijn vastgesteld (Van Horssen en Rosing 2010). Om te zorgen dat mensen met een (te) negatieve gezondheidsbeleving toch gaan werken, zijn inspanningen nodig zoals begeleiding, activering of ondersteuning, een idee dat strookt met de participatiemaatschappij die de overheid nastreeft (Regeerakkoord VVD-CDA 2010).
We vatten onderzoek naar de gezondheidsbeleving onder uitkeringsgerechtigden samen, om vervolgens nieuwe analyses te doen onder een bredere groep: alle personen zonder werk, al dan niet uitkeringsgerechtigd. Het is namelijk onbekend of de gezondheidsbeleving voor deze brede groep een factor is in werkhervatting en hoe die zich verhoudt tot feitelijke aandoeningen en beperkingen. Deze inzichten kunnen uitvoerders helpen bij de bevordering van arbeidsdeelname van mensen die ondanks aandoeningen of beperkingen wel kunnen werken, maar hun gezondheid te slecht vinden om een baan te zoeken (zie kader 9.1).

We behandelen de volgende onderzoeksvragen:

Wat is uit onderzoek bekend over de relatie tussen gezondheidsbeleving en arbeidsparticipatie van uitkeringsgerechtigden en over de factoren die samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving? (§ 9.2)

Wat is de afzonderlijke invloed van langdurige aandoeningen, ernstige fysieke beperkingen en gezondheidsbeleving op het verkrijgen van werk, na correctie voor sociaaldemografische kenmerken? (§ 9.3)

Welke interventies kunnen de gezondheidsbeleving verbeteren en zo arbeidsparticipatie bevorderen? (§ 9.4)

Kader 9.1 Definitie van gezondheidsbeleving

Gezondheidsbeleving wordt ook wel 'ervaren gezondheid' of 'subjectieve gezondheid' genoemd (Deeg 2009). De persoon oordeelt over de eigen gezondheid en weegt alle aspecten mee die hij zelf relevant vindt. Vaak is het een combinatie van lichamelijke en psychische gezondheid, maar ook van leefstijl (waaronder fysieke fitheid) en sociale vergelijking (de gezondheid van mensen in de naaste omgeving). Gezondheidsbeleving omvat dus meer dan alleen objectief vast te stellen beperkingen. In onderzoek naar gezondheidsbeleving gebruikt men vaak de vraag: 'Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?'. Respondenten kunnen dan kiezen uit vijf antwoordcategorieën zoals 'uitstekend', 'zeer goed', 'goed', 'matig' en 'slecht'.

Uit tal van onderzoeken blijkt dat gezondheidsbeleving niet alleen sterk samenhangt met ziekte, maar ook met sterfte. Hoe negatiever de beleving van de gezondheid, hoe hoger de kans op sterfte, ook als rekening wordt gehouden met andere factoren die sterfte voorspellen, zoals objectieve gezondheidsmaten (Deeg 2009; Idler en Benyamini 1997).

We spreken van een *negatieve* gezondheidsbeleving als een persoon een antwoord kiest uit de twee meest negatieve op de vijfpuntsschaal. Bij een keuze uit de drie meest positieve antwoorden spreken we van een *positieve* gezondheidsbeleving. Op deze laatste situatie gaan we echter niet uitgebreid in.

Als we het hebben over interventies bij een negatieve gezondheidsbeleving , is vooral de situatie relevant waarin er een discrepantie is tussen de gezondheidsbeleving en de objectief vastgestelde beperkingen: medisch gezien laat de gezondheid het toe om te werken, maar zelf ervaart men dit niet zo.

In paragraaf 9.2 onderbouwen we vanuit de onderzoeksliteratuur de hypothese dat de gezondheidsbeleving sterk bepalend is voor de arbeidsdeelname. In paragraaf 9.3 onderzoeken we in hoeverre de kans op werk wordt beïnvloed door de langdurige aandoeningen en fysieke beperkingen zelf, dan wel door de beleving van de gezondheid. We kijken ook of factoren zoals leeftijd en opleiding van invloed zijn op werkhervatting. In paragraaf 9.4 beschrijven we de mogelijkheden om een negatieve gezondheidsbeleving om te buigen. Paragraaf 9.5 bevat de conclusies voor onderzoek en praktijk.

9.2 Onderzoeksliteratuur

We richten ons op mensen met een uitkering krachtens de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), de werkloosheidswet (WW) en de Wet werk en bijstand (WWB) en op zogeheten 35-minners, mensen die na de WAO-herbeoordeling rond 2006 geen of een lagere uitkering kregen (35-minners zijn bij de WIA beoordeeld als minder dan 35% arbeidsongeschikt en worden in staat geacht voldoende inkomen te genereren in passend werk.)

Er kan een vicieuze cirkel ontstaan

Het mechanisme achter de relatie tussen gezondheidsbeleving en arbeidsdeelname kan twee kanten op werken (Schuring 2010). Enerzijds is er het *selectiemechanisme*: een slechte gezondheid en een negatieve gezondheidsbeleving vergroten de kans om werk

te verliezen en bemoeilijken nieuw werk vinden. Anderzijds is er het *causatiemechanisme*: niet werken veroorzaakt een slechtere gezondheid en heeft een negatieve invloed op de gezondheidsbeleving.
Bij het selectiemechanisme is gezondheid voor mensen een reden om niet actief naar werk te zoeken. Het mechanisme kan er toe leiden dat mensen die hun gezondheid als slecht ervaren geen betaald werk krijgen of houden, terwijl mensen die hun gezondheid als goed ervaren daar wel in slagen. Een negatieve gezondheidsbeleving belemmert zo de re-integratie. Ook de sociale context is van belang: gezondheidsbeleving kan worden beïnvloed door sociale steun en informatie van anderen (Van Campen en Cardol 2007; Eugster et al. 2011; Van der Lucht en Polder 2010).
Bij het causatiemechanisme raakt men 'gewend' aan niet werken en gaat men steeds minder doen, waardoor men zich minder energiek en fit gaat voelen en steeds minder gemotiveerd raakt om de eigen mogelijkheden te benutten. De positie in de maatschappij verslechtert en dat heeft gevolgen voor het welzijn, de kwaliteit van leven en de gezondheidsbeleving (Kenniscentrum UWV 2011). Bovendien profiteert men niet van de positieve invloed van een betaalde baan op de gezondheidsbeleving; een baan krijgen leidt namelijk tot een vergelijkbare gezondheidswinst als programma's om gezond gedrag te bevorderen (Schuring et al. 2011a; Kenniscentrum UWV 2011).
Door de combinatie van het selectie- en causatiemechanisme kan men in een vicieuze cirkel terechtkomen: een negatieve gezondheidsbeleving kan meespelen in het verlies van betaald werk, wat tot een verdere verslechtering van de gezondheid en een nog negatievere gezondheidsbeleving leidt, wat re-integratie nog meer bemoeilijkt, enzovoort. Ook eenmaal werkloos kan men in een dergelijke neerwaartse spiraal terechtkomen.

Mensen met vastgestelde arbeidsbeperkingen

Werknemers vragen een arbeidsongeschiktheidsuitkering aan omdat ze door ziekte of gebrek hun werk niet meer kunnen doen. Bij de claimbeoordeling wordt vervolgens vastgesteld of ze – rekening houdend met de beperkingen – nog wel een substantieel inkomen kunnen verwerven met ander werk. Bij grofweg de helft van de WIA-aanvragers is dat het geval; een klein deel krijgt dan nog wel een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering en een groot deel krijgt geen uitkering (de 35-minners). Bij mensen die wel een uitkering krijgen kan na verloop van tijd bij een herbeoordeling blijken dat de arbeidsmogelijkheden zijn toegenomen. Er is dus steeds op geobjectiveerde wijze vastgesteld of de persoon (meer) kan werken. Toch vindt een deel zelf dat de gezondheid dit niet toelaat.
Uit diverse onderzoeken blijkt dat gezondheidsbeleving bepalender is voor werkhervatting dan objectief vastgestelde beperkingen, ook als wordt gecorrigeerd voor de samenhang tussen beide. Zo is het contrast in werkhervatting tussen herbeoordeelde arbeidsongeschikten met een slechte versus een goede gezondheidsbeleving veel groter dan dat tussen dezelfde herbeoordeelde arbeidsongeschikten met veel en weinig beperkingen (Kenniscentrum UWV 2011). Mensen in de WIA-regeling Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA'ers) en herbeoordeelden volgens de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO'ers) zonder werk hebben vaker een negatievere gezondheidsbeleving dan dezelfde groepen met werk. De gezondheidbeleving zoals

vastgesteld vier maanden na de herbeoordeling blijkt tevens voorspellend voor latere werkhervatting (Kenniscentrum UWV 2009). Uit een enquête onder 35-minners blijkt dat werkenden veel positiever over hun gezondheid denken dan niet-werkenden. Ook zijn bij de werkenden tijdens de claimbeoordeling minder functionele beperkingen vastgesteld. De invloed van gezondheidsbeleving is veel sterker dan die van functionele beperkingen. Van de mensen zonder werk vindt slechts de helft dat ze wel kunnen werken; de andere helft denkt niet te kunnen werken of weet het niet. Niet-werkende 35-minners met een als slecht ervaren gezondheid vormen een kwetsbare groep, vooral als zij voorafgaand aan de ziekte ook een laag opleidingsniveau of een laag inkomen hebben (Van Horssen en Rosing 2010).

Overige uitkeringsgerechtigden

Ook bij mensen met een werkloosheids- of een bijstandsuitkering is de gezondheidsbeleving van belang voor participatie. Van mensen in de bijstand is bekend dat zij vaak problemen met hun gezondheid hebben en dat zij vaak aangeven dat hun gezondheid te slecht is om aan re-integratie-activiteiten deel te nemen (Schuring 2010).
Mensen die vanuit de WW het werk hervatten hebben doorgaans bij aanvang van de uitkering een positievere beleving van hun gezondheid dan mensen die niet opnieuw aan het werk gaan. Dit geldt voor zowel de lichamelijke als de psychische gezondheid. Mensen met een negatieve gezondheidsbeleving zijn minder bezig werk te vinden dan mensen met een positievere gezondheidsbeleving: zij zijn minder vaak ingeschreven bij UWV, een uitzendbureau of een re-integratiebedrijf, zoeken minder vaak naar werk in de krant of op internet en solliciteren minder vaak (Kenniscentrum UWV 2009).

Factoren die samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving

Uit een systematische literatuurstudie (Schuring et al. 2011b) blijkt dat naast de feitelijke gezondheid een reeks factoren samenhangt met een negatieve gezondheidsbeleving. Die factoren beïnvloeden elkaar en kunnen elkaar versterken. Waarschijnlijk leidt juist de combinatie van meerdere samenhangende factoren tot een negatieve gezondheidsbeleving (Schuring et al. 2011b; zie ook Kenniscentrum UWV 2011). Onderzoek heeft zich echter vooral op de afzonderlijke factoren gericht. Ook is in veel onderzoek niet naar de causaliteit gekeken maar alleen naar het al dan niet bestaan van samenhang. Tenzij anders aangegeven, is bij het onderstaande dus niet zonder meer te zeggen of de factoren de oorzaak dan wel het gevolg zijn van een negatieve gezondheidsbeleving.
Gebrek aan grip op het eigen leven (een externe 'locus of control'), gebrek aan sociale steun, financiële problemen, hogere leeftijd, lager opleidingsniveau, etnische achtergrond en een langere werkloosheidsduur komen consistent naar voren als factoren die samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving. Gebrek aan grip op het eigen leven ervaren hangt samen met motivatie, zelfredzaamheid, *mindset* en algemene basishouding (pessimisme in plaats van het beste van het leven willen maken). Onder gebrek aan sociale steun valt ook een negatieve of kritische houding uit de omgeving (Deeg et al. 2009; Duinkerken en Graafland 2010; Schuring et al. 2011b). De lijst van het Nationaal Kompas Volksgezondheid (Deeg et al. 2009) noemt – naast chronische aandoeningen, lichamelijke en psychische klachten, lichamelijke beperkingen en handicaps – de

volgende determinanten voor gezondheidsbeleving: niet fit voelen, regelmatig gebruik van welzijnsvoorzieningen en ziekenhuisopnamen in de afgelopen twaalf maanden. Ook een ongezonde leefstijl (roken, slecht eten, te dik zijn en niet bewegen) hangt samen met een negatieve gezondheidsbeleving. Schuring et al. (2011b) constateren echter dat wat betreft leefstijl het bewijs conflicterend is.
Keizer en Keuzenkamp (2011) onderzochten de relatie tussen etnische achtergrond en gezondheidsbeleving (opgevat als lichamelijk en psychisch welbevinden). Daaruit bleek dat mensen met een niet-westerse achtergrond vaker een negatieve gezondheidsbeleving hebben dan autochtone Nederlanders. Voor vrouwen geldt dit nog sterker dan voor mannen, en vooral het psychische welbevinden van vrouwen van Turkse en Marokkaanse herkomst is relatief laag. Niet werken bleek samen te hangen met een grotere ervaren beperking én met beperkte regelmogelijkheden van het werk en angst tekort te schieten of over grenzen heen te gaan. Gezondheidsbeleving van niet-westerse Nederlanders lijkt dus ook te worden beïnvloed door regelmogelijkheden en angst. Interviews met artsen bevestigden de relatie tussen uitval uit werk en de beleving van aandoeningen, evenals die met de manier van omgaan met aandoeningen door zowel de persoon zelf als diens omgeving: steun uit de thuissituatie, *coping*-strategieën en visie op resterende mogelijkheden.
Uit een onderzoek onder re-integratiemedewerkers kwamen nog factoren naar voren zoals angst voor verandering (stress en zorgen maken) en de houding van dienstverleners in zorg en welzijn (Duinkerken en Graafland 2010).

Verklarende mechanismen

Er zijn verschillende mechanismen die de samenhang kunnen verklaren tussen de genoemde factoren en een negatieve gezondheidsbeleving.
Het eerste relevante mechanisme begint bij een gebrek aan motivatie om mogelijkheden die men wel heeft te benutten, waardoor men steeds minder onderneemt, zodat men lichamelijk en psychisch steeds meer moeite krijgt met de dagelijkse belasting en gevoeliger wordt voor stress. Dat heeft een als steeds slechter ervaren gezondheid tot gevolg (Van Bakel en Wendel-Vos 2010; De Beer 1999; Duinkerken en Graafland 2010).
Een tweede mechanisme is dat werk een sociaal netwerk en steun van anderen met zich meebrengt, waardoor mensen meer kans hebben zich beter te voelen in instrumenteel en affectief of sociaal opzicht, terwijl het ontbreken van dergelijke contacten die kans verkleint. Het is zelfs fysiologisch meetbaar dat hulp en steun een positief effect hebben op gezondheid en een gebrek eraan een negatief effect, bijvoorbeeld een verminderde werking van het immuunsysteem. Bovendien kunnen normen en waarden van belangrijke anderen gezond of ongezond gedrag in de hand werken, afhankelijk van de heersende norm. Dit beïnvloedt dan weer de gezondheid en gezondheidsbeleving (Van Daalen 2008; Ruijsbroek en Verweij 2009). Uiteraard is sociale steun niet alleen op de werkplek te krijgen, maar werken biedt wel meer kans op die steun en de beschikbaarheid van veel steun heeft diverse positieve effecten (Savelkoul 2011).
Het derde mechanisme is psychologisch: er kunnen onbewust verlopende processen zijn waardoor men zich niet gezond voelt. Mensen kunnen bijvoorbeeld de veranderbaarheid en tijdelijkheid van een slechte gezondheid uit het oog verliezen: de feitelijke

gezondheid is inmiddels aanzienlijk verbeterd, maar de klachtbeleving is zo vanzelfsprekend geworden dat het niet meer lukt in actie te komen. Of de gezondheidsbeleving is een basale opvatting over de eigen mogelijkheden geworden die houvast is gaan geven en verankerd is in angst of zich hulpeloos voelen. De intrinsieke motivatie voor verandering ontbreekt (Duinkerken en Graafland 2010; Wesdorp et al. 2010).

9.3 De invloed van gezondheidsbeleving en een langdurige aandoening op arbeidsdeelname

'Mensen met een langdurige aandoening' zijn personen die naar eigen zeggen last hebben van een of meer langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps. 'Arbeidsgehandicapten' zijn mensen die zich door een langdurige aandoening belemmerd voelen in het vinden of houden van werk. Dit laatste is het geval bij ongeveer twee derde van de mensen met een langdurige aandoening. We zagen in hoofdstuk 4 al dat arbeidgehandicapten veel minder werken dan mensen zonder langdurige aandoening. Om hen aan het werk te krijgen is meer kennis nodig over de precieze rol van de langdurige aandoening in het (willen) verwerven van betaald werk. Belemmert de langdurige aandoening op zichzelf het krijgen van werk, of zijn er bijkomende factoren zoals de gezondheidsbeleving, de leeftijd, het gebrek aan een arbeidsverleden of het lage opleidingsniveau? We proberen het effect van langdurige aandoeningen of beperkingen op werkhervatting te isoleren van deze andere factoren, met speciale aandacht voor de rol van de gezondheidsbeleving (zie kader 9.2 voor de gebruikte variabelen en de analysemethode).

Kader 9.2 Analysemethode

Onderzoekspopulatie: werkloze beroepsbevolking (al dan niet werkzoekend)
De onderzoekspopulatie bestaat uit alle 12.809 personen van 15-64 jaar die tussen 2001-2007 zijn ondervraagd voor het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Deze personen behoren tot de potentiële beroepsbevolking. Op het eerste enquêtemoment hadden zij geen werk (of minder dan vier uur per maand). Van al deze personen is bekend of zij een jaar na de enquêtedatum wel werk hebben, in loondienst of als zelfstandige. De meeste analyses hebben betrekking op een iets kleinere groep, namelijk degenen van wie de beperkingen en langdurige aandoeningen ook volledig bekend zijn (n = 10.319). Naast de analyses op de totale groep, zijn de analyses ook uitgevoerd op de subgroep die daadwerkelijk wil werken (antwoordt bevestigend op de vraag 'Zou u betaald werk van 12 uur per week of meer willen hebben?', n = 4648).

Kader 9.2 (vervolg)

Analysemethode
De kans dat de persoon een jaar na de enquêtedatum wel werk heeft, is met logistische regressieanalyse berekend. We hebben gecontroleerd voor sociaaldemografische kenmerken die significant samenhangen met de kans op werk vinden: leeftijd, opleidingsniveau, interactie tussen geslacht en leeftijd van het jongste kind, en recent arbeidsverleden. Omdat zeven enquêtejaren zijn samengevoegd – en de economie en daarmee de werkkansen fluctueerden – is tevens gecontroleerd voor enquêtejaar. Daarnaast is een aantal andere controlevariabelen bekeken, maar deze bleken niet significant en zijn niet opgenomen in de modellen: herkomstgroepering[1], samenstelling van het huishouden, aantal contacten met vrienden en kennissen, aantal contacten met familie, woonplaats/provincie/landsdeel en stedelijkheid van de woongemeente. De analyses zijn in opdracht van Kenniscentrum UWV uitgevoerd door het Centrum voor Beleidsstatistiek (CvB) van het CBS.

Operationalisering van gezondheidsbeleving
De gezondheidsbeleving is gemeten met de vraag 'Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?'. Er zijn vijf antwoordmogelijkheden: uitstekend, zeer goed, goed, matig en slecht.

Operationalisering van feitelijke ziekte en beperkingen
Bij het vaststellen van feitelijke ziekten en beperkingen voor werkhervatting via een schriftelijke enquête is de subjectieve component niet geheel uit te sluiten. Om toch een zo zuiver mogelijk beeld te krijgen , hebben we de 'feitelijke gezondheid' met twee elkaar aanvullende indicatoren gemeten: het aantal zware fysieke beperkingen en het aantal langdurige beperkingen.

– Zware fysieke beperkingen (OESO-indicator[2]):
Deze indicator is opgebouwd uit drie vragen over beperkingen in mobiliteit (bukken, 400 meter lopen, een tas van 5 kilogram 10 meter verplaatsen), twee vragen over beperkingen in zien (kleine letters lezen, een gezicht op 4 meter afstand herkennen, zo nodig met bril) en twee over beperkingen in horen (gesprekken volgen en voeren, zo nodig met hoorapparaat). De somscore is bepaald van de activiteiten die men 'niet' of slechts 'met grote moeite' kan verrichten. Met deze indicator worden dus *zware* fysieke beperkingen geteld. De score kan variëren van 0 tot 7. Vanwege de kleine aantallen personen met meerdere beperkingen, zijn de scores 2 tot en met 7 in de analyse samengevoegd.

