



Opdrachtgever

SCP
TNO
CBS
UWV

Onderzoek

Einddatum – 26 oktober 2016

Categorie

Re-integratiemarkt

Beperkt in functie

Tendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen

Conclusie

Deze rapportage van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) brengt trends in ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen in kaart. Daarnaast gaat dit rapport over de bereidheid van werkgevers om mensen met gezondheidsbeperkingen in dienst te nemen en over de ervaringen van mensen met gezondheidsbeperkingen op de arbeidsmarkt.

Belangrijke conclusies uit het rapport zijn:

Mensen melden zich minder snel ziek in crisistijd; het ziekteverzuim in 2014 was het laagste percentage in de periode 2007-2014, in 2015 nam het weer toe.

Mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering of arbeidshandicap hebben minder vaak betaald werk. Het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen daalt. De aandacht van werkgevers voor arbobeleid is in de periode 2008-2014 gedaald. In 2014 had 9% van de werkgevers specifiek beleid om mensen uit kwetsbare groepen in dienst te nemen.

Van de mensen die nu niet werken (arbeidsongeschikten niet meegeteld) zegt een kwart dat een gezondheidsbeperking de belangrijkste reden is dat zij geen werk zoeken.

Mensen met gezondheidsbeperkingen ervaren slechtere (sociale) omstandigheden op het werk; ze voelen zich vaker gepest en ervaren minder mogelijkheden om door te groeien.

Aan het rapport is meegewerkt door het CBS, TNO en UWV.

Link naar bestand

<http://www.onderzoekwerkeninkomen.nl/rapporten/ygutde8a>



Beperkt in functie

Tendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen



Beperkt in functie

Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen

Redactie:

Maroesjka Versantvoort

Patricia van Echtelt

Sociaal en Cultureel Planbureau

Den Haag, oktober 2016

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; en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2016

SCP-publicatie 2016-29

Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: Mantext, Moerkapelle

Vertaling samenvatting: AVB-vertalingen, Amstelveen

Omslagontwerp: bureau Stijlzoorg, Utrecht

Foto omslag: Werry Crone | Hollandse Hoogte

ISBN 978 90 377 0808 0

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

Postbus 16164

2500 BD Den Haag

www.scp.nl

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

De webversie van deze publicatie wijkt in opmaak iets af van de gedrukte, papieren versie. Bij verwijzingen naar pagina's van deze editie daarom vermelden dat naar de webversie is verwezen.

Voorwoord	5
Samenvatting en conclusies <i>Patricia van Echtelt en Maroesjka Versantvoort</i>	6
1 Inleiding <i>Patricia van Echtelt en Maroesjka Versantvoort</i>	17
1.1 Beleidscontext	17
1.2 Vraagstelling en opzet van het rapport	19
1.3 Definities van mensen met gezondheidsbeperkingen	20
Literatuur	22
2 Trends in ziekteverzuim <i>Karolus Kraan, Irene Houtman en Seth van den Bossche (TNO)</i>	23
2.1 Inleiding	23
2.2 Verzuim in 2014	24
2.3 Het verzuim van specifieke, kwetsbare groepen	26
2.4 Economische recessie en gevolgen voor het ziekteverzuim	32