Kader 9.2 (vervolg)

– Langdurige aandoeningen:
Het was niet mogelijk om in deze analyse exact dezelfde indicator voor langdurige aandoeningen te gebruiken als in hoofdstuk 4, omdat daar een enquête is gebruikt met een iets andere vraagstelling. Voor onze analyse is de POLS de bron, met in totaal twintig vragen over langdurige aandoeningen. Hieruit zijn de volgende vijftien aandoeningen meegenomen in de indicator 'langdurige aandoeningen': diabetes met insulinegebruik, ooit beroerte gehad met nog steeds restbeperkingen, hartinfarct gehad, andere ernstige hartaandoening waarvoor nog steeds onder controle, vernauwing van bloedvaten in buik of benen, ooit kanker gehad waarvoor onder behandeling of controle, onder behandeling voor migraine of ernstige hoofdpijn, onder behandeling voor longaandoening, onder behandeling voor duizeligheid met vallen, onder behandeling voor langdurige darmstoornis, gewrichtslijtage, chronische gewrichtsontsteking, last van ernstige of hardnekkige aandoening aan rug of hernia, last van ernstige of hardnekkige nek- of schouderaandoening, last van ernstige of hardnekkige aandoening aan elleboog, pols of hand. Van deze aandoeningen is de somscore bepaald, die dus kan variëren van 0 tot 15. Vanwege de kleine aantallen zijn de scores 3 tot en met 15 in de analyse samengevoegd tot 'drie of meer langdurige aandoeningen'. Deze somscore van langdurige aandoeningen wijkt af van de gebruikelijke indicatoren die het CBS hanteert in de POLS-statistieken. Voor de huidige analyse zijn namelijk alleen de aandoeningen geselecteerd die op het enquêtemoment (nog steeds) serieuze belemmeringen voor werkhervatting kunnen opwerpen. Zo zijn suikerziekte zonder insulinegebruik, eczeem, psoriasis, hoge bloeddruk en 'overige aandoeningen' niet meegenomen. En ook als men van de vijftien gespecificeerde aandoeningen wel (ooit) last heeft gehad, maar op het enquêtemoment niet meer, dan tellen deze niet mee in de somscore.

Onderlinge samenhang tussen gezondheidsbeleving, beperkingen en aandoeningen
Uiteraard hangen de drie gezondheidsindicatoren onderling samen. Mensen met ernstige beperkingen hebben een negatievere gezondheidsbeleving dan mensen zonder beperkingen ($r = 0{,}39$). Ook hangen langdurige aandoeningen en gezondheidsbeleving samen ($r = 0{,}50$). En tot slot hangen ook ernstige beperkingen en langdurige aandoeningen onderling samen ($r = 0{,}38$). Hoewel er een correlatie is tussen de drie indicatoren, is er geen sprake is van multicollineariteit. In de subcategorieën zijn voldoende waarnemingen (zie tabel 9.1).

Sociaaleconomische positie van de werkloze beroepsbevolking

Onze analyse betreft personen die tijdens de eerste enquête (afgenomen tussen 2001 en 2007) geen betaald werk hadden. Dit is een gemêleerde groep: 18% betreft vervroegd gepensioneerden, 18% is student, 15% is arbeidsongeschikt, 4% ontvangt een werkloosheidsuitkering, 6% een bijstandsuitkering en 4% een andere uitkering, zoals een ziektewetuitkering. Daarnaast werkt een kleine groep wel, maar minder dan vier uur (4%). Tot slot is er een grote groep 'overigen' (37%).

Gezondheid van de werkloze beroepsbevolking op de drie indicatoren

In de laatste kolom van tabel 9.1 is weergegeven hoe de niet werkende beroepsbevolking scoort op de drie gezondheidsindicatoren. In totaal 18% heeft een of meer ernstige beperkingen in mobiliteit, zien of horen. 40% heeft een of meer langdurige aandoeningen. Daarvan heeft weer de helft één aandoening, een kwart twee aandoeningen en een kwart drie of meer. Van de niet werkende beroepsbevolking ervaart 19% de gezondheid als matig of slecht. De overige personen ervaren hun gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend.

Gezondheid en werkhervatting

Een jaar na de enquêtedatum is 16% van de geënquêteerden aan het werk. Wat is nu de rol van de langdurige aandoeningen, de fysieke beperkingen en de gezondheidsbeleving bij werkhervatting? Eerst kijken we naar de univariate verbanden. Uit tabel 9.1 is op te maken dat vooral mensen met een gunstige score op de drie gezondheidsindicatoren het werk hervatten. Het meest aan het werk gaan mensen die de eigen gezondheid als 'uitstekend' of 'zeer goed' ervaren (24% en 22%), geen ernstige fysieke beperkingen hebben (18%) of geen langdurige aandoening (20%). Het minst aan het werk gaan mensen die de gezondheid als 'slecht' of 'matig' ervaren (3% en 7%), een of meer ernstige beperkingen hebben in mobiliteit, zien of horen (4%-5%), of twee of drie of meer langdurige aandoeningen hebben (8% en 4%). Bij een als 'goed' ervaren gezondheid en bij slechts één langdurige beperking is de werkhervatting iets onder gemiddeld (beide 13%).

Tabel 9.1
Werkhervatting na een jaar, binnen de niet werkende beroepsbevolking, naar gezondheidsindicator, 2001-2007 (in aantallen en in procenten)

	% werkhervatting[a]	aantal	kolom%
gezondheidsbeleving			
uitstekend	24	1.791	17
zeer goed	22	2.303	22
goed	13	4.225	41
matig	7	1.526	15
slecht	3	402	4
weet niet of onbekend	19	72	1
totaal	16	10.319	100
zware fysieke beperkingen			
geen	18	8.511	82
1	5	1.025	10
≥ 2	4	783	8
totaal	16	10.319	100
langdurige aandoeningen			
geen	20	6.224	60
1	13	2.112	20
2	8	963	9
≥ 3	4	1.020	10
totaal	16	10.319	100

a Het betreft het percentage binnen elke categorie en binnen de totale groep geënquêteerden.

Bron: CBS, Centrum voor Beleidsstatistiek

Langdurige aandoeningen en zware fysieke beperkingen

Wat is nu het zelfstandige effect van langdurige aandoeningen en zware fysieke beperkingen op werkhervatting? Met andere woorden, blijft de relatie even sterk als we corrigeren voor gezondheidsbeleving en voor andere kenmerken die samenhangen met de kans op werkhervatting? Om dit inzichtelijk te maken zijn verschillende logistische modellen uitgevoerd. Tabel 9.2 laat zien hoe de relatie van aandoeningen en beperkingen met werkhervatting verandert als gecorrigeerd wordt voor gezondheidsbeleving en voor de controlevariabelen leeftijd, opleidingsniveau, combinatie van geslacht en leeftijd van eventuele kinderen, arbeidsverleden en enquêtejaar. De sterkte van het verband is uitgedrukt in odds ratio's (OR). Deze ratio's geven aan hoeveel groter (bij OR > 1) of kleiner (bij OR < 1) de kans op werkhervatting is in vergelijking met de referentiecategorie[3]. Hoe verder de OR van 1 verwijderd is, hoe groter het verschil.
In model 1 – alleen langdurige aandoeningen en ernstige beperkingen als voorspellers van werkhervatting – nemen de odds ratio's sterk af naarmate iemand meer aandoeningen of beperkingen heeft. Zo hebben mensen met drie of meer aandoeningen een OR

van 0,24, wat betekent dat hun kans op werkhervatting vijf keer zo klein is als die van mensen zonder langdurige aandoening (na correctie voor eventuele ernstige fysieke beperkingen).
In model 2 is tevens de gezondheidsbeleving meegenomen. De OR's van langdurige aandoeningen en zware fysieke beperkingen komen nu wat dichter bij 1 te liggen, maar verschillen nog altijd significant van 1. Opvallend is dat al bij een 'goede' gezondheidsbeleving de kans op werk flink kleiner wordt in dit model, vergeleken met de referentiegroep van mensen die hun gezondheid als 'uitstekend' ervaren.
Model 3 bevat aandoeningen, beperkingen en de controlekenmerken, maar niet de gezondheidsbeleving. We zien dan dat de OR's van aandoeningen en beperkingen nog verder stijgen richting de 1 van de referentiegroep. Het hebben van één langdurige aandoening is nu niet langer statistisch significant van invloed op werkhervatting. Bij meer dan een aandoening en bij een of meer ernstige fysieke beperkingen blijft de kans op werkhervatting significant kleiner.
In model 4 zijn zowel de gezondheidsbeleving als alle controlevariabelen toegevoegd aan de langdurige aandoeningen en de ernstige fysieke beperkingen. Het zelfstandige effect van langdurige aandoeningen en beperkingen wordt nog verder verkleind. Alleen bij drie of meer aandoeningen blijft de kans op werk significant lager, en bij één fysieke beperking. Ook de gezondheidsbeleving heeft nu minder effect. Een 'goede' gezondheidsbeleving verkleint de kansen op werkhervatting niet langer. Alleen bij een 'matige' of een 'slechte' gezondheidsbeleving is de kans op werk significant kleiner. Model 4 suggereert dus dat een negatieve beleving van de gezondheid en vooral ook een ongunstig profiel op de sociaaldemografische kenmerken medeverantwoordelijk zijn voor de geringe participatie van mensen met een of twee langdurige aandoeningen. Pas als men meerdere langdurige aandoeningen gelijktijdig heeft en/of er ernstige beperkingen in mobiliteit, zien en horen zijn, vormt deze gezondheidsproblematiek een belemmering op zichzelf.
Een onverwachte bevinding is dat mensen met twee of meer ernstige beperkingen in mobiliteit, horen of zien een grotere kans op werkhervatting hebben dan mensen met slechts één ernstige beperking. Wij hebben hiervoor geen verklaring. De bevinding kan het gevolg zijn van interactie met bijvoorbeeld gezondheidsbeleving of het kan om een heel specifieke groep mensen gaan. Ook kan het een toevalsbevinding zijn. Nadere analyse is nodig om hier meer zicht op te krijgen.
In tabel 9.2 is ook een maat voor verklaarde variantie opgenomen: de Nagelkerke R^2. Te zien is dat bij toevoeging van de controlevariabelen aan het model de kans sterk verbetert om correct te voorspellen wie wel en niet het werk hervatten.

Tabel 9.2
Kans op werkhervatting na een jaar in verschillende modellen, binnen de niet werkende beroepsbevolking 2001-2007 (in odds ratio's)

	model 1 aandoeningen + beperkingen	model 2 aandoeningen + beperkingen + gezondheidsbeleving	model 3 aandoeningen + beperkingen + controlekenmerken	model 4 aandoeningen + beperkingen + controlekenmerken + gezondheidsbeleving
langdurige aandoeningen				
geen (= ref.)	1	1	1	1
1	0,64*	0,77*	1,02	1,11
2	0,44*	0,57*	0,79*	0,90
≥ 3	0,24*	0,35*	0,51*	0,6*
ernstige fysieke beperkingen				
geen (= ref.)	1	1	1	1
1	0,30*	0,35*	0,47*	0,52*
≥ 2	0,37*	0,50*	0,57*	0,75
gezondheidsbeleving				
uitstekend (= ref.)		1		1
zeer goed		0,93		0,97
goed		0,59*		0,94
matig		0,44*		0,62*
slecht		0,33*		0,35*
Nagelkerke R^2 (%)	6,7	8,2	33,9	34,2

* $p < 0{,}05$.

Bron: CBS, Centrum voor Beleidsstatistiek

De relatie van de controlekenmerken met werkhervatting

Vanwege het belang van de sociaaldemografische kenmerken voor werkhervatting toont tabel 9.3 de odds ratio's en betrouwbaarheidsintervallen van zowel de drie gezondheidsindicatoren als van alle controlekenmerken. Leeftijd blijkt heel bepalend voor werkhervatting: een persoon jonger dan 25 jaar heeft zeventien keer zo veel kans om aan het werk te gaan als een 55-plusser. Verder hervatten vooral mensen het werk die recent nog gewerkt hebben. Mensen die in de twaalf maanden eerder nog werkten, hebben vier keer zo veel kans op werkhervatting als mensen die zowel 12 als 24 maanden ervoor niet werkten. Overigens heeft een groot deel van deze analysegroep geen recent arbeidsverleden. De kans op werk vinden verschilt nauwelijks tussen opleidingsniveaus. Alleen bij hoger of universitair onderwijs is die kans relatief hoog, maar voor alle lagere

niveaus zijn de kansen gelijk. Ook zien we dat vrouwen met heel jonge kinderen en vrouwen zonder kinderen (de referentiegroep) veel minder vaak werk vinden dan mannen en vrouwen met oudere kinderen. Uit de resultaten blijkt verder dat de kans op werk vinden in de crisisjaren 2002-2004 significant lager was dan in 2001 en in 2005-2007.

Tabel 9.3

Kans op werk, naar aandoeningen, beperkingen, gezondheidsbeleving en controlekenmerken, binnen de niet werkende beroepsbevolking, naar enquêtejaar 2001-2007 (in odds ratio's)

		betrouwbaarheidsinterval		
	OR	ondergrens	bovengrens	aantal
langdurige aandoeningen				
geen (= ref.)	1			6224
1	1,11	0,93	1,31	2112
2	0,90	0,68	1,19	963
≥ 3	0,65*	0,45	0,96	1020
ernstige fysieke beperkingen in mobiliteit, horen of zien				
geen (= ref.)	1			8511
1	0,52*	0,38	0,71	1025
≥ 2	0,75	0,50	1,12	783
gezondheidsbeleving				
uitstekend	1			1791
zeer goed	0,97	0,82	1,15	2303
goed (= ref.)	0,94	0,79	1,11	4225
matig	0,62*	0,47	0,82	1526
slecht	0,35*	0,19	0,64	402
leeftijd	17,61*	13,78	22,49	2034
15-24 jaar	11,99*	9,12	15,77	915
25-34 jaar	7,32*	5,61	9,55	1470
35-44 jaar	3,06*	2,34	4,02	1861
45-54 jaar	1			4039
55-64 jaar (= ref.)				
arbeidsverleden				
12 maanden vóór enquêtemaand werkzaam	3,97*	3,42	4,61	1517
12 maanden vóór enquêtemaand niet werkzaam, 24 maanden vóór enquêtedatum wel werkzaam	2,60*	2,14	3,16	915
12 en 24 maanden vóór enquêtemaand niet werkzaam (= ref.)	1			7887

Tabel 9.3 (vervolg)

		betrouwbaarheidsinterval		
	OR	ondergrens	bovengrens	aantal
opleidingsniveau				
lo, lbo	0,67*	0,55	0,81	4183
mavo, vwo-3	0,64*	0,51	0,80	1668
havo, vwo, mbo	0,69*	0,57	0,83	2997
hbo, wo (= ref.)	1			1422
geslacht x leeftijd kind				
man met jongste kind 0-5 jaar	2,06*	1,41	3,03	180
man met jongste kind 6-11 jaar	2,29*	1,62	3,22	244
man met jongste kind 12-17 jaar	1,76*	1,35	2,30	665
man met jongste kind ≥ 18 jaar	1,52*	1,13	2,05	497
man zonder kinderen	1,72*	1,36	2,18	1885
vrouw met jongste kind 0-5 jaar	0,77	0,59	1,00	987
vrouw met jongste kind 6-11 jaar	1,34*	1,02	1,76	782
vrouw met jongste kind 12-17 jaar	1,72*	1,35	2,20	1033
vrouw met jongste kind ≥ 18 jaar	1,54*	1,15	2,07	827
vrouw zonder kinderen (= ref.)	1			3219
enquêtejaar				
2001	0,86	0,68	1,08	1394
2002	0,62*	0,48	0,80	1270
2003	0,66*	0,52	0,84	1522
2004	0,68*	0,54	0,85	1764
2005	0,90	0,72	1,12	1653
2006	0,90	0,72	1,14	1489
2007 (= ref.)	1			1227
constante	0,03			

* $p < 0,05$; 95% betrouwbaarheidsintervallen.

Bron: CBS, Centrum voor Beleidsstatistiek

Diversiteit van de analysegroep

De analysegroep is zeer divers. Zowel de jongeren als de ouderen zijn relatief sterk vertegenwoordigd in de niet werkende beroepsbevolking. Dit is logisch: een deel van de groep jonger dan 25 jaar is nog bezig met een opleiding en van de 55-plussers is een deel al met vervroegd pensioen. Dit geeft al aan dat niet alle Nederlanders in de leeftijd van 15-64 jaar (de potentiële beroepsbevolking) ook willen werken en op zoek zijn naar een baan. Sommigen willen nooit meer werken; anderen – zoals studerenden of mensen die gestopt zijn vanwege kinderen – pas op termijn. De vraag is daarom hoe de relatie tussen aandoeningen, beperkingen, gezondheidsbeleving en controlekenmerken ligt binnen de groep die *wil* werken. Om dit na te gaan, zijn de analyses herhaald voor de subgroep

die wil werken (zie tabel B9.2 in de bijlage, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport). Dit was bij bijna de helft van de werkloze beroepsbevolking het geval: 45% gaf aan werk voor meer dan twaalf uur per week te willen. De 55% die dat niet wilde is in de rest van deze paragraaf dus buiten beschouwing gelaten.

Mensen die willen werken

Opvallend is dat mensen die wel willen werken juist vaker langdurige aandoeningen (45% versus 35%) en ernstige fysieke beperkingen (23% versus 13%) hebben dan mensen die niet willen werken. Ook een negatieve gezondheidsbeleving komt veel vaker voor bij de groep die wil werken (27% versus 12%). Meer dan gemiddeld geven personen met een bijstandsuitkering (68%), werkloosheidsuitkering (76%) of arbeidsongeschiktheidsuitkering (68%) aan dat ze betaald werk willen. Een deel van hen heeft ook sollicitatieplicht. Scholieren en vooral vervroegd gepensioneerden willen minder vaak dan gemiddeld werken. De 'werkwilligen' onderscheiden zich dan ook in leeftijd van de totale groep niet-werkenden: vooral de middengroepen willen werk, niet de mensen jonger dan 25 of ouder dan 55. Ook mensen met een recent arbeidsverleden willen wat vaker dan gemiddeld werk. Vrouwen met jonge kinderen willen juist minder dan gemiddeld werken. Opleidingsniveau en enquêtejaar spelen nauwelijks een rol bij wel of niet aan het werk willen.

Kans op werk binnen groep 'werkwilligen'

Van de mensen die werk willen, had 23% een jaar later werk. Dat is meer dan in de totale werkloze beroepsbevolking (16%). De vraag is nu of de voorspellers van werkhervatting van 'werkwilligen' dezelfde zijn als van de totale werkloze beroepsbevolking. In essentie blijkt dit het geval te zijn, zowel voor de univariate verbanden als na correctie voor de samenhang tussen de gezondheidsvariabelen en de controlekenmerken. Zowel langdurige aandoeningen als ernstige fysieke beperkingen als gezondheidsbeleving zijn medebepalend voor de kans op werk, waarbij weer geldt: hoe ernstiger de gezondheidsproblemen, hoe kleiner de kans op werk. Controleren we vervolgens voor kenmerken als leeftijd, opleiding en arbeidsverleden, dan verdwijnt deze 'lineariteit' weer voor een deel. Alleen bij drie of meer langdurige aandoeningen, en bij een matige of slechte gezondheidsbeleving zijn de kansen op werk significant verkleind. De bevindingen zijn robuust: binnen de groep niet-werkenden die om zeer uiteenlopende redenen geen werk heeft en ook niet allemaal willen werken, zijn de uitkomsten hetzelfde als binnen de homogenere deelgroep van mensen die willen werken.

Gezondheidsbeleving belangrijke factor bij werkhervatting

Deze analyses binnen de Nederlandse werkloze beroepsbevolking laten zien dat gezondheidsbeleving een belangrijke factor is bij werkhervatting. Mensen met een negatieve gezondheidsbeleving hervatten veel minder vaak het werk dan mensen met een positieve gezondheidsbeleving. Dit na correctie voor het aantal langdurige aandoeningen en zware beperkingen in mobiliteit, zien of horen. De invloed van een negatieve gezondheidsbeleving blijft ook bestaan na correctie voor sociaaldemografische kenmerken die de kansen op werk significant beïnvloeden (leeftijd, opleidingsniveau, recent arbeidsver-

leden, geslacht, kinderen). Bij correctie verdwijnt daarentegen het negatieve effect van één langdurige aandoening, en ook bij twee aandoeningen is de kans op werkhervatting nog slechts licht (niet significant) verlaagd. Bij ernstige beperkingen in mobiliteit, zien of horen en bij drie of meer langdurige aandoeningen blijft de kans op werkhervatting ook na correctie laag.

9.4 Interventies om een negatieve gezondheidsbeleving om te buigen

Gezondheidsbeleving is dus een medebepalende factor voor arbeidsdeelname. Dat geldt voor elk van de drie elkaar overlappende groepen die we geanalyseerd hebben: de 35-minners en andere gedeeltelijk arbeidsongeschikten, de mensen met een bijstands- of werkloosheidsuitkering, en de totale werkloze beroepsbevolking. Mensen met meervoudige aandoeningen en zware beperkingen hebben vaak weinig participatiemogelijkheden, maar daar is de wet- en regelgeving op ingesteld. Zo geldt de Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten (IVA) voor mensen die volledig arbeidsongeschikt zijn met een beperkte (of geen) kans op herstel en kent de Wajong een 'uitkeringsregeling'. Bij deze groepen verwacht het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) dan ook geen re-integratie (Kenniscentrum UWV 2012).
De voorgaande paragrafen impliceren dat het participatiebeleid ook rekening moet houden met de gezondheidsbeleving, daar waar mensen zich ernstiger ziek voelen dan zij 'feitelijk' zijn. We geven een overzicht van mogelijk effectieve interventies, grotendeels voortbouwend op de resultaten van een literatuuronderzoek (Schuring et al. 2011b) en een kwalitatieve studie (Duinkerken en Graafland 2010).

Grip op het eigen leven

Een gebrek aan grip op het eigen leven hangt overtuigend samen met een negatieve gezondheidsbeleving (§ 9.2). Er is wetenschappelijk bewijs dat (groepsgewijze) cognitief gedragsmatige interventies, gericht op het vergroten van controle, een positief effect op de gezondheidsbeleving kunnen hebben. Bij controle gaat het dan om grip op en kennis van de gezondheid, bijvoorbeeld door succeservaringen op te doen, via contact met ervaringsdeskundigen of via begeleiding bij rouwverwerking (Duinkerken en Graafland 2010; Schuring et al. 2011b; ook Kenniscentrum UWV 2011). Ook kunnen interventies geleidelijk de draagkracht, stresstolerantie en conditie helpen verbeteren of helpen het sociale netwerk uit te breiden. Bovendien zijn er aanwijzingen dat verschillende 'typen' arbeidsbeperkten met verschillende vormen van een negatieve gezondheidsbeleving, baat hebben bij op hun problematiek toegespitste interventies (Duinkerken en Graafland 2010) (zie tabel 9.4 voor een overzicht).
Een andere insteek is interventies richten op de houding van uitvoerders. Een motiverende en coachende houding kan effectief zijn. Ook lijkt een goede samenwerking tussen uitvoerders en beleidsmakers op het gebied van werk en inkomen en tussen uitvoerders en beleidsmakers in de gezondheidszorg (IWI 2011) zinvol.

Tabel 9.4
Aanpak voor meer grip op het eigen leven bij drie typen arbeidsbeperkten met een negatieve gezondheidsbeleving[a]

type arbeidsbeperkte	interventies
multiproblematiek (bv. een negatieve gezondheidsbeleving + ongezonde leefstijl + slechte leefomstandigheden)	– kennis over gezondheid vergroten – het grotere systeem (partner, gezin, familie, straat, wijk) meenemen – lotgenoten inzetten – voorwaarden regelen die niet mogen ontbreken: rust, reinheid, regelmaat
weerstand tegen verandering, door angst in een negatieve spiraal	– leren omgaan met stress – stressreductie
plotseling gezondheidsverlies, waardoor toekomstperspectief moet veranderen	– rouwverwerking, ook voor werkmogelijkheden – ervaringsdeskundigen inzetten als rolmodel

a Op basis van Duinkerken en Graafland (2010).

Mindset en langdurige werkloosheid

De *'mindset'* en algemene basishouding kunnen een belangrijk aangrijpingspunt zijn om negatieve gezondheidsbeleving om te buigen (§ 9.2). Ook zagen we dat een negatieve gezondheidsbeleving langdurige werkloosheid in de hand kan werken. Een effectieve interventie is 'werk als therapie' of praktijkleren (IWI 2011). Door hen passend werk te bieden kunnen mensen uit de vicieuze cirkel van inactiviteit en passiviteit komen. Dat stimuleert de motivatie, het gevoel ertoe te doen en het zelfvertrouwen en laat mensen ervaren wat ze wel kunnen. Door meer te concentreren op wat men nog wèl kan, krijgt men weer perspectief (IWI 2011). Ook angst voor verandering (een nieuwe baan, een andere omgeving, enz.) is daarmee aan te pakken. Uit literatuuronderzoek (Schuring et al. 2011b) blijkt dat meerdere studies overtuigend laten zien dat 'werk als therapie', en dan vooral *Individual Placement and Support* (IPS), inderdaad kan leiden tot een reguliere baan. In Nederland is dit bevestigd (Michon 2010) bij mensen met langdurige en ernstige psychische problematiek, van wie de meerderheid (51%) een arbeidsongeschiktheidsuitkering had en een aanzienlijk deel (33%) een bijstandsuitkering. Het directe effect op gezondheidsbeleving is echter niet onderzocht. Vergelijkbare resultaten zijn gevonden voor varianten zoals de in Rotterdam ontwikkelde methodiek Extra Intensieve Trajectbegeleiding (Jagmohansingh 2008).

Leefstijlfactoren

Een ongezonde leefstijl en gebrek aan steun uit de omgeving kunnen samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving (§ 9.2). Programma's gericht op gezondheidsbevordering zijn een geschikte interventie (Schuring 2010). Dat geldt tevens voor interventies die ingaan op het tekort aan kennis van mensen met een arbeidsbeperking of interventies die familie of gezin erbij betrekken. Ook het leren overschrijden van zelfgestelde

fysieke grenzen en bewustwording van het eigen handelen kunnen centraal staan (Duinkerken en Graafland 2010; Schuring et al. 2011b; ook Kenniscentrum UWV 2011). Het wetenschappelijke bewijs daarvoor is echter beperkter dan dat voor de hiervoor genoemde interventies (Schuring et al. 2011b).

9.5 Conclusies

De feitelijke ziektes of handicaps en de beleving van de eigen gezondheid hangen uiteraard samen, maar niet volledig. Sommige mensen ervaren hun gezondheid als goed, terwijl ze relatief veel beperkingen hebben en omgekeerd. En veel mensen bij wie formeel is vastgesteld dat ze ondanks hun ziekte en beperkingen nog arbeidsmogelijkheden hebben, geven zelf aan dat hun gezondheid werken niet toelaat. Meerdere onderzoeken laten zien dat de gezondheidsbeleving, ook na correctie voor de ernst van de feitelijke beperkingen, samenhangt met werkhervatting en zelfs latere werkhervatting voorspelt. Welke factoren bepalen nu of een persoon, gegeven een bepaalde ziekte of beperking, zijn gezondheid als goed of relatief slecht ervaart? Diverse gedrags-, sociale, psychosociale en persoonsgebonden factoren – die ook invloed kunnen hebben op arbeidsdeelname – hangen samen met een negatieve gezondheidsbeleving. Dit geldt bijvoorbeeld voor 'een gebrek aan grip ervaren' en de daaraan gerelateerde 'negatieve basishouding'. Het mechanisme van oorzaak en gevolg is hierbij echter nog niet in kaart gebracht. De basishouding kan zowel via de gezondheidsbeleving als direct invloed hebben op het vinden van een baan en de bereidheid die te accepteren.
We hebben onder mensen met langdurige aandoeningen en zware beperkingen onderzocht wat bepaalt of zij weer aan het werk gaan. Het bleek dat hun geringere arbeidsdeelname (in vergelijking met gezonde mensen) niet alleen door de langdurige aandoening zelf komt: ook de gezondheidsbeleving en sociaaldemografische kenmerken (leeftijd, opleidingsniveau, recent arbeidsverleden, geslacht, kinderen) spelen een belangrijke rol. Wanneer voor deze kenmerken gecorrigeerd wordt, verdwijnt het negatieve effect van het hebben van één langdurige aandoening op de latere werkhervattingskans. Ook bij mensen met twee langdurige aandoeningen is de kans dan nog slechts licht (niet significant) verlaagd. Dit kan betekenen dat in enquêtes de vraag naar de gezondheidsbeleving een betere indicatie geeft van de feitelijke gezondheidstoestand dan de vragen naar de aanwezigheid van langdurige aandoeningen en ernstige beperkingen in mobiliteit, zien of horen. Het is echter zeer aannemelijk dat de gezondheidsbeleving ook op zichzelf medebepalend is voor participatie. Immers, ook bij mensen met medisch vastgestelde beperkingen blijkt de gezondheidsbeleving een betere voorspeller van werkhervatting dan de ernst van de beperkingen. Bij mensen met één of meer ernstige beperkingen in mobiliteit, zien of horen en bij drie of meer langdurige beperkingen blijft de kans op latere werkhervatting, ook na correctie voor gezondheidsbeleving en sociaaldemografische kenmerken, klein.
Interventies gericht op gezondheidsbeleving kunnen helpen om arbeidsparticipatie te bevorderen als mensen zich zieker voelen dan zij 'feitelijk' zijn. Dat geldt uiteraard niet voor mensen met meervoudige aandoeningen en zware beperkingen. Zij hebben sowieso weinig participatiemogelijkheden en de wet- en regelgeving is daarop ingesteld.

Een positiever wordende gezondheidsbeleving en werkhervatting kunnen elkaar versterken, het omgekeerde van de negatieve vicieuze cirkel. Dat gezondheidsbeleving en werkhervatting ingewikkeld met elkaar samenhangen, maakt interveniëren echter lastig. Desondanks biedt de literatuur aanknopingspunten voor effectieve interventies. Allereerst is het aan te bevelen dat re-integratieprofessionals zich een motiverende gesprekshouding eigen maken en aandacht hebben voor cognitief gedragsmatige interventies om mensen weer grip op hun leven en hun gezondheid te geven.[4] Ook het bewerken van de *mindset* van langdurig werklozen en het vergroten van kennis over leefstijl kunnen helpen om de vicieuze cirkel van negatieve gezondheidsbeleving en arbeidsparticipatie te doorbreken.

Noten

1 Het kenmerk 'herkomst' kwam in onderzoek van Keizer en Keuzenkamp (2011) wél als relevant naar voren.
2 Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO), ook bekend onder de Engelse naam als de Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD).
3 We interpreteren de odds ratio's hiermee als relatieve risico's, wat toegestaan is omdat de prevalentie van werkhervatting laag is (kleiner dan 20%).
4 De resultaten van het project 'Ervaren gezondheid en de weg naar werk – wijzer' moeten meer inzicht gaan geven in goede interventies door uitvoerders van UWV en gemeenten. Het eindrapport is vanaf medio 2012 beschikbaar. Zie www.astri.nl/projecten/werkloosheid/ervaren-gezondheid-en-de-weg-naar-werk-wijzer2/.

Literatuur

Bakel, A.M. van en G.C.W. Wendel-Vos (2010). Preventie gericht op lichamelijke activiteit samengevat. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Beer, P. de (1999). Wat is het nut van werken? In: *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, jg. 26, nr. 1, p. 25-57.

Campen, C. van en M. Cardol (2007). Tevreden meedoen. In: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, jg. 85, nr. 7, p. 374-375.

Daalen, G. van (2008). *Social support, does it make a difference?* (proefschrift). Tilburg: Tilburg University.

Deeg, D.J.H. (2009). Wat is ervaren gezondheid en hoe wordt het gemeten? en Hoeveel mensen voelen zich niet gezond? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Geraadpleegd juni 2011 via http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/ervaren-gezondheid/. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Deeg, D.J.H., H.S.J. Picavet en H. Galenkamp (2009). Wat is de relatie met ziekten en determinanten? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Geraadpleegd juni 2011 via www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/ervaren-gezondheid/wat-is-de-relatie-met-ziekten-en-determinanten/. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Duinkerken, G. en H. Graafland (2010). *Kennisproduct Gilde Re-integratie. Negatieve gezondheidsbeleving.* Geraadpleegd mei 2012 via www.gildenetwerk.nl/page3/files/page3-negatieve-gezondheidsbeleving.pdf. Rotterdam: Gilde Re-integratie.

Eugster, A., M.W.C. Rutten, M.A.M. Jacobs-van der Bruggen, I.H.F. van Veggel, I. den Borne en A. Gietmann (2011). *Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2011 – Hart voor Brabant*. Geraadpleegd mei 2012 via www.regionaalkompas.nl/object_binary/011285_Sociale%20omgeving%20en%20participatie.pdf. Helmond: GGD Brabant-Zuidoost, GGD Hart voor Brabant, GGD West-Brabant.

Horssen, C. van en F.A. Rosing (2010). *Gezondheidsbeleving en werkhervatting 35-minners*. Den Haag: Raad voor Werk en Inkomen.

Idler, E.L. en Y. Benyamini (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. In: *Journal of Health and Social Behavior,* jg. 38, nr. 1, p. 21-37.

IWI (2011). *Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen.* Den Haag: Inspectie Werk en Inkomen.

Jagmohansingh, S. (2008). *Rapportage: evaluatie Exit Feijenoord*. Rotterdam: Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Keizer, M. en S. Keuzenkamp (2011). *Moeilijk werken. Gezondheid en arbeidsdeelname van migrantenvrouwen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kenniscentrum UWV (2009). *UWV Kwartaal Verkenning 2009-I*. Amsterdam: Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen.

Kenniscentrum UWV (2011). *UWV Kennisverslag 2011-II*. Amsterdam: Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen.

Kenniscentrum UWV (2012). *UWV Kennisverslag 2012-I*. Amsterdam: Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen.

Lucht, F. van der en J.J. Polder (2010). *Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Michon, H., J.T. van Busschbach, M. van Vugt en A.D. Stant (2010). *Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland; verslag van een gerandomiseerde en gecontroleerde effectstudie. Basisrapport SCION-I; bevindingen na 18 maanden follow-up*. Groningen/Utrecht: Rob Giel Onderzoekscentrum en Trimbos-instituut.

Regeerakkoord VVD-CDA (2010). *Vrijheid en verantwoordelijkheid*. Geraadpleegd juni 2012 via http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2010/09/30/regeerakkoord-vvd-cda.html.

Ruijsbroek, J.M.H. en A. Verweij (2009). Wat zijn mogelijke gezondheidsgevolgen van sociale cohesie? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Savelkoul, M. (2011). Sociale steun samengevat. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Schuring, M. (2010). *The role of health and health promotion in labour force participation* (proefschrift). Rotterdam: Erasmus University Medical Centre.

Schuring, M., J. Mackenbach, A.J. Voorham en A. Burdorf (2011a). The effect of re-employment on perceived health. In: *Journal of Epidemiology and Community Health*, jg. 65, nr. 7, p. 639-644.

Schuring, M., F.A. Reijenga, B. Carlier en A. Burdorf (2011b). *Gezondheidsbeleving van werklozen: wat is bekend en wat zijn witte vlekken?* Rotterdam/Leiden: Eramus Medisch Centrum/AStri Beleidsonderzoek en -advies.

Wanberg, C.R., Z. Song en L.M. Hough (2002). Predictive validity of a multidisciplinary model of reemployment success. In: *Journal of Applied Psychology,* jg. 87, nr. 6, p. 1100 – 1120.

Wesdorp, P., E. van Hooft, G. Duinkerken en R. van Geuns (2010). *Het heft in eigen hand: sturen op zelfsturing. Handreiking voor re-integratieprofessionals.* Den Haag: Raad voor Werk en Inkomen.

WHO (2001). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geraadpleegd mei 2012 via www.rivm.nl/who-fic/in/ICFwebuitgave.pdf. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

10 Kans op werk van arbeidsbeperkten zonder uitkering

Dionne Arts en Carla van Deursen (Kenniscentrum UWV)

10.1 Onderzoeksvragen

Een specifieke groep arbeidsbeperkten zijn de zogeheten 35-minners. Deze categorie vloeit voort uit de invoering van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) in 2006. Mensen die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn, komen niet voor deze regeling in aanmerking. Begin 2012 waren er zo'n 100.000 35-minners en de komende decennia zal dat aantal jaarlijks met ongeveer 20.000 toenemen.[1]
Onder de voorganger van de WIA, de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), werden mensen pas afgewezen als ze minder dan 15% arbeidsongeschikt bleken. Zij hadden dus gemiddeld minder arbeidsbeperkingen dan afgewezen WIA-aanvragers en hun kansen op volledig herstel waren beter.[2] Verder waren er meer faciliteiten ter ondersteuning van de re-integratie.[3]
Er zijn twee routes waarlangs mensen 35-minner kunnen worden: als vangnetter en als werknemer. Vangnetters zijn mensen die in de eerste twee ziektejaren onder de Ziektewet vallen omdat ze geen werkgever (meer) hebben of omdat ze een uitzonderingsgroep vormen voor wie de werkgever geen loondoorbetalingsverplichting heeft. Werknemers zijn mensen voor wie de werkgever bij ziekte twee jaar lang verantwoordelijk blijft (zie kader 10.1). Voor elk van deze uitgangssituaties brengen we in kaart welke kenmerken arbeidsdeelname belemmeren of bevorderen.

Bij de introductie van de WIA is met werkgeversorganisaties afgesproken dat zij 35-minners in dienst houden of zorgen dat zij bij een andere werkgever aan de slag kunnen. In de praktijk werken deze afspraken redelijk: in 2010 is 60% van de werknemers die 35-minner zijn geworden nog steeds aan het werk (tabel 10.1), zoals blijkt uit de monitor *Arbeidsbeperkten en Werk* (Arts en van Deursen 2011). Probleem is echter dat ruim de helft van de 35-minners afkomstig is uit het vangnet (de Ziektewet) en meestal geen dienstverband heeft als na twee jaar het recht op een ziektewetuitkering afloopt. Deze groep moet op zoek naar een nieuwe functie – de gezondheid laat immers de oude functie niet meer (volledig) toe - bij een nieuwe werkgever. Tot nu toe zijn deze vangnetters veel minder aan het werk dan de reguliere werknemers: in 2010 een derde tegen 60% van de reguliere werknemers. De wetgeving rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid lijkt dus minder effectief voor vangnetters dan voor de werknemers.

Tabel 10.1
35-minners met werk, naar vangnetters en werknemers, 2010 (in procenten)

	werkt
vangnetters	33
reguliere werknemers	60
totaal	46

Bron: UWV 2010

Kader 10.1 Twee hoofdroutes naar de status van '35-minner'

eerste twee ziektejaren: loondoorbetaling of Ziektewet	na twee jaar: WIA-beoordeling
werknemers werkgever begeleidt en betaalt loon door (bij enkele uitzonderingsgroepen is het loon op UWV te verhalen)	< 35% arbeidsongeschikt, geen WIA-uitkering: **35-minner**
vangnetters UWV begeleidt en keert ziektewetuitkering uit: – eindedienstverbanders – zieke WW'ers – uitzendkrachten	**of** > 35% arbeidsongeschikt: **WIA-uitkering**

Loondoorbetaling tijdens eerste twee ziektejaren: werknemers en vangnetters
Mensen met een dienstverband hebben recht op twee jaar loondoorbetaling bij ziekte. De werkgever is hiervoor zelf verantwoordelijk en kan een particuliere ziekteverzuimverzekering afsluiten. Uitzondering op de loondoorbetalingsplicht is de situatie waarin de werknemer ziek is door zwangerschap, bevalling of orgaandonatie, of onder de no-riskpolis valt vanwege een arbeidshandicap. In dat geval wordt het loon betaald vanuit de Ziektewet door het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV). De werkgever blijft echter verantwoordelijk voor de re-integratie. Onder deze vangnet-Ziektewet vallen tevens personen die geen werkgever meer hebben maar bij ziekte wel recht hebben op ziekengeld: zieke uitzendkrachten, zieke mensen met een werkloosheidsuitkering (WW'ers) en werknemers die ziek zijn op het moment dat het dienstverband afloopt. Deze laatste groep noemen we eindedienstverbanders. Vaak wordt aangenomen dat dit uitsluitend mensen zijn met een tijdelijk contract. Dit geldt ook voor de meerderheid, maar een derde had een *vast* contract. Aanleiding voor beëindiging van de vaste arbeidsovereenkomst is dan vaak een faillissement of reorganisatie. UWV is verantwoordelijk voor de beoordeling van de Ziektewetclaim, de betaling van de uitkering en de verzuimbegeleiding en re-integratie van deze werkgeverloze zieke werknemers. De drie groepen samen (uitzendkrachten, WW'ers en eindedienstverbanders) duiden we in dit hoofdstuk aan als 'werkgeverloze werknemers' ofwel 'vangnetters'.

Kader 10.1 (vervolg)

Na twee jaar ziekte: WIA-uitkering of 35-minner

Hoe wordt een zieke werknemer of vangnetter een 35-minner? Na twee jaar ziekte kunnen zowel de reguliere werknemers als de vangnetters een WIA-uitkering aanvragen. Voorwaarde is dat men nog steeds door ziekte arbeidsongeschikt is voor het eigen werk, dat wil zeggen voor de functie die men deed op het moment dat men ziek werd. Of men vervolgens voor een WIA-uitkering in aanmerking komt, is afhankelijk van de resterende verdiencapaciteit. Deze wordt gebaseerd op het verschil in inkomen tussen de oude functie en drie theoretisch geschikte functies uit het Centraal Beoordelings- en Borgingssysteem (CBBS). Het gaat altijd om gangbare arbeid, wat wil zeggen dat met alle functies uit het CBBS minimaal het minimumloon te verdienen is. Ook wil het zeggen dat alle functies die men gezien opleiding en vaardigheden (en uiteraard de beperkingen) zou kunnen uitoefenen, geschikt bevonden worden, zelfs al liggen ze ver beneden het opleidingsniveau. Zo kan een docent geschikt bevonden worden als portier, receptionist of productiemedewerker. Het omgekeerde is niet mogelijk, omdat men uitgaat van de bestaande opleiding, niet van nieuw te verwerven vaardigheden.[4] Als men in die theoretisch geschikte functies nog minimaal 65% van het oude inkomen kan verdienen, komt men niet in aanmerking voor een WIA-uitkering en wordt de aanvraag afgewezen. De kans op een WIA-uitkering hangt dus niet alleen af van de aard en ernst van de beperkingen, maar ook van het oude inkomen. Mensen met arbeidsbeperkingen van wie de WIA-aanvraag wordt afgewezen omdat ze minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn, zijn de '35-minners'.

Steun bij re-integratie voor 35-minners

35-minners kunnen – als zij geen werk hebben – een beroep doen op de Werkloosheidswet (WW) of de Wet werk en bijstand (WWB). Voor ondersteuning bij re-integratie in de vorm van een traject of coaching kunnen 35-minners terecht bij UWV als er WW-recht is en bij de gemeente als dat recht er niet is. De gemeente heeft re-integratieverantwoordelijkheid voor zowel de bijstandsgerechtigden (WWB'ers) als voor de niet-uitkeringsgerechtigden. Als 35-minners bij een nieuwe werkgever aan de slag gaan, kunnen zij in veel gevallen bij ziekte vijf jaar lang recht hebben op loondoorbetaling vanuit de Ziektewet (no-riskpolis).

Er zijn twee belangrijke oorzaken voor het feit dat 35-minners uit het vangnet minder aan het werk komen. De eerste is dat een werkgever ontbreekt. Succesvolle re-integratie tijdens en daarmee ook na de eerste twee ziektejaren, is sterk afhankelijk van de beschikbaarheid van een passende werkplek. Die is lastiger te vinden of te creëren voor zieken zonder dienstverband en werkgever. De tweede oorzaak is dat de vangnetgroep ongunstige arbeidsmarktkenmerken heeft (Van der Burg et al. 2011). Dit maakt het – naast de aanwezigheid van arbeidsbeperkingen – extra moeilijk om een baan te vinden. Een literatuurstudie door Regioplan (Van Horssen 2010) toont aan dat werkgevers een negatief beeld hebben van arbeidsbeperkten. Zo zijn ze bang voor extra kosten, doordat arbeidsbeperkten vaker zouden verzuimen en minder produceren. De mate waarin elk van de twee hoofdoorzaken verantwoordelijk is voor het minder werken van vangnetters is niet bekend.

Met dit hoofdstuk willen we meer zicht bieden op de achtergronden van 35-minners om mogelijke aangrijpingspunten te krijgen voor verbetering van hun arbeidsdeelname. Dit doen we door in verschillende fasen van het traject na de ziekmelding de kenmerken van de (toekomstige) 35-minners in kaart te brengen en na te gaan welke daarvan re-integratie bevorderen of belemmeren. We vergelijken eerst de kenmerken en de re-integratie van langdurig zieke werknemers en vangnetters gedurende de eerste twee ziektejaren op basis van bestaand onderzoek. Vervolgens beschrijven we het verschil in WIA-instroom tussen vangnetters en werknemers en onderzoeken we in hoeverre dat (grote) verschil nu veroorzaakt wordt door kenmerken of door setting. Met setting bedoelen we re-integratie door de eigen werkgever of door UWV (voor mensen die geen werkgever meer hebben). Vervolgens richten we ons op de groep van wie de WIA-aanvraag wordt afgewezen, de 35-minners. We onderzoeken wie van hen aan het werk blijft en wie van hen na aanvankelijke werkloosheid toch nog het werk weet te hervatten. Opnieuw onderscheiden we vangnetters en reguliere werknemers.

De onderzoeksvragen zijn als volgt:

Wat zijn de verschillen tussen langdurig zieke vangnetters en zieke reguliere werknemers gedurende de eerste twee ziektejaren (§ 10.2)?

In hoeverre verklaren de ongunstiger kenmerken van langdurig zieke vangnetters hun grotere kans om in te stromen in de WIA (§ 10.3)?

Welke kenmerken bepalen de kans dat 35-minners (vangnetters en werknemers) in het eerste jaar na de claimbeoordeling (nog) werken (§ 10.4)?

In hoeverre slagen 35-minners (vangnetters en werknemers) erin werk te houden of na werkloosheid te hervatten en welke kenmerken spelen hierbij een rol (§ 10.5)?

In paragraaf 10.6, tot slot, bespreken we wat het antwoord op deze vragen betekent voor de kans op werk van 35-minners.

10.2 Verschillen tussen vangnetters en reguliere werknemers in de eerste twee ziektejaren

Vangnetters hervatten werk minder vaak en hebben ongunstiger re-integratieprofiel

Ziek zijn en werken sluiten elkaar niet uit. Door aanpassing van taken of werkuren kunnen langdurig zieken na verloop van tijd vaak al gedeeltelijk werken of werken op therapeutische basis. Tabel 10.2 laat zien welk aandeel van de reguliere werknemers en de vangnetters gedeeltelijk of volledig aan het werk is op de drie peilmomenten. Bron van deze cijfers is het onderzoek Weg naar WIA (De Jong et al. 2010; zie kader 10.2).
Bij de reguliere werknemers werkt bij tien maanden 66% van de langdurig zieken, bij de vangnetters is dit maar 8%. In de meeste gevallen gaat het op dat moment nog om gedeeltelijk werken, dat wil zeggen dat men passend werk doet terwijl men formeel nog

volledig of gedeeltelijk ziek is. Bij de vangnetters is tegen het einde van de eerste twee ziektejaren echter maar 18% aan het werk tegenover 72% van de reguliere werknemers. Opvallend is dat bij de reguliere werknemers het percentage werkenden na tien maanden nauwelijks meer stijgt. De winst zit vooral in de mate waarin men werkt: het aandeel volledig werkenden neemt toe en het aandeel gedeeltelijk werkenden neemt af. Dit betekent niet dat bij tien maanden al volledig vast ligt of iemand na 27 maanden wel of niet werkt. Mensen kunnen na aanvankelijke werkhervatting weer uitvallen; anderen gaan pas na achttien of 27 maanden voor het eerst aan het werk. De percentages op de drie peilmomenten middelen deze stromen uit. Als vangnetters proberen het werk te hervatten, blijken ze minder vaak succesvol dan reguliere werknemers: 25% van de vangnetters valt weer uit versus 10% van de werknemers.[5]

Tabel 10.2

Werkhervatting van zieke werknemers en vangnetters gedurende de eerste twee ziektejaren (ziekmelding eind 2006, begin 2007) (in procenten)

	na 10 maanden	na 18 maanden	na 27 maanden
vangnetters			
werkt volledig	1	6	11
werkt gedeeltelijk	7	12	12
werkt niet	92	82	77
reguliere werknemers			
werkt volledig	12	41	52
werkt gedeeltelijk	54	31	18
werkt niet	35	28	30

Bron: Weg naar WIA 2010

Kader 10.2 Cohortonderzoek Weg naar WIA

Het cohortonderzoek *Weg naar* WIA (De Jong et al. 2010) is een belangrijke bron van informatie over verschillen tussen langdurig zieke vangnetters en reguliere werknemers. Langdurig ziek is gedefinieerd als negen maanden volledig of gedeeltelijk arbeidsongeschikt voor de eigen functie. Het onderzoek betrof personen die eind 2006 of begin 2007 ziek werden en begin 2009 het einde van de wachttijd voor de WIA bereikten. Op drie peilmomenten is de cohorten gevraagd een enquête in te vullen: 10, 18 en 27 maanden na ziekmelding. Het laatste meetmoment lag dus kort na het einde van de wachttijd voor de WIA (24 maanden).

Een groot aantal factoren kan succesvolle re-integratie in betaald werk van mensen met beperkingen in de weg staan. Wanberg et al. (2002) onderscheiden de volgende zeven hoofdfactoren: de vraag op de arbeidsmarkt, de kwalificaties van de arbeidsbeperkte (opleiding, bekwaamheid, motivatie, zelfvertrouwen), de steun vanuit de sociale omgeving, feitelijke obstakels (beperkingen, gezondheidsbeleving, beschikbaarheid vervoer), de economische noodzaak, het werkzoekgedrag en de mate waarin werkgevers discrimineren op gezondheid, leeftijd en etniciteit. Uit secundaire analyses op data uit het onderzoek Weg naar WIA blijkt dat vangnetters op veel van deze kenmerken verschillen van werknemers (Kenniscentrum UWV 2009). Tabel 10.3 laat voor een aantal belangrijke kenmerken zien hoe vaak ze voorkomen bij drie groepen als ze tien maanden ziek zijn: werknemers die dan (deels) werken, werknemers die dan niet werken en vangnetters die dan niet werken (het aandeel werkende vangnetters is weggelaten omdat het zo klein was). De werkende langdurig zieke werknemers onderscheiden zich op veel kenmerken positief van de andere twee groepen. Maar zelfs bij de niet werkende werknemers zijn de meeste kenmerken gunstiger dan bij de vangnetters. Zo is een relatief groot deel van de vangnetters lager opgeleid (lbo of lager). De aandelen werkende en niet werkende werknemers met lbo of lager zijn kleiner, respectievelijk 22% en 33%. Daarnaast onderscheiden vangnetters zich van beide werknemersgroepen in ongunstige zin op de volgende kenmerken: het aandeel laagopgeleiden en niet-westerse Nederlanders is hoger, de gezondheidsbeleving is slechter, de huidige klachten bestonden vaker al lang voor de ziekmelding en vaker belemmeren ook andere dan gezondheidsproblemen de werkhervatting. Ook nemen vangnetters minder vaak zelf initiatieven om te re-integreren. Van al deze factoren is uit de onderzoeksliteratuur bekend dat ze gepaard gaan met slechtere re-integratiekansen.

Uit het onderzoek Weg naar WIA blijkt dat vangnetters vaak psychosociale problemen hebben die belemmerend zijn voor re-integratie en herstel. Een onderzoek op basis van de UWV-dossiers van 810 langdurig zieke vangnetters geeft meer detailinformatie over de aard van de psychosociale belemmeringen (Van der Burg et al. 2011). Langdurig ziek wil in dit dossieronderzoek zeggen dat de vangnetters minimaal zes maanden ziek zijn geweest. Bijna de helft van deze vangnetters (47%) heeft *zeker* te maken met minimaal één type psychosociale problematiek. Wordt het *wellicht* voorkomen van problemen erbij gerekend, dan heeft in totaal 66% van de vangnetters psychosociale problemen. Tabel 10.4 geeft weer hoe vaak de vijf hoofdtypen van mogelijke problemen voorkomen bij vangnetters. De bandbreedte is weergegeven tussen het 'zeker' respectievelijk 'zeker of wellicht' voorkomen van de problematiek.[6] De meest voorkomende problemen bij vangnetters zijn schulden hebben, al dan niet in een schuldsaneringstraject zitten, een problematische thuissituatie (scheiding, geweld), verslaving en belemmerende zorgtaken. Elk van deze problemen komt bij minimaal 10% van de vangnetters voor. In tabel 10.4 is ook aangegeven hoe vaak er sprake is van multiproblematiek, dat wil zeggen dat twee of meer probleemtypen gelijktijdig spelen. Dit blijkt het geval bij 18-39% van de vangnetters.

Tabel 10.3

Langdurig zieke vangnetters en reguliere werknemers bij tien maanden ziekte, naar kenmerken, 2007 (in procenten)

kenmerken	werkende werknemers (n = 2413)	niet werkende werknemers (n = 1308)	niet werkende vangnetters (n = 2136)
sociaaldemografische kenmerken			
geslacht: aandeel mannen	45	45	48
opleidingsniveau lbo of lager	22	33	38
land van herkomst: aandeel niet-westers	11	17	26
leeftijd: < 35 jaar	12	14	20
leeftijd: ≥ 55 jaar	26	28	26
gezondheidsbeleving			
gezondheid als slecht ervaren	5	29	39
gezondheid slechter sinds ziekmelding	10	31	35
klachten nemen af komend halfjaar	51	33	21
klachten al > 1 jaar vóór ziekmelding	31	38	52
verwacht niet meer volledig te kunnen werken	10	23	26
belemmeringen op psychosociaal terrein			
privésituatie rol bij ontstaan/voortduren van klachten	28	25	36
andere omstandigheden dan gezondheid bemoeilijken werkhervatting	21	29	56
eigen initiatief tot re-integratie			
poging tot werkhervatting gedaan	n.v.t.	31	6
zelf voorgesteld om te gaan/blijven werken	90	52	29

Bron: Weg naar WIA 2010

Tabel 10.4
Typen psychosociale problemen bij langdurig zieke vangnetters,[a] 2011 (in procenten)

	totaal in %
type psychosociale problematiek	
taalachterstand (spreken, lezen, schrijven)	4-8
externe belemmeringen (gebrek aan ondersteuning omgeving, discriminatie)	4-15
familieomstandigheden (zorgtaken, rouwverwerking)	16-28
interne belemmeringen (verslaving, sociale isolatie, slechte persoonlijke verzorging, afwijkend dagritme)	18-39
financieel-juridische problemen (schulden, rechtszaak, scheiding, huiselijk geweld)	28-40
totaal minimaal 1 type probleem	47-66
multiproblematiek	18-39

a n = 810.

Bron Van der Burg et al. (2011)

Ongunstiger kenmerken van vangnetters wijzen op risicoselectie door werkgevers

Vangnetters hadden ooit wel een werkgever. Bij uitzendkrachten en eindedienstverbanders was dit nog het geval net voor het moment dat ze zich ziek meldden bij UWV. Bij WW'ers is dat gemiddeld genomen al langer geleden. Zij kunnen vóór de ziekmelding al langer dan drie jaar in de WW hebben gezeten, maar ook pas kort. De kenmerken van de langdurig zieke vangnetters zijn echter geen afspiegeling van de werknemersgroep waaruit ze oorspronkelijk afkomstig zijn, althans niet bij vergelijking met reguliere langdurige zieke werknemers (zie tabel 10.3). Dit suggereert dat aan het werkloos worden van eindedienstverbanders selectieprocessen door werkgevers ten grondslag liggen. Juist mensen met ongunstige arbeidsmarktkenmerken of al bestaande gezondheidsproblemen lijken te worden ontslagen bij een reorganisatie of krijgen geen verlenging van een tijdelijk contract.

10.3 Verklaring van verschillen in WIA-aanvraag tussen reguliere werknemers en vangnetters

Vangnetters doen twee keer zo vaak een WIA-aanvraag als reguliere werknemers

Tabel 10.2 liet zien dat reguliere werknemers op drie tijdstippen na de ziekmelding veel vaker aan het werk zijn dan vangnetters. Dit suggereert al dat vangnetters veel vaker dan werknemers twee jaar ziek blijven en een aanvraag doen voor een WIA-uitkering. Tabel 10.5 laat zien dat dit inderdaad zo is: langdurig zieke vangnetters vragen twee keer zo vaak een WIA-uitkering aan als reguliere werknemers (55% versus 28%). De aanvraag van vangnetters wordt wel vaker afgewezen dan die van werknemers. Dit komt deels door de achtergrondkenmerken van de vangnetters (onder andere een lager loon) en deels doordat bij de claimbeoordeling gemiddeld iets minder functionele beperkingen worden vastgesteld (Kenniscentrum UWV 2007).

Tabel 10.5
Aanvraag, toekenning en afwijzing van WIA-uitkering van langdurig zieke reguliere werknemers en vangnetters, 2009 (in procenten)

	werknemers	vangnetters
aanvraag WIA-uitkering	28	55
uitkomst aanvraag		
toekenning	66	58
afwijzing (35-min)	34	42
totaal	100	100

Bron: Weg naar WIA 2010

Bij dezelfde kenmerken als vangnetters zouden ook werknemers vaker WIA aanvragen

In hoeverre is dit grote verschil in de afloop van langdurige ziekte nu te verklaren door de ongunstiger kenmerken van vangnetters, en in hoeverre door het verschil in setting waarin de re-integratie moet plaatsvinden? Zoals gemeld kan de re-integratie gebeuren door de eigen werkgever of door UWV. In het eerste geval is er een werkplek waarin de zieke – al dan niet met taak- of urenaanpassingen – kan terugkeren. De UWV-setting kent geen terugkeerplek en dus ook geen collega's en leidinggevenden die laten merken dat men gemist wordt. Re-integratie vanuit UWV is per definitie op een nieuwe werkgever gericht, wat veel lastiger te realiseren is. Het onderzoek Weg naar WIA ging niet in op de afzonderlijke effecten van de setting en de kenmerken en daarom heeft UWV in 2011 een secundaire analyse laten uitvoeren op het databestand door AStri Beleidsonderzoek en -advies. Deze analyse simuleert de situatie waarin werknemers dezelfde ongunstige kenmerken hebben als de vangnetters. Met andere woorden, de vangnetters worden in de fictieve situatie geplaatst van een dienstverband waarin passend werk dus relatief gemakkelijk voorhanden is.
De gebruikte methode is indirecte standaardisatie met een logistisch model (zie bijlage kader B10.1, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport) (Van Deursen en Teeuwen 1990). De mate waarin de kenmerken voorkomen bij vangnetters en werknemers, en de bij werknemers berekende kenmerkspecifieke kansen staan in tabel B10.1 in de bijlage (te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport). De uitkomsten zijn als volgt:
– de gemiddelde kans voor een werknemer op een *WIA-aanvraag* neemt toe van 28% naar 39% als zij dezelfde (vaak ongunstiger) kenmerken zouden hebben als de vangnetters;
– de gemiddelde kans op een *WIA-uitkering* – dus op een toekenning van de aanvraag – stijgt in die situatie van 17% naar 24%.

De kenmerken van vangnetters zijn zo ongunstig dat het re-integratieresultaat ook binnen de werkgeverssetting substantieel slechter zou zijn dan dat van de reguliere werknemers. Maar in welke mate zijn nu de kenmerken of de setting bepalend? Met

indirecte standaardisatie zijn de berekende percentages voor vangnetters in de fictieve werkgeverssetting niet rechtstreeks te vergelijken met de oorspronkelijke uitkomsten voor de vangnetters. Wel is het mogelijk dit verhoudingsgewijs te doen. In het onderzoek Weg naar WIA vroeg 28% van de werknemers en 55% van de vangnetters een WIA-uitkering aan, een verschil van een factor 2,0 (= 55/28). Als werknemers dezelfde (ongunstige) kenmerken zouden hebben als de vangnetters zou niet 28% maar 39% een WIA-uitkering aanvragen, een verschil van een factor 1,4 (= 39/28). Omgezet in percentages is 41% van het hogere aandeel WIA-aanvragen van vangnetters het gevolg van hun ongunstiger kenmerken en de overige 59% van de ongunstiger setting van re-integratie (tabel 10.6). Dit alles geredeneerd vanuit een situatie van negen maanden ziekteverzuim. Kijken we naar de WIA-instroom dan verklaren de ongunstiger kenmerken van vangnetters de helft: als werknemers de vangnetkenmerken zouden hebben, zou het verschil worden gereduceerd van een factor 1,8 naar een factor 1,4. Dat de kenmerken hier een groter deel van het verschil verklaren komt omdat bij vangnetters de WIA-aanvraag vaker wordt afgewezen.

Tabel 10.6

Aanvraag en toekenning WIA-uitkering, langdurig zieke vangnetters en reguliere werknemers (in procenten en factoren)

	WIA-aanvraag	WIA-uitkering
aandeel		
werknemers (a)	28	17
vangnetters fictief in werkgeversetting (b)	39	24
vangnetters (c)	55	31
factor		
vangnetters/werknemers (c/a)	1,96	1,82
vangnetters in werkgeverssetting/werknemers (b/a)	1,39	1,41
relatieve aandeel		
kenmerken in factorverschil ((b-a)/(c-a))*100%	41	50
setting in factorverschil ((c-b)/(c-a))*100%	59	50

Bron: Weg naar WIA 2010

10.4 Voorspellers van werk van 35-minners, vangnetters en reguliere werknemers

Ook binnen de groep 35-minners grote verschillen in kenmerken tussen vangnetters en reguliere werknemers

We gaven al aan dat binnen de groep 35-minners vangnetters veel minder vaak werken dan reguliere werknemers. We behandelen nu hoe de kenmerken van de twee groepen hun kans op werk beïnvloeden. (Voor de analyse en databestanden zie kader 10.3.)

Kader 10.3 Analyse en databestanden

Data
De achtergrondkenmerken van langdurig zieken en al dan niet werken na de claimbeoordeling zijn afkomstig uit administratieve bestanden van UWV.

Cohorten van 35-minners
De analyses hebben betrekking op alle personen in Nederland die vanaf de eerste helft 2006 tot en met de eerste helft 2010 een afwijzing op hun WIA-aanvraag hebben ontvangen, omdat zij in theorie nog minimaal 65% van hun laatstverdiende inkomen kunnen verwerven. Bij al deze personen zijn functionele beperkingen vastgesteld. Aan de hand van de datum van de claimbeslissing zijn deze 35-minners ingedeeld in cohorten van twaalf maanden, geteld van juli tot en met juni.

De variabele 'werk'
Om na te gaan in welke mate 35-minners werkzaam zijn, nemen we de peilmomenten 31 oktober van het eerste (t1) en tweede jaar (t2) na de claimbeoordeling.
Het gaat alleen om werk in dienstverband. De informatie is afkomstig uit de polisadministratie, gebaseerd op de loonbetalingsgegevens die werkgevers maandelijks aan de belasting doorgeven. Reden om minimaal vier maanden tussen de uitslag van de claimbeoordeling t1 te laten, is dat een eventueel ontslag van reguliere werknemers (kan pas na twee jaar ziekte) op dat moment geëffectueerd is. Het maximum aantal maanden tussen de claimbeoordeling en het eerste peilmoment is zestien maanden. Voor het gemak spreken we in de analyses over werk op t1 als 'na een jaar' en t2 als 'na twee jaar'.

De kenmerken van 35-minners
De analyses gaan niet uit van kenmerken verkregen via enquêtes, maar van registratiekenmerken. Dit heeft als voordeel dat ze objectief zijn, maar als nadeel dat alleen harde kenmerken bekend zijn. Belangrijke kenmerken als gezondheidsbeleving en psychosociale problematiek ontbreken. De meeste kenmerken die we wel meenemen zijn afkomstig uit de claimbeoordelingsregistratie en worden dus gebruikt bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid: opleidingsniveau, werkuren en loon, functionele beperkingen, diagnose, leeftijd, geslacht en bedrijfssector. De economische crisis die eind 2008 begon, maakt werk vinden moeilijker. Daarom nemen we in het model ook de periode mee waarin men de afwijzing van de WIA-claimbeoordeling ontving.

We gaan hier niet uitgebreid in op de kenmerken en verschillen tussen reguliere werknemers en vangnetters. Die komen kort gezegd neer op: vangnetters zijn iets jonger en lageropgeleid, hun loon ligt lager en voorafgaand aan hun ziekte werkten ze iets vaker in een fulltime baan. Het aandeel mannen en vrouwen is ongeveer gelijk. We beschikken echter over enkele nieuwe kenmerken, zoals beperkingen en diagnose (zie voor overige kenmerken en de samenhang met werken de *Bijlage monitor Arbeidsbeperkten en Werk 2007-2009* in Van Deursen et al. 2010).

Van de 35-minners hebben de vangnetters wat meer beperkingen dan de werknemers (tabel 10.7).[7] Ruim de helft van beide groepen heeft alleen fysieke beperkingen.

Vangnetters hebben vaker beperkingen van psychische aard en hebben vaker de combinatie van psychische en lichamelijke beperkingen. In beide groepen 35-minners komen aandoeningen aan het bewegingsapparaat het vaakst voor als hoofddiagnose. Psychische diagnoses komen bij vangnetters meer voor dan bij reguliere werknemers. Reguliere werknemers hebben vaker kanker en hart- en vaatziekten.

Tabel 10.7

Vangnetters en werknemers, naar gezondheidskenmerken, instroom 2006 tot en met medio 2010 (in procenten)

	vangnetters	werknemers
aantal functionele beperkingen		
1-7	26	33
8-15	37	33
> 15	37	34
	100	100
type beperkingen		
psychisch	16	11
fysiek	51	56
psychisch en fysiek	23	17
uitsluitend overige[a]	10	16
	100	100
diagnosegroep		
hartvaat/kanker	11	17
psychisch	34	23
bewegingsapparaat	45	47
overig	11	13
	100	100

a Vooral fysieke arbeidsomstandigheden (werken met stof, in hitte), zintuiglijke beperkingen (horen, zien) en urenbeperkingen.

Bron: UWV 2011

Welke kenmerken voorspellen of 35-minners na een jaar werk hebben?

Een jaar na de claimbeoordeling werkt gemiddeld genomen 31% van de vangnetters en 65% van de werknemers. Op welke kenmerken onderscheiden degenen die werken zich nu van degenen die niet werken? Dit bepalen we door alle beschikbare kenmerken (zie kader 10.3) gelijktijdig in te voeren in een logistisch regressiemodel, separaat voor de vangnetters en voor de werknemers. In tabel 10.8 zijn de odds ratio's weergegeven voor de kans op werk een jaar na de claimbeoordeling (t1). Een odds ratio < 1 geeft aan dat de kans op werken kleiner is dan voor de referentiecategorie; een odds ratio > 1 geeft aan dat de kans groter is. De odds ratio's zijn gecontroleerd voor de invloed van de overige kenmerken in het model. Vrijwel alle kenmerken dragen significant bij aan de kans dat een vangnetter of reguliere werknemer een jaar na de claimbeoordeling werk heeft. We bespreken kort de meest in het oog springende voorspellers.

Leeftijd blijkt bij vangnetters sterk bepalend voor de kans op werk. De odds ratio is voor vangnetters van 35 jaar of jonger meer dan twee keer zo groot als voor 50-plussers. Dit is niet verrassend: ook bij de WW zien we dat jongeren makkelijker werk vinden dan ouderen. Wat wel verrassend is, is dat bij werknemers de leeftijd juist geen enkele invloed heeft op wel of niet werken. Kennelijk maakt het voor de re-integratie van *eigen* werknemers niet uit hoe oud ze zijn. Werkgevers letten dus niet op leeftijd bij hun pogingen zittend personeel te re-integreren, terwijl zij dit wel doen bij het aannemen van nieuw personeel.

Bij beide groepen is het aantal functionele beperkingen van grote invloed op de kans op werk. Werknemers met weinig beperkingen (zeven of minder) hebben zelfs meer dan twee keer zo veel kans op werk als werknemers met veel beperkingen (meer dan vijftien). Personen met fysieke beperkingen hebben een grotere kans op werk dan personen met psychische klachten, al dan niet gecombineerd met fysieke. Verder valt op dat werknemers met de diagnose kanker of hart- en vaatziekten een betere kans op werk hebben dan werknemers met psychische problemen; voor vangnetters gaat dat niet op. Zowel vangnetters als werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat hebben een kleinere kans te werken.

Tabel 10.8

Voorspellers van werk op eerste peilmoment na claimbeoordeling, vangnetters en werknemers, 2011 (in odds ratio's)

	odds ratio's	
	vangnet (n = 27.385)	werknemers (n = 21.214)
leeftijd		
≤ 35 jaar	2,33**	1,08
36-50 jaar	1,67**	1,00
51-65 jaar (= ref.)	1,00	1,00
geslacht		
man	0,91**	0,85**
vrouw (= ref.)	1,00	1,00
opleidingsniveau		
lo, al dan niet voltooid	0,62**	0,60**
vmbo	0,85*	0,84*
mbo/havo/vwo	0,93	1,01
hbo/wo (= ref.)	1,00	1,00
aantal functionele beperkingen		
1-7	1,77**	2,37**
8-15	1,45**	1,57**
> 15 (= ref.)	1,00	1,00

Tabel 10.8 (vervolg)

	odds ratio's	
	vangnet (n = 27.385)	werknemers (n = 21.214)
type beperkingen		
psychisch	0,77**	0,63**
fysiek (= ref.)	1,00	1,00
psychisch en fysiek	0,73**	0,67**
overige	1,04	0,95
diagnosegroep		
hartvaat/kanker	0,96	1,34**
psychisch (= ref.)	1,00	1,00
bewegingsapparaat	0,82**	0,67**
overig	0,95	1,29**
oude aanstellingsomvang		
≤ 20 uur	0,75**	0,61**
21-34 uur	0,96	0,90*
35-36 uur	0,87*	1,29**
37-38 uur	1,01	0,92
> 38 uur (= ref.)	1,00	1,00
oude uurloon		
< 11,5 euro	0,90	0,34**
11,5 < 14 euro	1,01	0,45**
14 < 17 euro	1,02	0,62**
≥ 17 euro (= ref.)	1,00	1,00
oude bedrijfssector		
landbouw, visserij, voeding	0,89	0,79**
bouw en hout	0,92	0,75**
industrie	0,82**	1,05
winkelbedrijf en groothandel	0,86*	0,83**
transport	0,92	0,91
financiële en dienstverlening	0,81	0,86*
uitzendbedrijven	0,95	0,42**
gezondheid (= ref.)	1,00	1,00
onderwijs	1,23	1,54**
overheid	0,76	2,26**
overig	0,85**	0,74**
cohort		
2006-II tot 2007-I	1,49**	1,13**
2007-II tot 2008-I	1,67**	1,42**
2008-II tot 2009-I	1,16**	1,16**
2009-II tot 2010-I (= ref.)	1,00	1,00

** p < 0,01; * p < 0,05.

Bron: UWV 2011

Kijkend naar de kenmerken van het 'oude' werk valt op dat voor werknemer een laag uurloon de kans op werk verkleint. Een mogelijke verklaring is dat laagbetaalde arbeid vaker eenvoudige of eenvormige handelingen vergt dan werk met een hogere beloning. Mogelijk is het lastig om dit type werk aan te passen of om (nog) eenvoudiger werk te vinden en kan de werknemer het verlies aan productiviteit onvoldoende compenseren met andere kwalificaties.

De kans op werk van 35-minners uit de cohorten die rond 2007 en 2008 - de hoogconjunctuur – de WIA instroomden, is groter dan die van latere cohorten. Dit is waarschijnlijk toe te schrijven aan de economische crisis.

Kenmerken zijn voor werknemers betere voorspellers dan voor vangnetters

De belangrijkste reden om de multivariate analyse uit te voeren, was het corrigeren voor de onderlinge samenhang van de tien kenmerken in het model, om zo het zelfstandige effect van elk kenmerk te laten zien. We hebben niet de verwachting dat deze set kenmerken ook goed kan voorspellen wie aan het werk komen of blijven. Veel voor re-integratie belangrijke elementen (zoals inspanningen, regionale arbeidsmarkt en gezondheidsbeleving) ontbreken. Opvallend is dat de tien kenmerken voor werknemers een betere voorspeller vormen dan voor vangnetters; de verklaarde variantie (Nagelkerke R^2) is namelijk twee keer zo hoog: 19% bij de reguliere werknemers versus 8% bij de vangnetters. Meer dan bij werknemers wordt dus bij vangnetters het werken bepaald door andere kenmerken dan de tien uit onze analyse.

We hebben de analyse zoals weergegeven in tabel 10.8 ook uitgevoerd voor vangnetters en reguliere werknemers samen in een model, waarbij het kenmerk wel/niet vangnetter als extra verklarende variabele is toegevoegd. De odds ratio's uit tabel 10.8 komen dan zoals te verwachten tussen die van vangnetters en werknemers in te liggen: vangnetters blijken bijna drie keer minder aan het werk te komen dan werknemers. De verklaarde variantie van dit model is 22%.

10.5 Ontwikkelingen in arbeidsdeelname van 35-minners in de eerste twee jaar

We hebben beschreven hoe verschillen in kenmerken tussen vangnetters en werknemers samenhangen met de kans op werk een jaar na afwijzing van de claimaanvraag (t1). Nu bekijken we de ontwikkeling in arbeidsparticipatie tussen het eerste jaar (t1) en het tweede jaar (t2). We laten eerst zien hoe de gemiddelde arbeidsparticipatie verloopt bij vangnetters en reguliere werknemers. Vervolgens tonen we de verschuivingen in werkstatus van individuele 35-minners die achter deze gemiddelden schuil gaan.

Arbeidsdeelname vangnetters na twee jaar licht verbeterd

In tabel 10.9 staat het percentage werkenden na één en twee jaar weergegeven.[8] Van alle 35-minners werkt minder dan de helft (46%) een jaar na de afwijzing (op t1). Dit stijgt licht tot 49% na twee jaar.

Van de werknemers werkt bijna twee derde op t1 en op t2 is dat een fractie minder. Het is te verwachten dat een groot deel van de werknemers met werk op t1 nog bij dezelfde werkgever werkt als toen ze ziek werden. Met onze data kunnen we dat helaas niet verifieren. Aan de hand van een onderzoek van Van Horssen (2008) onder 35-minners met een werkgever kunnen we wel een indicatie geven. Ruim de helft van deze 35-minners (56%) bleef na de claimbeoordeling in dienst bij de oude werkgever. Voor 12% van hen vond reintegratie plaats bij een nieuwe werkgever. We kunnen dus aannemen dat van degenen met een dienstverband ongeveer 80% bij de oude werkgever werkt en 20% bij een nieuwe werkgever. Het aandeel werkenden in de vangnetgroep ligt op beide momenten aanzienlijk lager. Wel neemt het aandeel werkenden onder de vangnetters toe in het tweede jaar, waarmee het verschil tussen de vangnetters en werknemers wat kleiner wordt. Kennelijk is bij de werknemers het maximaal haalbare resultaat in het eerste jaar al bereikt, terwijl bij de werkloze vangnetters nog onbenut potentieel aanwezig is.

Tabel 10.9

35-minners met werk 1 en 2 jaar na de claimbeoordeling, 2011 (in procenten)

	vangnetters	werknemers	totaal
werkt na 1 jaar (t1)	31	65	46
werkt na 2 jaar (t2)	36	64	49

Bron: UWV 2011

Eenmaal zonder werk zijn werknemers niet langer kansrijker dan vangnetters

De percentages op de peilmomenten in tabel 10.9 zijn gemiddelden. Het zijn echter niet altijd dezelfde personen die op de twee peilmomenten aan het werk zijn. Sommigen verliezen hun baan tussen t1 en t2, anderen gaan juist weer aan het werk.
Een belangrijke vraag is hoeveel mensen na twee jaar alsnog uitvallen, terwijl ze na een jaar wel aan het werk waren. Uit tabel 10.9 weten we dat na een jaar bijna de helft werkt. Een ruime meerderheid blijkt na twee jaar nog steeds aan het werk; de werknemers wel vaker dan de vangnetters (88% versus 76%). Een substantieel deel dat eenmaal werkt, weet het werk dus ook te behouden. Een mogelijke verklaring voor de grotere uitval bij vangnetters is dat zij vaak een nieuwe werkgever hebben gevonden. Nieuw werk is meestal op basis van een tijdelijk contract of uitzendwerk, waardoor zij kwetsbaarder zijn voor werkverlies. Werknemers zullen meestal bij de oude werkgever werken en daarom vaker een vast contract hebben.
Een andere belangrijke vraag is in hoeverre 35-minners alsnog aan het werk komen, als ze hier aanvankelijk (op t1) niet in slaagden. Dit blijkt in beperkte mate het geval: van de werknemers is 19% op t2 alsnog aan het werk, van de vangnetters 18%. Eenmaal zonder werk zijn de kansen van werknemers dus niet beter dan die van vangnetters. Het feit dat ook de reguliere werknemers moeilijk opnieuw aan het werk komen na baanverlies, illustreert weer hoe belangrijk de paraplu van de werkgever is op het moment dat men een arbeidsbeperking heeft of krijgt.

Welke kenmerken bepalen werkhervatting bij vangnetters en werknemers?

Welke kenmerken vergroten of verkleinen de kans op werkhervatting na werkloosheid? Dit onderzoeken we met behulp van logistische regressieanalyse. We doen dit nu voor de totale groep 35-minners zonder werk op t1, dus vangnetters en reguliere werknemers samen. Daarbij nemen we naast de gebruikelijke kenmerken (zie kader 10.3) ook de herkomst – vangnetter of reguliere werknemer – op in het model. Dit om te kunnen zien of er na controle voor de overige kenmerken nog (wel) een verschil in kans op werkhervatting is tussen deze twee groepen. Ter controle hebben we ook een logistische regressieanalyse uitgevoerd voor vangnetters en reguliere werknemers afzonderlijk. Hieruit blijkt dat de verbanden gevonden binnen de afzonderlijke groepen niet veel anders zijn dan na samenvoeging. De uitkomsten van de logistische regressieanalyse voor reguliere werknemers en vangnetters samen zijn weergegeven in tabel 10.10.

De sterkste voorspeller voor het hervatten van werk na aanvankelijke werkloosheid is de leeftijd. De kans[9] voor personen jonger dan 36 jaar om het werk te hervatten is drie maal zo groot als die van 50-plussers, en de kans van 36-50-jarigen is meer dan twee maal zo groot. Dit geldt ook voor de afzonderlijke modellen. Ook het aantal functionele beperkingen is bepalend voor werkhervatting. Bij minder dan zeven beperkingen is de kans op werkhervatting 1,6 keer groter dan bij meer dan vijftien beperkingen. Bijna alle overige kenmerken – geslacht uitgezonderd – beïnvloeden de kans op werkhervatting significant, zij het dat de effecten relatief klein zijn.
Ook uit deze analyse blijkt weer het belang van de conjunctuur en daarmee van de werkgelegenheid voor de kansen van arbeidsbeperkten: de werkhervattingskansen zijn voor de mensen die tussen medio 2006 en medio 2007 35-minner werden bijna 1,5 keer zo hoog als voor de latere cohorten, die tijdens de economische crisis op zoek moesten naar een nieuwe baan.
Tot slot blijkt uit de multivariate analyse dat het nog steeds wel uitmaakt of de werkloze 35-minner uit het vangnet afkomstig is of een reguliere werknemer was tijdens de eerste twee ziektejaren. De kans voor vangnetters op werkhervatting is na controle voor de kenmerken toch nog iets kleiner dan voor reguliere werknemers (odds ratio 0,88). Mogelijk speelt de recentere werkervaring hierbij een rol.

Tabel 10.10
Voorspellers van werkhervatting van 35-minners tussen t1 en t2, 2011 (in odds ratio's)

R^2 Nagelkerke (%)	8,0		
herkomst		cohort	
vangnet	0,88**	2006-II tot 2007-I	1,45**
werknemers (= ref.)	1,00	2007-II tot 2008-I	1,03
		2008-II tot 2009-I (= ref)	1,00
leeftijd			
≤ 35 jaar	3,35**	oude aanstellingsomvang	
36-50 jaar	2,33*	≤ 20 uur	0,97
51-65 jaar (= ref.)	1,00	20-34 uur	1,09
		35-36 uur	1,13
geslacht		37-38 uur	1,12*
man	1,06	> 38 uur (= ref)	1,00
vrouw (= ref.)	1,00		
opleidingsniveau		oude uurloon	
lo, al dan niet voltooid	0,63**	< 11,5 euro	0,88
vmbo	0,87	11,5 < 14 euro	1,08
mbo/havo/vwo	0,94	14 < 17 euro	0,98
hbo/wo (= ref.)	1,00	≥ 17 euro (= ref)	1,00
aantal beperkingen		oude bedrijfssector	
0-7	1,62**	landbouw, visserij, voeding	0,89
8-15	1,33**	bouw en hout	1,05
> 15 (= ref.)	1,00	industrie	0,97
		winkelbedrijf en groothandel	1,06
type beperkingen		transport	1,09
psychisch	0,88	financiële en dienstverlening	0,89
fysiek (= ref.)	1,00	uitzendbedrijven	1,06
psychisch en fysiek	0,86**	gezondheid (= ref)	1,00
overig	0,97	onderwijs	0,88
		overheid	0,79
diagnosegroep		overig	0,86*
hartvaat/kanker	0,94		
psychisch (= ref.)	1,00		
bewegingsapparaat	0,79**		
overig	0,83**		

** p < 0,01; * p < 0,05.

Bron: UWV 2011

10. 6 Conclusies

Participatie 35-minners uit vangnet blijft achter

In dit hoofdstuk staat de arbeidsdeelname van 35-minners centraal: mensen bij wie na twee jaar ziekte formeel een arbeidsbeperking is vastgesteld, maar die niet in aanmerking komen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Dit is een groeiende groep: begin 2010 waren er 100.000 35-minners en elk jaar komen er zo'n 20.000 bij. Aanleiding om de 35-minners uit te lichten is dat hun arbeidsdeelname niet optimaal is. In 2010 is slechts 33% van de vangnetters onder de 35-minners aan het werk; van de reguliere werknemers onder hen is dit 60%. Met werkgevers is bij de invoering van de WIA afgesproken, dat zij deze arbeidsbeperkte werknemers als het enigszins kan in dienst houden of anders zorgen voor aanstelling bij een andere werkgever. Ruim de helft van de 35-minners, de vangnetters, heeft echter geen werkgever meer. Vooral zij zijn kwetsbaar, omdat ze -zonder recent arbeidsverleden en met arbeidsbeperkingen - een nieuwe werkgever moeten vinden. Om meer zicht te krijgen op de oorzaken van het grote contrast in werken, vergeleken we vangnetters en werknemers vanaf het moment dat ze langdurig ziek zijn tot twee jaar nadat bij de WIA-beoordeling is geconstateerd dat er voldoende resterende verdiencapaciteit is.

Vangnetters hebben een ongunstig 're-integratieprofiel'

De kansen om na ziekte weer te herstellen, dan wel met beperkingen te blijven participeren, wordt niet alleen door de ziekte zelf, maar door veel andere factoren beïnvloed: de gezondheidsbeleving, de eigen motivatie, psychosociale problematiek, steun bij re-integratie, steun van partner of familie, de mogelijkheden om een passende werkplek te creëren, de arbeidsmarktkwalificaties en de eisen en voorkeuren van werkgevers. Over de hele linie blijken vangnetters ongunstiger kenmerken te hebben dan reguliere werknemers. Ze beleven hun gezondheid als slechter, nemen minder eigen initiatief tot re-integratie, hebben veel vaker psychosociale problematiek (zoals schulden, verslaving, problemen in relatie- of zorgsfeer), hebben slechtere arbeidsmarktkwalificaties (lagere opleiding, langer uit het arbeidsproces) en krijgen minder begeleiding gericht op terugkeer naar werk. Dat laatste komt minstens voor een deel doordat vangnetters geen werkgever meer hebben die relatief makkelijk passend werk kan creëren.

Werkgeverssetting sleutel voor succesvolle re-integratie

Van de langdurig zieke werknemers doet uiteindelijk 28% een WIA-aanvraag. Bij de vangnetters is dit aandeel met 55% twee keer zo hoog. Dit grote verschil wordt voor een deel veroorzaakt door bovengenoemde kenmerken, en voor een deel door de setting waarbinnen de re-integratie moet plaatsvinden. Vangnetters worden door UWV begeleid en kunnen alleen bij een nieuwe werkgever re-integreren, wat een relatief grote drempel opwerpt. Werknemers worden door hun werkgever begeleid, waarbij het relatief gemakkelijk is om een passende werkplek te creëren.
Uit onze analyses blijkt dat de ongunstiger kenmerken van vangnetters verantwoordelijk zijn voor 41% van het grotere aantal WIA-aanvragen en de setting (dus het feit dat men geen werkgever heeft) voor 59%. Omdat bij de vangnetters de WIA-aanvraag wat vaker

wordt afgewezen, ligt deze verhouding iets anders voor de WIA-instroom, namelijk 50% door de kenmerken en 50% door de setting. Deze berekening illustreert hoe belangrijk de faciliteiten en inspanningen van de werkgever zijn voor het succes van participatiebeleid. Het feit dat vangnetters relatief ongunstige arbeidsmarktkenmerken hebben, suggereert echter dat werkgevers aan risicoselectie doen. Mensen met 'slechte risico's' krijgen geen vaste baan of verliezen als eerste hun baan bij een reorganisatie. Deze groep is dan bij ziekte aangewezen op het collectief in de vorm van de Ziektewet.

Leeftijd en aantal beperkingen meest bepalend voor baankans 35-minners

De kans om na de afwijzing van de WIA-aanvraag aan het werk te blijven of snel aan het werk te komen, is voor reguliere werknemers niet afhankelijk van de leeftijd. Ouderen houden even vaak hun dienstverband als jongeren. Bij vangnetters ligt dit anders; hun leeftijd speelt een grote rol: jongeren vinden veel gemakkelijker werk dan ouderen. Voor beide groepen geldt dat mensen met een lagere opleiding en een lager salaris minder vaak aan het werk zijn. Ook het aantal functionele beperkingen zegt iets over de kans op werk: hoe meer beperkingen, hoe minder men aan het werk is. Hoewel dus voor 35-minners het verlies aan verdiencapaciteit in theorie gering is, blijken in de praktijk hun functionele beperkingen wel degelijk een rol te spelen in de kans op werk.

Na werkloosheid zijn kansen van werknemers niet langer beter dan die van vangnetters

Eenmaal aan het werk slaagt meer dan driekwart van de 35-minners erin het werk te behouden; reguliere werknemers vaker dan vangnetters. De kans om na aanvankelijke werkloosheid het werk te hervatten is echter minder dan 20% voor zowel vangnetters als reguliere werknemers. Bij de werknemers wordt na werkloosheid, net zoals dat al was bij de vangnetters, leeftijd een belangrijke factor. Verder speelt ook hier het aantal functionele beperkingen een belangrijke rol. Tot slot is de arbeidsmarkt van groot belang. De 35-minners die tijdens de crisis die eind 2008 begon een baan moesten zoeken, zijn hierin minder succesvol dan de groep die zich voor die tijd op de arbeidsmarkt begaf.

Verbeteren van participatie van 35-minners lastig

Het zijn vooral de jonge vangnetters met een redelijke opleiding en relatief weinig beperkingen die weer aan het werk komen. De meeste vangnetters hebben echter niet dergelijke gunstige kenmerken: de gemiddelde leeftijd van de 35-minners zonder werkgever is hoog, een deel heeft veel beperkingen en hun opleiding is vaak laag. Bekend is dat zelfs gezonde oudere WW'ers zeer moeizaam nog een baan vinden en dat er speciale inspanningen nodig zijn om werkgevers te verleiden hen in dienst te nemen (Zandvliet et al. 2011). Voor de meeste 35-minners zal dit gezien hun kenmerken niet anders zijn. We moeten dan ook concluderen dat het met de huidige wet- en regelgeving en de huidige arbeidsmarkt niet makkelijk zal zijn 35-minners meer aan het werk te krijgen. Hun afstand tot de arbeidsmarkt is zo groot dat de huidige ondersteuning bij reintegratie niet voldoet. Een sleutel lijkt te liggen in het zo veel mogelijk simuleren van een werkgeverssetting, en daarmee een plek waar men passend werk kan verrichten. Daarnaast zal men de motivatie van de 35-minner moeten aanspreken om ondanks alle

belemmeringen aan de slag te gaan (*motivational coaching*). Ook tijdens de eerste twee ziektejaren is bemiddeling naar passend werk (hoe lastig ook) van cruciaal belang om de participatiegraad van 35-minners te verhogen. Tijdens de eerste twee ziektejaren kan UWV hiervoor - naast de reguliere begeleiding vanuit de Ziektewet - ook re-integratietrajecten inkopen. En voor de werknemers heeft de werkgever al re-integratieactiviteiten ingezet gedurende de eerste twee ziektejaren. Na de WIA-beoordeling is de 35-minner aangewezen op een werkloosheidsuitkering bij afwezigheid van voldoende inkomen uit werk. Omdat veel 35-minners gezondheidsbeperkingen en een grote afstand tot de arbeidsmarkt hebben, zet UWV meer dan de reguliere dienstverlening voor hen in. Terwijl 'gewone' WW'ers de eerste drie maanden alleen digitaal contact hebben met UWV (e-dienstverlening), krijgen de 35-minners een face-to-face intakegesprek met een gespecialiseerde werkcoach. Deze brengt in kaart welke dienstverlening nodig is. Vanaf 2013 zal een (groot) deel van hen waarschijnlijk in aanmerking blijven komen voor de face-to-face dienstverlening van UWV.

Noten

1 In de eerste jaren van een nieuwe arbeidsongeschiktheidswet is de instroom per definitie groter dan de uitstroom, waardoor het aantal uitkeringsgerechtigden vooralsnog groeit. Voor de WIA zullen in- en uitstroom pas rond 2035 in evenwicht zijn.

2 Niet alleen was de arbeidsongeschiktheidsdrempel 15% in plaats van 35%, ook het Schattingsbesluit was minder strikt en de wachttijd was toen nog maar één in plaats van twee jaar (Van Deursen en Mulders 2009).

3 Onder andere standaard recht op re-integratieondersteuning door UWV, nog een jaar ontslagbescherming, en bij ziekte recht op loondoorbetaling vanuit de Ziektewet (een 'no-riskpolis' voor hun werkgever). Voor 35-minners geldt de no-riskpolis alleen als ze bij een nieuwe werkgever aan slag gaan.

4 Uitzonderingen zijn basisvaardigheden, zoals beheersing van de Nederlandse taal en van een computer. Bij de claimbeoordeling gaat men er vanuit dat de persoon deze binnen een half jaar kan aanleren.

5 Herberekening door UWV op basis van resultaten uit het onderzoek Weg naar WIA.

6 'Zeker' betekent dat dit expliciet vermeld stond in het dossier. 'Wellicht' wil zeggen dat het op basis van de informatie in het dossier, hoewel niet geëxpliceerd, aannemelijk is dat dergelijke problemen voorkomen.

7 Tijdens de claimbeoordeling onderzoekt de verzekeringsarts aan de hand van een functionele mogelijkhedenlijst (de FML) hoeveel en welke beperkingen de cliënt heeft voor het verrichten van gangbare arbeid. Deze lijst bevat ongeveer 100 punten waarop beperkingen aanwezig kunnen zijn, zoals staan, bukken en concentreren.

8 Hierbij nemen we alleen de personen mee voor wie we twee peiljaren van werk beschikbaar hebben. Dat wil zeggen dat het cohort 2009-II-2010-I buiten beschouwing blijft.

9 We interpreteren de odds ratio's hiermee als relatieve risico's, wat toegestaan is omdat de prevalentie van werkhervatting laag is (kleiner dan 20%).

Literatuur

Arts, D. en C. van Deursen (2011). *Monitor Arbeidsbeperkten en Werk*. Amsterdam: Kenniscentrum UWV.

Burg, C. van der, P. Molenaar-Cox, D. Klein Hesselink en J. Besseling (2011). *Landurig verzuimende vangnetters. Kenmerken van de vangnetpopulatie op basis van een dossieronderzoek.* Leiden: TNO/AStri.

Deursen, C. van, en H. Mulders (2009). *KM 09-13 Schatting effect aangepaste Schattingsbesluit op aandeel afwijzingen WIA*. Amsterdam: UWV.

Deursen, C. van, en J. Teeuwen (1990). Indirecte standaardisering van verzuimpercentages met behulp van een logistisch verzuimmodel. In: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, jg. 68, nr. 4, p. 161-166.

Deursen, C. van, I. van Straaten en W. Zwinkels (2010). *Bijlage Monitor Arbeidsbeperkten en Werk 2007-2009*. Amsterdam: Kenniscentrum UWV.

Horssen, C. van (2008). *Geen WIA, wel werk?* Vervolgmeting *van het onderzoek naar de re-integratie van werknemers die minder dan 35 procent arbeidsongeschikt zijn verklaard*. Amsterdam: Regioplan.

Horssen, C. van (2010). *Meer werkplekken bij werkgevers*. Amsterdam: Regioplan.

Jong, P. de, T. Veerman, C. van der Burg en C. Schrijvershof (2010). *Nederland is niet ziek meer.* Den Haag/Leiden: APE/AStri.

Kenniscentrum UWV (2007). Vangnetters relatief vaak afgewezen bij de WIA-claimbeoordeling. In: *UWV Kwartaalverkenning*, 2007-IV, 4.2, p. 30-34.

Kenniscentrum UWV (2009). Langdurig zieke vangnetters en werknemers: niet-werkenden vergeleken. In: *UWV Kwartaalverkenning*, 2009-I, 4.4, p. 35-38 .

Wanberg, C., L. Hough en Z. Song (2002). Predictive validity of a multidisciplinary model of re-employment success. In: *The Journal of applied psychology*, jg. 87, nr. 6, p. 1100-1120.

Zandvliet, K., A. Gelderblom en J. Gravesteijn (2011). *Werkgeversbenaderingen van UWV gericht op het aannemen van ouderen.* Rotterdam: SEOR.

11 Synthese en aandachtspunten voor beleid

Maroesjka Versantvoort (SCP)

Nederland stond lange tijd internationaal bekend als een land met een hoog ziekteverzuim en een bijzonder hoog arbeidsongeschiktheidsvolume. De afgelopen decennia is het beleid drastisch hervormd. Door het versterken van het activerende karakter werd beoogd meer mensen met gezondheidsbeperkingen aan het werk te krijgen en het beroep op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te reduceren. De vraag die centraal stond in deze rapportage was de volgende:

Hoe hebben het ziekteverzuim, het arbeidsongeschiktheidsvolume en de arbeidsparticipatie van mensen met een gezondheidsbeperking zich de afgelopen jaren ontwikkeld en welke (beleids)ontwikkelingen hebben hierbij een rol gespeeld?

In dit slothoofdstuk komen we tot een synthese van de verkregen inzichten en presenteren we aanknopingspunten voor beleid.

Internationaal staat Nederland er minder slecht voor dan tien jaar geleden...

Vergeleken met tien jaar geleden scoort Nederland internationaal gezien beter op het gebied van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Het ziekteverzuim in Nederland kende een sterkere daling dan in andere Europese landen, waardoor Nederland opschoof van een positie met hoog ziekteverzuim naar een middenpositie. Ook in de arbeidsdeelname van mensen met een gezondheidsbeperking en in het arbeidsongeschiktheidsvolume neemt Nederland een gunstiger positie in dan een decennium geleden. Anders dan in de meeste andere landen daalden in Nederland ook de uitgaven aan arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Niettemin liggen het langdurig ziekteverzuim en het aandeel arbeidsongeschikten in Nederland nog wel boven het gemiddelde van de Europese Unie en behoren de Nederlandse uitgaven aan arbeidsongeschiktheidsuitkeringen tot het hoogste segment. Ook blijft de arbeidsdeelname van mensen met een gezondheidsbeperking achter bij de hoge internationale positie die Nederland inneemt in de participatie van mensen zonder gezondheidsbeperking (hoofdstuk 5).

...met een stabiel ziekteverzuimpercentage, een dalend arbeidsongeschiktheidsvolume en een stabiele tot licht stijgende arbeidsdeelname van arbeidsongeschikten...

Een aantal ontwikkelingen lag ten grondslag aan de betere positie van Nederland. Zo kende het ziekteverzuimpercentage in Nederland tot 2007 een dalende trend. De laatste jaren lijkt het verzuim zich te stabiliseren op 4,2% (hoofdstuk 2). Ook is vanaf het begin van deze eeuw een kentering opgetreden in de stijging van het arbeidsongeschiktheidsvolume. De arbeidsongeschiktheidsuitkeringen daalden van ongeveer 950.000 in 2000 tot ruim 800.000 in 2010. Uitzondering is het volume in de Wajong (Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten), dat steeg van 134.000 uitkeringen in 2002

naar 205.000 in 2010 (hoofdstuk 3). De arbeidsdeelname van mensen met een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering bleef stabiel in de periode 2002-2010 (hoofdstuk 4). Bij gedeeltelijk arbeidsongeschikten nam de participatie licht af, maar deze ontwikkeling is toe te schrijven aan veranderingen in de samenstelling van de groep. Als rekening gehouden wordt met onder andere de stijging van de gemiddelde leeftijd, is de arbeidsdeelname van gedeeltelijk arbeidsongeschikten in die periode met twee procentpunt gestegen.

...tegen de achtergrond van een activerender beleid.

Deze ontwikkelingen liepen parallel aan de invoering van wetgeving die meer verantwoordelijkheid voor preventie en re-integratie legde bij werknemers en werkgevers. Het afgelopen decennium kwam de nadruk steeds meer te liggen op beheersbaarheid van het sociale zekerheidsstelsel en kreeg re-integratie prioriteit. Zo werden de voorwaarden voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering aangescherpt. Zittende WAO'ers jonger dan 45 jaar moesten herbeoordeeld worden volgens nieuwe criteria en de werkgever werd verplicht de re-integratie van de zieke werknemer planmatig aan te pakken. De periode dat een werkgever het loon verplicht moet doorbetalen bij ziekte werd verlengd van 1 naar 2 jaar. De Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA, opvolger van de Wet op de arbeidsongeschiktheid) stimuleert werknemers met een arbeidsbeperking om hun resterende verdiencapaciteit in te zetten. Het inkomen van gedeeltelijk arbeidsongeschikten is afhankelijk gesteld van de mate waarin zij werken. Ook de toegangsdrempel voor een uitkering is verhoogd: van 15% naar 35% teruggang in verdiencapaciteit. En recent is ook de Wajong aangepast om jonggehandicapten te stimuleren te werken naar vermogen.

Wajong vormt uitzondering

Terwijl het totaal aantal uitkeringen op grond van de WAO, WIA, Wajong en WAZ (Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen) daalde in de afgelopen jaren, steeg het volume in de Wajong meer dan verwacht werd vanwege 'ingroei'. Dat is te verklaren uit de invoering van de Wet werk en bijstand (WWB) in 2004, die gemeenten een grotere financiële prikkel gaf om het bijstandsvolume zo laag mogelijk te houden, waardoor een verschuiving van de bijstand naar de Wajong plaatsvond. In 2010 is de Wajong ingrijpend veranderd en meer gericht op activering. Hoewel het nog te vroeg is om conclusies te trekken over de effecten van de aanpassingen, zien we dat de instroom in de Wajong in 2011 voor het eerst in jaren is afgenomen (hoofdstuk 3).

Ook de arbeidsparticipatie van 'vangnetters' blijft achter

Arbeidsbeperkten die duidelijk minder werken dan de verwachting was bij introductie van de WIA zijn de zogeheten 35-minners: mensen bij wie na twee jaar ziekte is vastgesteld dat zij minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn en dus geen arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgen (hoofdstuk 10). Bij de invoering van de WIA is met werkgevers afgesproken dat zij 35-minners als het enigszins kan in dienst houden of anders zorgen voor re-integratie bij een andere werkgever. Naar nu blijkt heeft ruim de helft van de 35-minners echter geen werkgever; zij zijn afkomstig uit het

vangnet-Ziektewet.[1] Deze personen, ook wel vangnetters genoemd, blijken kwetsbaar, omdat zónder recent arbeidsverleden en mét resterende arbeidsbeperkingen een werkgever gezocht moet worden. Hun arbeidsparticipatie blijft met 33% dan ook ver achter bij de 60% van de overige 35-minners.

Werkgeversbetrokkenheid cruciaal voor succesvolle re-integratie

Juist de betrokkenheid van werkgevers is een noodzakelijke voorwaarde voor succesvolle re-integratie. Zo weet, eenmaal aan het werk, meer dan driekwart van de 35-minners het werk te behouden. Als ze echter werkloos raken, daalt de kans om opnieuw een baan te vinden tot onder de 20%. Voor vangnetters is het ontbreken van een werkgeversrelatie bepalender voor de verhoogde kans een WIA-aanvraag te doen dan hun individuele problematiek (hoofdstuk 10). Vergelijken we werkgevers met ervaring met duurzaam inzetten van mensen uit kwetsbare groepen en werkgevers zonder die ervaring (hoofdstuk 7), dan onderscheiden de eerste zich op een aantal punten. Werkgevers met ervaring, zogeheten inclusieve organisaties, zijn vaker een non-profitinstelling en hebben vaker een mensgerichte organisatiecultuur. Naast deze min of meer onveranderlijke kenmerken verschillen ze ook op punten die meer uitzicht op vergroting van betrokkenheid bieden. Zo richten inclusieve organisaties zich in hun werving en selectie frequenter expliciet op mensen uit kwetsbare groepen en bieden ze vaker begeleiding bij verzuim en re-integratie. Ook maken ze meer gebruik van financiële tegemoetkomingen en hebben ze meer kennis en vaardigheden om te werken met mensen uit kwetsbare groepen. We kunnen voor deze kenmerken evenwel niet aangeven of ze een verklaring zijn voor inclusiviteit of juist het gevolg ervan.

Subsidies voor werkgevers beperkt effectief...

Of financiële tegemoetkomingen aan werkgevers effectief de arbeidsdeelname van mensen met een gezondheidsbeperking vergroten is zeer de vraag. Onderzoeken wijzen hooguit op een klein positief werkgelegenheidseffect van loonkostensubsidies.[2] In veel gevallen gaat de verhoging van de werkgelegenheid gepaard met *dead-end jobs* beschikbaar met weinig uitdagingen en weinig vooruitzichten op een reguliere baan. Op microniveau zijn de werkgelegenheidseffecten gering; door de subsidie wordt een individuele sollicitant niet veel aantrekkelijker voor werkgevers. Daarvoor zijn verschillende verklaringen te geven. Werkgevers zien op tegen de transactiekosten waarmee subsidies gepaard gaan. Daarnaast geven financiële prikkels een stigmatiserend signaal af. Dat een werknemer in aanmerking komt voor een subsidie vormt voor wergevers mogelijk een indicatie voor een lage productiviteit (hoofdstuk 8).

...maar financiële stimulering van werknemers biedt mogelijkheden...

Financiële prikkels voor werknemers met gezondheidsbeperkingen blijken beter te werken dan die voor werkgevers. Uit onderzoek blijkt dat als de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen ten opzichte van de lonen met 1% dalen de arbeidsparticipatie van mensen met een gezondheidsbeperking gemiddeld met 0,3% tot 0,4% stijgt (hoofdstuk 8).

Ook bij de WIA bleek de vraag naar uitkeringen niet ongevoelig voor uitkeringshoogte. Toen in 2007 de uitkeringshoogte voor bepaalde mensen steeg (tot 50% voor de hoogste inkomens), steeg onder hen ook het aantal WIA-aanvragen relatief sterk. Het aantal toewijzingen steeg evenwel niet. Daar moeten we wel bij zeggen dat het vergelijkingsjaar (2006) het beginjaar van WIA was en dus mogelijk niet representatief is. Voor onder- of oververtegenwoordiging van de hogere inkomensgroepen in de WIA-aanvragen in 2006 hebben we echter geen empirische of kwalitatieve handvatten.

De WIA is bedoeld om mensen met gezondheidsbeperkingen *naar vermogen* te laten werken. Inderdaad blijken zowel gedeeltelijk als volledig arbeidsongeschikten duidelijk financieel voordeel te hebben van inzet van enige verdiencapaciteit (hoofdstuk 8). De financiële prikkel tot uitbreiding van de arbeidsduur blijkt veel geringer. Hoewel op de lange termijn werken voordelig is voor mensen die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn, is dat op de korte termijn nauwelijks het geval voor 35-minners met een werkloosheidsuitkering. Naast het ontbreken van de werkgeversrelatie vormt deze omstandigheid een aannemelijke verklaring voor de geringe re-integratie van werklozen die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn.

...hoewel niet allesomvattend.

De arbeidsdeelname van mensen met een gezondheidsbeperking is vanzelfsprekend niet alleen een financiële afweging. Ook het belang dat gehecht wordt aan betaalde arbeid bepaalt of iemand met een gezondheidsbeperking wil participeren – en tegen welke prijs. Bovendien sluiten zware beperkingen arbeidsparticipatie uit. Bij minder zware beperkingen blijkt vooral de beleving van de eigen gezondheid bepalend voor de mate van werken (hoofdstuk 9). Werklozen die hun eigen gezondheid als slecht ervaren, hervatten veel minder vaak het werk dan werklozen met een positieve gezondheidsbeleving. Daarnaast bepalen persoonlijke kenmerken de kans op een baan. Factoren die de individuele baankans verhogen zijn recente werkervaring, een leeftijd van hooguit 35 jaar en een relevant netwerk (hoofdstuk 8).

Vergrijzing en recessie zorgen voor extra druk...

De arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen is gevoelig voor macro-economische en demografische ontwikkelingen. Toen Nederland zich in 2007 in een hoogconjunctuur bevond, was ook de arbeidsparticipatie van arbeidsongeschikten relatief hoog. Toen de schuldencrisis begon, eind 2008, nam deze af, en sterker dan bij mensen zonder beperkingen.[3] Hoewel werkgevers verklaren vooral uit sociale overwegingen kansen te bieden aan werknemers met een afstand tot de arbeidsmarkt, nemen zij wel degelijk financiële omstandigheden mee in hun afweging (hoofdstuk 7).

Ook de vergrijzing van de Nederlandse beroepsbevolking zorgt voor druk op het arbeidsongeschiktheidsvolume. Oudere werknemers hebben meer gezondheidsproblemen dan jonge werknemers en kennen daardoor ook een hoger ziekteverzuim (hoofdstuk 2). De kans om in te stromen in de WIA is voor ouderen beduidend hoger dan voor jongeren. Bijna 40% van de instromers in de Werkhervattingsregeling gedeeltelijk

arbeidsgeschikten (WGA) in 2010 was ouder dan 50 jaar, bij de Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten (IVA) was dat 70%. Het aandeel ouderen in de arbeidsongeschiktheidsregelingen is dan ook relatief groot en neemt sinds een aantal jaren toe. De baankansen van ouderen in het algemeen zijn bij werkloosheid beduidend lager dan die van jongeren, maar van ouderen die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn, zijn ze minder dan de helft van die van jongere 35-minners. Verrassend genoeg heeft bij 35-minners die nog een arbeidsrelatie hebben met hun werkgever leeftijd geen invloed op de arbeidsdeelname. Dat onderstreept nog eens het belang van het behoud van de werkgeversrelatie. Werkgevers maken klaarblijkelijk geen onderscheid op leeftijd bij re-integratie van zittend personeel, wel bij aanstelling van nieuw personeel (hoofdstuk 10).

...maar nieuwe werkvormen bieden kansen.

Thuis- en telewerk biedt kansen om de arbeidsdeelname van arbeidsgehandicapten te verhogen en het ziekteverzuim te reduceren. Werknemers die telewerken hebben een half procentpunt minder ziekteverzuim dan werknemers die dat niet doen (hoofdstuk 6). Voor werknemers met een arbeidshandicap is het effect beduidend groter, zeker als ze telewerk combineren met thuiswerk. Ook gaan arbeidsgehandicapten bij thuiswerk meer uren werken. Daar zijn verschillende verklaringen voor. Thuis- en telewerk levert minder reis- en kantoorstress op, men kan de werktijden plannen rond de zorgtaken, het is makkelijker te combineren met verzorging, therapie of artsbezoek en verlaagt de kosten van mobiliteit en accommodatie.

Aanknopingspunten voor beleid

Onze onderzoeksresultaten bieden verscheidene aanknopingspunten voor beleid.

– Flexibilisering arbeidsmarkt en versoepeling ontslagrecht

De re-integratie van mensen met gezondheidsbeperkingen heeft duidelijk meer kans van slagen wanneer deze bij de eigen werkgever plaatsvindt, vooral bij oudere werknemers. Flexibilisering van de arbeidsmarkt en versoepeling van het ontslagrecht – ontwikkelingen die leiden tot minder baanzekerheid en meer wisselingen van werkgever – verzwakken naar verwachting dé peiler onder succesvolle re-integratie van mensen met gezondheidbeperkingen, namelijk een ononderbroken relatie met een werkgever. Dit laat onverlet dat bij flexibilisering mogelijk ook de risico's op een slechte 'match' tussen werkgever en werknemer en de daarmee samenhangende kosten afnemen, wat werkgevers ertoe kan bewegen eerder mensen met een beperking aan te nemen. Gezien de relatieve ongevoeligheid van werkgevers voor de huidige financiële stimulansen om dergelijke risico's af te dekken, heeft deze verwachting echter weinig empirische grond.

– Arbeidsdeelname ouderen

Mede als gevolg van beperking van alternatieve uittreedroutes is de afgelopen jaren de arbeidsdeelname van ouderen gestegen. Ook ouderen met gezondheidsproblemen zijn vaker dan voorheen actief op de arbeidsmarkt. We zien dat het aandeel ouderen in arbeidsongeschiktheidsregelingen relatief hoog is en toeneemt. Tegelijkertijd hebben ze

veel minder kans op een baan dan jongeren. Zo zijn de baankansen van oudere 35-minners minder dan de helft van die van jongeren met een beperking. Stimulering van de arbeidsdeelname van ouderen – bij gelijkblijvende gezondheid en inzetbaarheid – zal de komende jaren naar verwachting hun vraag naar arbeidsongeschiktheidsuitkeringen verder doen stijgen. Dit heeft het risico in zich van uitstralingseffecten op de baankansen van relatief gezonde ouderen. Wanneer ouderen gemiddeld minder aantrekkelijk gevonden worden door werkgevers verlaagt dat de baankans van de individuele oudere. Statistische discriminatie is immers voor diverse groepen niet alleen een theoretische omstandigheid gebleken.

– Verzuimbegeleiding

Verzuimbegeleiding helpt ziekteverzuim terugdringen. De mogelijkheden lijken nog niet uitgeput. Ziekteverzuim is nog sterker te reduceren door intensieve begeleiding en controle van zieke werknemers en bijvoorbeeld door werknemers bij ziekte of ziektedreiging tijdelijk parttime te laten werken of minder belastend werk te geven. Ook interventies met aandacht voor gezondheidsbeleving en gericht op het doorbreken van de vicieuze cirkel van negatieve gezondheidsbeleving en non-participatie lijken kansrijk.

– Activering onderkant arbeidsmarkt – instrument loondispensatie

Financiële stimuli voor werkgevers, zoals loonkostensubsidies en premiekortingen, hebben tot nu toe nauwelijks bijgedragen aan individuele baankansen van mensen met een gezondheidsbeperking en slechts beperkt aan de totale werkgelegenheid. De vraag is of werkgevers ongevoelig zijn voor financiële prikkels bij de beslissing mensen met gezondheidsproblemen aan te nemen, of dat de instrumenten niet passend zijn. Wat opvalt in de opzet van instrumenten zoals loonkostensubsidie en loondispensatie is de aanname dat een tegemoetkoming die zorgt voor hooguit neutraliteit (nettoloonkosten zijn gelijk aan de loonwaarde van de werknemer) voldoende is om werkgevers te bewegen arbeidsongeschikten in dienst te nemen en te houden.[4] Het is de vraag of een dergelijke 'enge' tegemoetkoming voor individuele werkgevers toereikend is om hun afweging en risico-inschatting in het voordeel van arbeidsbeperkten te laten uitvallen. Zo lijken de mogelijke instabiliteit in productiviteit en onzekerheid of de verwachte productiviteit gehaald wordt – en daarmee dus ook of de vergoeding toereikend is – weinig stimulerend voor werkgevers. Ook kan sprake zijn van uitstralingseffecten naar de organisatie wanneer andere werknemers hun werkzaamheden moeten aanpassen. Productiviteitsverliezen die hiermee mogelijk gepaard gaan, worden niet afgedekt door de tegemoetkoming. Ook mét tegemoetkoming blijft de onzekerheid over de stabiliteit van de gezondheid van de arbeidsbeperkte werknemer en daarmee over diens ontwikkelingsmogelijkheden. Dat leidt er mogelijk toe dat werkgevers minder bereid zijn in werknemers met gezondheidsbeperkingen te investeren in de vorm van opleiding en begeleiding, en dus in een langdurige arbeidsrelatie.

– Prikkelstructuur in de WIA

Ook de financiële stimulering in de WIA voor werknemers met gezondheidsbeperkingen is niet optimaal. Wanneer gedeeltelijk arbeidsongeschikten met lagere inkomens de

gehele verdiencapaciteit inzetten in plaats van de halve blijft het inkomensvoordeel achter bij de extra inzet aan arbeidsvermogen. Voor de lagere inkomens is ook het financiële voordeel van inzet van meer dan de vastgestelde verdiencapaciteit gering. Verder hebben 35-minners met een werkloosheidsuitkering op de korte termijn nauwelijks financieel voordeel van werken.

– Thuis- en telewerk – initiatiefwet Flexibel Werken

Hoewel niet voor elke beroepsgroep en in elke sector toepasbaar, biedt thuis- en telewerk mogelijkheden het ziekteverzuim te reduceren en de arbeidsdeelname van werknemers met een arbeidshandicap te laten stijgen. Toename van deze werkvormen zou dus perspectief bieden. We hebben niet onderzocht of er barrières zijn die overheidsingrijpen noodzakelijk maken. Wel blijkt dat thuis- en telewerkers vergeleken met andere werknemers erg tevreden zijn. Telewerkers ondervinden relatief veel sociale steun van hun leidinggevende. De voordelen voor werkgevers zijn kennelijk zodanig dat dergelijke steun gegeven kan worden. De initiatiefwet Flexibel Werken biedt kansen tot verdere groei van thuis- en telewerk. De vraag is evenwel of de voordelen standhouden als thuis- en telewerk plaatsvindt door een beroep op de wet en niet door individuele afspraken tussen werkgever en werknemer. Zo'n situatie kan ontstaan als een werknemer thuiswerk prefereert maar de werkgever principiële bezwaren heeft. Afname van sociale steun van de leidinggevende verhoogt immers de kans op ziekteverzuim. Daar staat tegenover dat de wet mogelijk bijdraagt aan een cultuuromslag waarbij thuis- en telewerk meer de norm wordt, en zodoende de ruimte voor het ziekteverzuimreducerende en het participatiebevorderende effect van thuis- en telewerk wordt vergroot.

Noten

1 Werknemers die ziek zijn door orgaandonatie, zwangerschap of bevalling en zieke werknemers met een no-riskpolis (bijvoorbeeld als de werknemer bij indiensttreding reeds een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontving) kunnen een beroep doen op de Ziektewet en vallen onder het vangnet van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). Het UWV betaalt ook het loon door van zieke werknemers die geen werkgever (meer) hebben, zoals werknemers met een tijdelijk contract en uitzendkrachten.

2 Overigens zijn vooral loonkostensubsidies onderzocht. Hoewel loonkostensubsidie en loondispensatie enigszins verschillen richten beide instrumenten zich op een betere verhouding tussen arbeidsproductiviteit en loonkosten. Daarom nemen we aan dat onderzoek naar loonkostensubsidies waardevolle inzichten oplevert voor de mogelijke effecten van loondispensatie.

3 Zie *Monitor Arbeidsbeperkten en Werk 2007-2010* (UWV 2011)

4 Het instrument loonkostensubsidie gold voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten met een WGA-, WAO-, WAZ- of Wajong-uitkering, jonger dan 50 jaar, die moeilijk een baan konden vinden. Werkgevers konden een subsidie krijgen van maximaal 50% van het minimumloon wanneer zij deze personen een arbeidscontract aanboden voor een jaar. De regeling is per 1 januari 2012 afgeschaft. Loondispensatie is opgenomen in de controversieel verklaarde Wet werken naar vermogen en betekent dat werkgevers niet het gangbare loon hoeven te betalen voor mensen met een arbeidsbeperking maar alleen het deel dat de werknemer arbeidsproductief is (de loonwaarde). De gemeente vult het loon aan tot maximaal 100% WML (Wettelijk Minimumloon).

Summary

Working with impairments

Trend report on sickness absenteeism, incapacity for work and labour participation of persons with health impairments

For many years, the Netherlands was known as a country with high rates of sickness absenteeism and large numbers of incapacity benefit claimants. In more recent years, numerous policy changes have been implemented with a view to reducing the volume of benefits and promoting the reintegration of people with health impairments. Part of this drive has been a stronger focus by incapacity benefit schemes on reintegrating claimants into the labour process. New legislative instruments that have introduced important changes include the Eligibility for Permanent Invalidity Benefit (Restrictions) Act (*Wet verbetering poortwachter* – WVP) in 2002, the Continued Payment of Salary During Sickness Act (*Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte* – VLZ) in 2004 and the replacement of the Invalidity Insurance Act (*Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering* – WAO) by the Work and Income according to Labour Capacity Act (*Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen* – WIA) in 2006. The Invalidity Provision (Early Disabled Persons) Act (*Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten* – Wajong) was also replaced with a new Act in 2010.
The central question addressed in this report is as follows:

> *How have the sickness absenteeism, incapacity for work and labour participation rates of people with health impairments developed in recent years and which policy and other developments have played a role in this?*

The report consists of two parts. The first part describes trends in sickness absenteeism, incapacity for work and labour participation by people with health impairments. It also places the situation in the Netherlands in an international perspective. The second part addresses three themes: 1) the influence of labour market developments on sickness absenteeism and incapacity for work; 2) factors which influence the choices made by employees and employers in relation to reintegration to work; 3) groups that are in a special or vulnerable position. In discussing the first theme, we explore the influence of homeworking and teleworking on sickness absenteeism and the labour participation of people with an incapacity for work. For the second theme, we investigate the effect of financial incentives on reintegration and the influence of subjective health status on labour participation. We also discuss the judgments made by employers in taking on people from vulnerable groups. For the third theme, we discuss the position of people who have been assessed as having an incapacity for work of less than 35% and who therefore have no right to incapacity benefit – the 'under-35s'.
This report applies different definitions of the groups to which the policy or the study applies, focusing for example on people in receipt of incapacity benefit, people with an

incapacity for work and people with disabilities. There are sometimes overlaps between these groups, but there are also clear differences. Chapter 1 describes the and provides a summary of the relevant legislation and regulations and of the databases used.

Trends (Part 1)

Table S.1

Key figures on sickness absenteeism, incapacity benefits and labour participation of persons with health impairments, 2002-2010 (in percentages and numbers)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
sickness absenteeism (%)	-	-	-	4.8	4.5	4.2	4.1	4.0	4.2
incapacity benefits (x 1,000)									
WAO	802	787	763	700	660	636	619	606	592
WIA					19	38	59	83	110
Wajong	134	138	142	147	156	167	178	192	205
WAZ	57	57	56	52	47	43	39	35	30
net participation rate, people with an incapacity (%)									
employment disability	43	42	41	40	40	-	-	43	39
partial incapacity for work	60	58	58	57	55	56	59	58	57
full incapacity for work	13	12	12	12	11	13	14	13	13

Source: TNO (NEA'05-'10); CBS (incapacity benefits '02-'10; EBB '02-'10; SSB '02-'10)
WAO = invalidity Insurance Act
WIA = Work and Income according to Labour Capacity Act
WAJONG = Invalidity Provision (Early Disabled Persons) Act
WAZ = Incapacity Insurance (Self-employed Persons) Act

Chapter 2: Trends in sickness absenteeism

The sickness absenteeism rate in the Netherlands fell from 7% in 1994 to 4.2% in 2010 (table S.1). The rate has remained virtually unchanged since 2007. People who fall under the Sickness Benefits Act (*Ziektewet*) because they have no employer or because they are in an exceptional group for whom the employer is not required to continue paying salary, are not included in calculating the sickness absenteeism rate. Partly due to the unfavourable economic situation, the relative size of this group has however increased, and if the absenteeism rates in this group were to be included, the national absenteeism rate would therefore turn out higher.

There are differences in sickness absenteeism between employee groups. First, it is higher among older workers than younger employees. This is almost entirely due to increasing health problems with advancing age. It is mainly the length of absence of older workers that is greater; in terms of frequency, they take sick leave less often than their younger counterparts. Counter to the general trend, the sickness absenteeism

rate among the over-55s has not fallen in recent years. An explanation may be that the opportunities for early retirement have been restricted for people with poorer health. Second, sickness absenteeism among women was an average of 30% higher than among men in the period 2005-2010. Differences in working conditions, in the nature of the complaints and in the support offered to absentees all play a role here. Compared with the early 1990s, however, the differences in absenteeism rates between men and women have narrowed. Third, absenteeism rates are relatively high among low-skilled workers. This can be largely explained by their poorer health, which in turn is related to their poorer working conditions, less healthy lifestyle and poorer living conditions. Finally, absenteeism rates are higher among employees with a permanent employment contract than among employees on flexible contracts. One explanation for this may be that flexiworkers are generally younger and therefore healthier, but also the fact that they have less job security.

The relative importance of psychological complaints, stress and burnout as causes of absenteeism has reduced in recent years, though these complaints still lead to the longest-lasting absenteeism and are therefore one of the main causes of absenteeism, alongside complaints affecting the musculoskeletal system. Work-related absenteeism has gradually reduced in recent years; in 2010, 23% of sick leave was mainly or partly work-related.

Chapter 3: Trends in incapacity for work

The total number of incapacity benefits in the Netherlands has fallen gradually, from around 950,000 in 2000 to just over 800,000 in 2010 (table S.1), though the decline does seem to have flattened out somewhat in the most recent period. The growing volume of benefits paid pursuant to the Work and Income according to Labour Capacity Act (WIA) has to do with the bedding in of the new Act and changes in the size and composition of the insured population.

The increase in the volume of benefits paid pursuant to the Invalidity Provision (Early Disabled Persons) Act (*Wajong*) is striking: up from 127,000 in 2000 to 205,000 in 2010. To some extent this is due to the introduction of the Work and Social Assistance Act (*Wet werk en bijstand*) in 2004, which gave local authorities a bigger financial incentive to keep the volume of social assistance benefits as low as possible and where possible to transfer benefit recipients on to *Wajong* benefits. The *Wajong* was radically overhauled in 2010 in order to provide more incentives to young disabled people to go to work. It is still too early to draw any conclusions, but it is a fact that the number of new claimants moving on to *Wajong* benefits fell in 2011 for the first time.

Some groups are more likely than others to be in receipt of incapacity benefits. This applies, for example, for older persons and for people of non-Western origin. Women have a relatively high chance of being allocated to the Partially Disabled Persons (Resumption of Work) scheme (WGA), while men are more likely to be placed in the Income Provision (Fully Disabled Persons) scheme (IVA) and the *Wajong*. The likelihood of being allocated

to the different schemes also varies from region to region, being slightly greater in the south, north and east of the country than in the west.

Chapter 4: Trends in labour participation by people with health impairments

The net labour participation rate of people with a partial incapacity for work and an employment disability was 57% and 39%, respectively, in 2010, compared with 72% for people without long-term illnesses and not in receipt of incapacity benefit. The labour participation rate of persons with health impairments fell slightly in the period 2002-2010, largely because of changes in the composition of this group, including an increase in their average age. After correcting for changes in the gender and age profile of the group, the labour participation rate of people with a partial incapacity for work increased slightly (by two percentage points), while that of people assessed as having a full incapacity for work and those with an employment disability remained constant. It is worth noting that stricter assessment criteria mean that people with an incapacity for work today have more impairments on average than their counterparts a few years ago. The recession also plays a role. The weekly working hours of persons with health impairments have also fallen in recent years, and more sharply than the working hours of people without health impairments. Here again, changes in the profile of the group play a role.

Persons in receipt of unemployment or social assistance benefit relatively often have health problems. Disabled persons and those with a partial incapacity for work are particularly overrepresented among those in receipt of unemployment benefit, though their share is declining. People with a disability are overrepresented among social assistance benefit recipients. In the period 2002-2010, approximately 45% of social assistance benefit recipients reported that a long-term condition impeded them in performing or obtaining work.

Roughly a quarter of those with a partial incapacity for work who currently do not work (or who work less than 12 hours per week) would like to do so. There is no difference on this point between people with a partial incapacity for work and people without health problems. Those with a partial incapacity for work who indicate that they have no desire to work often cite not just illness and incapacity for work as a reason, but frequently also advanced age and being in receipt of pre-pension benefits.

Chapter 5: The Netherlands in a European context

The Dutch legislative and regulatory regime in relation to sickness absenteeism and incapacity for work occupies a special position in Europe in some respects. An example is the obligation for Dutch employers to continue paying the salary of sick employees for two years, and the relatively minor role played by medical professionals in reintegration into the work process. The Dutch system comes closest to that of the Scandinavian countries. The radical changes to Dutch legislation – also in comparison with other European countries – appear to have borne fruit; falling sickness absenteeism rates have improved the international position of the Netherlands, though sickness absenteeism

rates are still above the European average: in 2010, 8.3% of Dutch employees were off work for more than fifteen days because of illness, while the average for the 27 countries of the European Union (*eu*) was 7.5%. The position of the Netherlands within the EU has also improved as regards the extent of and expenditure on incapacity for work: in the mid-1990s, the Netherlands had one of the highest volumes of incapacity benefits in Europe, whereas in 2008 it had moved more towards an average position. Despite this, Dutch spending on incapacity for work is still among the highest in the *eu*, at 2% of gross domestic product – though this expenditure has fallen in recent years, in contrast to other countries. The international differences shrink if we look at total benefit dependency (including unemployment benefits).

People with health limitations take part in the labour process less often than people without health problems in virtually all EU member states. The Netherlands is in the middle range compared with other EU countries, with a labour participation rate of 56% for people with a long-term condition. This is in stark contrast to the labour participation rate of people without long-term conditions, which is among the highest in Europe.

Background studies (Part 2)

Chapter 6: The impact of teleworking and homeworking

Working from home and teleworking could increase the labour participation rate of people with a disability because the costs of mobility and accommodation are reduced and work can be more easily combined with care, therapy and doctor's visits. These new modes of work can also have an influence on sickness absenteeism, though their effect can theoretically operate in two directions: on the one hand, they can lead to greater autonomy and make it easier to balance work and private life, thus reducing sickness absenteeism; but they can also lead to feelings of isolation and of 'never being finished with work', thereby actually leading to an increase in sickness absenteeism.

The analyses presented in this report show that sickness absenteeism rates are lower among employees and people with an employment disability who practise teleworking, even after allowing for differences in personal characteristics (0.4 to 0.5 percentage points for employees; two percentage points for people with an employment disability). This does not however apply for people who work from home without teleworking. On the other hand, homeworking does tend to increase the number of hours worked by people with an employment disability.

There is also a flipside, however: teleworkers relatively often have the feeling of neglecting either their family because of work commitments or their work because of family responsibilities.

Chapter 7: Inclusive employment organisations

People who are in a vulnerable position on the labour market, especially people with health impairments and the long-term unemployed, need employers who are willing

and able to bring them into the labour process. The term 'inclusive labour organisations' is sometimes used to describe organisations which deliberately recruit people from these groups. In the period 2008 to 2010, 16% of Dutch companies did this, though this percentage declined over the period, probably because of the deteriorating economic situation. Inclusive organisations set themselves apart from others in a number of ways. Among other things, they know more about the abilities and limitations of the target group, more often have a 'people-focused' culture and are more often in the non-profit sector. In other respects, however, such as style of leadership and HR policy, inclusive organisations do not differ from other organisations. Most inclusive organisations are driven by social considerations to offer people from vulnerable groups a chance. Nonetheless, they seek to limit the risks to which they are exposed. Employing people from vulnerable groups also requires additional investments from the organisation, for example in support and adaptations of the work and/or workplace.

Chapter 8: Financial incentives in incapacity benefit schemes

Dutch incapacity benefit schemes incorporate financial incentives to encourage employers and employees to limit claims on the system and make use of residual earning capacity. In the case of the Work and Income according to Labour Capacity Act (WIA), people with a partial incapacity for work are given a clear financial incentive to use their assessed earning capacity. This incentive is relatively high for people with an annual income of around 50,000 euros, but the financial benefits of working reduce as the income level rises. Moreover, people with an incapacity for work of less than 35% who are also entitled to unemployment receive virtually no financial benefit in the short term from working. The research literature shows that the labour participation rate of people with health limitations is sensitive to the availability and level of benefits. For example, studies have shown that a fall of 1% in incapacity benefits relative to wages leads to an increase in the participation of people with health impairments of around 0.35% (depending on the design of the study in question). These studies also suggest that sanctions are effective, as is intensive assessment. It is striking that when the level of benefits paid under the WIA was increased for some groups (i.e. employees with partly incapacity for work with incomes higher than the maximum day-wage) in 2007, the number of applications for this benefit also increased relatively strongly in this group. However, the number of assignments did not increase. The effects of financial incentives for employers, by contrast, appear to be fairly limited, having at most a small positive effect on employment.

Chapter 9: Subjective health status and labour participation

In addition to economic motives, psychosocial aspects also influence reintegration into the labour process. An example is people's perception of their own health. Negative subjective health status is associated with factors such as lack of control over one's own life, lack of social support, social stigmatisation, unhealthy lifestyle, or stress and fear of change. If a number of long-term illnesses and severe disabilities are held constant, people who take a negative view of their own health status are found to resume work much less often than people who view their health positively. This applies not only

for people in receipt of incapacity benefit, but also for those receiving unemployment benefit, the 'under-35s' and other non-workers with health impairments. This implies that interventions targeting perceived health can help foster participation in the labour process, at least for people whose impairments are not overly severe. Promising interventions include cognitive behavioural therapy and work as therapy. Programmes to promote health and increased knowledge about lifestyle can also help break through the vicious circle of negative perceived health and low labour participation.

Chapter 10: Chance of finding work for people with an incapacity for work not in receipt of benefit

The evaluation of the Work and Income according to Labour Capacity Act (WIA) produced worrying findings concerning the position of people with an incapacity for work who are not employed, and especially the position of the ‹under-35s›. Unemployed persons, employees whose employment contract has expired and temporary agency staff can fall back on the safety net offered by the Sickness Benefits Act in the event of illness, and are therefore sometimes referred to as ‹safety-netters› (*vangnetters*) in the Netherlands. The resumption of work by this group, both during and after the first two years of illness, lags well behind that of regular employees: in 2010, only 33% of safety-netters went back to work, compared with 60% of regular employees. Safety-netters have a much greater chance of applying for WIA benefit: 28% of long-term sick employees ultimately apply for this benefit, compared with 55% of safety-netters, i.e. twice as many.

This can be explained by the less favourable labour market characteristics of safety-netters, as well as the fact that they do not have an employer. Safety-netters perceive their health as poorer, less often take the initiative themselves to reintegrate, more often have psychosocial problems (such as debts, dependency issues, relationship problems or care issues), have poorer labour market qualifications (lower education level, longer absence from the labour process), receive less support during reintegration and do not have an employer to whom they can return. The unfavourable labour market characteristics of safety-netters are responsible for 41% of the larger number of applications for WIA benefits in this group, while the fact that they have no employer accounts for 59% of applications. This illustrates how important the facilities and efforts of the employer are for the success of the participation policy.

Conclusion

In parallel with the policy changes, the volume of incapacity benefits has reduced in recent years, sickness absenteeism has fallen (or did so up to 2007, since when it has remained constant) and the labour market participation rate of people with a partial incapacity for work has increased slightly if allowance is made for changes in the profile of the group. There are still a number of areas that warrant attention, however. First and foremost there is the volume of benefits paid pursuant to the Invalidity Provision (Early Disabled Persons) Act (*Wajong*), which has increased more sharply than expected (though showed a fall for the first time in 2011). Then there is the clear shortfall in the

labour participation rate of people assessed as having an incapacity for work of less than 35%, and especially those who rely on the Sickness Benefits Act safety net. The labour participation rate of persons with health impairments is also weaker than the position of the Netherlands internationally for the participation rate of persons without health problems. The percentage of people with an incapacity for work is also higher in the Netherlands than the EU average, while the Netherlands is one of the countries with the highest expenditure on incapacity for work.

The analyses in this report suggest a number of pointers for policy. First, maintaining a relationship with the employer is crucial for the successful reintegration of people with health impairments. Second, perceived health is a determining factor in labour participation, and interventions aimed at breaking through the vicious circle of negative perceived health and non-participation appear promising. A third possibility is an intensification of absenteeism support and monitoring; this could reduce absenteeism rates by several percentage points. A fourth promising option is homeworking and teleworking. Teleworking from home, in particular, reduces sickness absenteeism and boosts the working hours of people with an employment disability. A fifth suggestion is to introduce better financial incentives within the Work and Income according to Labour Capacity Act (WIA). For some groups, especially those assessed as having an incapacity for work of less than 35% who still have an entitlement to unemployment benefit, participating in the labour process to the extent that their capacity allows is barely worthwhile financially in the short term. Increasing the number of hours worked is also currently not financially feasible for all groups of people with a full or partial incapacity for work.

These pointers for policy should not be seen in isolation. The ageing of the labour force puts additional pressure on incapacity benefits; older persons have more health problems and less chance of finding work than younger people. Another 'threatening' development is the continuing trend towards a more flexible labour market. The reintegration of people with health problems, and especially those who are also older, has a significantly better chance of succeeding if they can be reintegrated with their own existing employer.

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt twee keer per jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma is te vinden op de website van het SCP: www.scp.nl.

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn verkrijgbaar bij de boekhandel, of via de website van het SCP. Een complete lijst is te vinden op www.scp.nl/publicaties.

Sociale en Culturele Rapporten

Investeren in vermogen. Sociaal en Cultureel Rapport 2006. ISBN 90-377-0285-6
Betrekkelijke betrokkenheid. Studies in sociale cohesie. Sociaal en Cultureel Rapport 2008. ISBN 978 90 377 0368-9
Wisseling van de wacht: generaties in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2010. Andries van den Broek, Ria Bronneman-Helmers en Vic Veldheer (red.). ISBN 978 90 377 0505 8

SCP-publicaties 2011

2011-1 *KLEUR. SCP-nieuwjaarsuitgave 2011* (2011). ISBN 978 90 377 0537 9
2011-2 *Stemming onbestemd. Tweede verdiepingsstudie Continu Onderzoek Burgerperspectieven* (2011). Paul Dekker en Josje den Ridder (red.). ISBN 978 90 377 0528 7
2011-3 *Vluchtelingengroepen in Nederland. Over de integratie van Afghaanse, Iraakse, Iraanse en Somalische migranten* (2011). Jaco Dagevos en Edith Dourleijn (red.). ISBN 978 90 377 0526 3
2011-4 *Emancipatiemonitor 2010* (2011). Ans Merens, Marion van den Brakel-Hofmans, Marijke Hartgers en Brigitte Hermans (red.). ISBN 978 90 377 0503 4
2011-5 *Moeilijk werken. Gezondheid en de arbeidsdeelname van migrantenvrouwen* (2011). Myra Keizer en Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0524 9
2011-6 *Informele groepen. Verkenningen van eigentijdse bronnen van sociale cohesie* (2011). E. van den Berg, P. van Houwelingen en J. de Hart (red.). ISBN 978 90 377 0527 0
2011-7 *Gezinsrapport 2011* (2011). Freek Bucx (red.). ISBN 978 90 377 0538 6
2011-8 *Hoe cultureel is de digitale generatie? Het internetgebruik voor culturele doeleinden onder schoolgaande tieners* (2011). Marjon Schols, Marion Duimel en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0457 0
2011-10 *Kwetsbare ouderen* (2011). Cretien van Campen (red.). ISBN 978 90 377 0542 3
2011-11 *Minder voor het midden. Profijt van de overheid in 2007* (2011). Evert Pommer (red.), Jedid-Jah Jonker, Ab van der Torre, Hetty van Kampen. ISBN 978 90 377 0437 2
2011-12 *Wonen, wijken en interventies. Krachtwijkenbeleid in perspectief* (2011). Karin Wittebrood, Matthieu Permentier, m.m.v. Fenne Pinkster. ISBN 978 90 377 0065 7
2011-13 *Armoedegrens op basis van de budgetbenadering – revisie 2010* (2011). Arjan Soede. ISBN 978 90 377 0551 5
2011-14 *Werkgevers over de crisis* (2011). Edith Josten. ISBN 978 90 377 0543 0
2011-15 *Op weg naar een inclusieve arbeidsmarkt. Bijdragen van de sprekers op het symposium 15 oktober 2010, Den Haag* (2011). Gerda Jehoel-Gijsbers (red.). ISBN 978 90 377 0546 1

2011-16 *Eropuit! Nederlanders in hun vrije tijd buitenshuis* (2011). Desirée Verbeek en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0547 8

2011-17 *De opmars van het pgb. De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief* (2011). K. Sadiraj, D. Oudijk, H. van Kempen, J. Stevens. ISBN 978 90 377 0557 7

2011-19 *Kwetsbare ouderen in de praktijk. Een journalistieke samenvatting* (2011). Malou van Hintum. ISBN 978 90 377 0555 3

2011-20 *Dimensies van sociale uitsluiting. Naar een verbeterd meetinstrument* (2011). Stella Hoff en Cok Vrooman. ISBN 978 90 377 0532 4

2011-21 *Chinese Nederlanders. Van horeca naar hogeschool* (2011). Mérove Gijsberts, Willem Huijnk, Ria Vogels (red.). ISBN 978 90 377 0529 4

2011-22 *Gemengd leren. Etnische diversiteit en leerprestaties* (2011). Lex Herweijer. ISBN 978 90 377 0575 1

2011-23 *Voorbestemd tot achterstand? Armoede en sociale uitsluiting in de kindertijd en 25 jaar later* (2011). Maurice Guiaux m.m.v. Annette Roest en Jurjen Idema. ISBN 978 90 377 0577 5

2011-24 *Kinderen en internetrisico's. EU Kids Online onderzoek onder 9-16-jarige internetgebruikers in Nederland* (2011). Nathalie Sonck en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0576 8

2011-25 *De basis meester. Onderwijskwaliteit en basisvaardigheden* (2011). Monique Turkenburg. ISBN 978 90 377 0574 4

2011-26 *Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland 2011. Internationale vergelijking, ontwikkelingen en actuele situatie* (2011). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0579 9

2011-27 *Poolse migranten. De positie van Polen die vanaf 2004 in Nederland zijn komen wonen* (2011). Jaco Dagevos (red.). ISBN 978 90 377 530 0

2011-28 *Gewoon aan de slag? De sociale veiligheid van de werkplek voor homoseksuele mannen en vrouwen* (2011). Saskia Keuzenkamp en Ans Oudejans. ISBN 978 90 377 0581 2

2011-29 *Acceptance of homosexuality in the Netherlands 2011. International comparison, trends and current situation* (2011). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0580 5

2011-30 *Nederland in een dag. Tijdsbesteding in Nederland vergeleken met die in vijftien andere Europese landen* (2011). Mariëlle Cloïn, Carlijn Kamphuis, Marjon Schols, Annet Tiessen-Raaphorst en Desirée Verbeek. ISBN 978 90 377 0405 1

2011-31 *Overheid en onderwijsbestel. Beleidsvorming rond het Nederlandse onderwijsstelsel (1990-2010)* (2011). Ria Bronneman-Helmers. ISBN 978 90 377 0567 6

2011-32 *Frail older persons in the Netherlands* (2011). Cretien van Campen (ed.). ISBN 978 90 377 0553 9

2011-33 *Maten voor gemeenten. Een analyse van de prestaties van de lokale overheid* (2011). Evert Pommer en Ingrid Ooms, m.m.v. Saskia Jansen, Jedid-Jah Jonker, Hetty van Kempen en Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0585 0

2011-34 *Maak het nieuw! Over religieuze ontwikkelingen en de positie van de kerken: een persoonlijke geschiedenis* (2011). Joep de Hart. ISBN 978 90 377 0592 8

2011-35 *Oudere migranten. Kennis en kennislacunes* (2011, electronische publicatie). Maaike den Draak en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0597 3

2011-36 *Zorg in de laatste jaren. Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008* (2011). Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0586 7

2011-37 *Jeugdzorg in groeifase. Ontwikkelingen in gebruik en kosten van de jeugdzorg* (2011). Evert Pommer, Hetty van Kempen en Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0587 4

2011-38 *Verlof vragen. De behoefte aan en het gebruik van verlofregelingen* (2011). Edith de Meester en Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0589 8

2011-39 *De sociale staat van Nederland 2011* (2011). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Mariëlle Cloïn, Evert Pommer et al. ISBN 978 90 377 0558 4

2011-40 *Kunnen meer kinderen meedoen? Verandering in de maatschappelijke deelname van kinderen, 2008-2010* (2011). Annette Roest. ISBN 978 90 377 0570 6

2011-41 *Samenvatting Overheid en onderwijsbestel.* Ria Bronneman-Helmers. ISBN 978 90 377 0590-4

SCP-publicaties 2012

2012-1 *Niet alle dagen feest. Nieuwjaarsuitgave 2012* (2012). Paul Schnabel (red.). ISBN 978 90 377 0598 0

2012-2 *Waar voor ons belastinggeld? Prijs en kwaliteit van publieke diensten* (2012). Bob Kuhry en Flip de Kam (red.). ISBN 978 90 377 0596 6

2012-3 *Jaarrapport integratie 2011* (2012). Mérove Gijsberts, Willem Huijnk en Jaco Dagevos (red.). ISBN 978 90 377 0565 2

2012-4 *Bijzondere mantelzorg. Ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek* (2012). Y. Wittenberg, M.H. Kwekkeboom en A.H. de Boer. ISBN 978 90 377 0566 9

2012-5 *VeVeRa-1v. Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030* (2012). Evelien Eggink, Debbie Oudijk en Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0594 2

2012-6 *Van Anciaux tot Zijlstra. Cultuurparticipatie en cultuurbeleid in Nederland en Vlaanderen* (2012). Quirine van der Hoeven. ISBN 978 90 377 0583 6

2012-7 *Vraag naar arbeid 2011* (2012). Edith Josten, Jan Dirk Vlasblom, Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0601 7

2012-8 *Measuring and monitoring immigrant integration in Europe* (2012). Rob Bijl en Arjen Verweij (red.) ISBN 978 90 377 0569 0

2012-9 *IQ met beperkingen. De mate van versandelijke handicap van zorgvragers in kaart gebracht* (2012). Isolde Woittiez, Michiel Ras en Debbie Oudijk. ISBN 978 90 377 0602 4

2012-10 *Niet te ver uit de kast. Ervaringen van homo- en biseksuelen in Nederland* (2012). Saskia Keuzenkamp (red.), Niels Kooiman, Jantine van Lisdonk. ISBN 978 90 377 0603 1

2012-11 *The Social State of the Netherlands 2011. Summary* (2012). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Mariëlle Cloïn en Evert Pommer (red.) ISBN 978 90 377 0605 5

2012-13 *Sturen op geluk. Geluksbevordering door nationale overheden,gemeenten en publieke instellingen* (2012). Cretien van Campen, Ad Bergsma, Jeroen Boelhouwer, Jacqueline Boerefijn, Linda Bolier. ISBN 978 90 377 0608 6

2012-14 *Countries compared on public performance. A study of public sector performance in 28 countries* (2012). Jedid-Jah Jonker (red.). ISBN 978 90 377 0584 3

2012-15 *Versterking data-infrastructuur sport* (2012). Annet Tiessen-Raaphorst en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0613 0

2012-16 *De sociale staat van de gemeente. Lokaal gebruik van de scp-leefsituatie-index* (2012). Jeroen Boelhouwer (SCP), Rob Gilsing (Verwey-Jonker Instituut). ISBN 978 90 377 0612 3

2012-17 *Belemmerd aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen* (2012). Maroesjka Versantvoort en Patricia van Echtelt (red.). ISBN 978 90 377 0616 1

2012-20 *Verzorgd uit de bijstand. De rol van gedrag, uiterlijk en taal bij de re-integratie van bijstandsontvangers* (2012). Patricia van Echtelt en Maurice Guiaux. ISBN 978 90 377 0614 7

SCP-essays

1 *Voorbeelden en nabeelden* (2005). Joep de Hart. ISBN 90 377 0248-1
2 *De stem des volks* (2006). Arjan van Dixhoorn. ISBN 90 3770265-1
3 *De tekentafel neemt de wijk* (2006). Jeanet Kullberg. ISBN 90 377 0261 9
4 *Leven zonder drukte* (2006). Tjirk van der Ziel met een naschrift van Anja Steenbekkers en Carola Simon. ISBN 90 377 0262 7
5 *Otto Neurath en de maakbaarheid van de betere samenleving* (2007). Ferdinand Mertens. ISBN 978 90 5260 260 8

Overige publicaties

Hoe het ons verging... Traditionele nieuwjaarsuitgave van het SCP (2010). Paul Schnabel (red.). ISBN 978 90 377 0465 5

Wmo Evaluatie. Vierde tussenrapportage. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking; twee jaar na de invoering van de Wmo (2010). A. Marangos, M. Cardol, M. Dijkgraaf, M. de Klerk. ISBN 978 90 377 0470 9

Op *weg met de Wmo. Journalistieke samenvatting door Karolien Bais*. Mirjam de Klerk, Rob Gilsing en Joost Timmermans. Samenvatting door Karolien Bais (2010). ISBN 978 90 377 0469 3

NL Kids online. Risico's en kansen van internetgebruik onder jongeren (2010). Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0430 3

Kortdurende thuiszorg in de AWBZ. Een verkenning van omvang, profiel en afbakening (2010). Maaike den Draak. ISBN 978 90 377 0471 6

De publieke opinie over kernenergie (2010). Paul Dekker, Irene de Goede, Joop van der Pligt. ISBN 978 90 377 0488 4

Op maat gemaakt? Een evaluatie van enkele responsverbeterende maatregelen onder Nederlanders van niet-westerse afkomst (2010). Joost Kappelhof. ISBN 978 90 377 0495 2

Oudere tehuisbewoners. Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008-2009 (2010). Maaike den Draak. ISBN 978 90 377 0499 0

Kopers in de knel? Een scenariostudie naar de gevolgen van de crisis voor huiseigenaren met een hypotheek (2010). Michiel Ras, Ingrid Ooms, Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0498 3

Gewoon anders. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland (2010). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0502 7

De aard, de daad en het Woord. Een halve eeuw opinie- en besluitvorming over homoseksualiteit in protestants Nederland, 1959-2009 (2010). David Bos. ISBN 978 90 377 0506 5

Werkloosheid in goede banen. Bijdragen aan de SCP-studiemiddag 2010 (2010). Patricia van Echtelt (red.). ISBN 978 90 377 0516 4

Europa's welvaart. De Lissabon Agenda in een breder welvaartsperspectief en de publieke opinie over de Europese Unie (2010).Harold Creusen (CPB), Paul Dekker (SCP), Irene de Goede (SCP), Henk Kox (CPB), Peggy Schijns (SCP) en Herman Stolwijk (CPB). ISBN 978 90 377 0492 1

Maakt de buurt verschil? (2010). Merové Gijsberts, Miranda Vervoort, Esther Havekes en Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0227 9

Mantelzorg uit de doeken (2010). Debbie Oudijk, Alica de Boer, Isolde Woittiez, Joost Timmermans, Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0486 0

Monitoring acceptance of homosexuality in the Netherlands (2010).Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0484 6

Registers over wijken (2010). Matthieu Permentier en Karin Wittebrood (SCP), Marjolijn Das en Gelske van Daalen (CBS). ISBN 978 90 377 0499 0

Data voor scenario's en ramingen van de GGZ (2010). Cretien van Campen. ISBN 978 90 377 0494 5

Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 1 (2010). Paul Dekker, Josje den Ridder en Irene de Goede. ISBN 978 90 377 0490 7
Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 2 (2010). Josje den Ridder en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0507 2
Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 3 (2010). Josje den Ridder, Lonneke van Noije en Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0508
Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 4 (2010). Josje den Ridder, Paul Dekker en Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0531 7
Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2011. Deel 1 (2011). Eefje Steenvoorden, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0549 2
Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2011. Deel 2 (2011). Josje de Ridder, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0564
Burgerperspectieven 2011 | 3 (2011). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0582 9
Advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp 2012 (2011). *Ab van der Torre, Saskia Jansen en Evert Pommer.* ISBN 978 90 377 0573 7 (webpublicatie)
Oudere migranten . Kennis en kennislacunes (2011). Maaike den Draak en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0597 3 (webpublicatie)
Armoedesignalement 2011 (2011). CBS/SCP. ISBN 978 90 357 1870 8
Burgerperspectieven 2011 | 4 (2012). Josje den Ridder, Jeanet Kullberg en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0593 5
Burgerperspectieven 2012 | 1 (2012). Paul Dekker, Josje den Ridder en Paul Schnabel. ISBN 978 90 377 0607 9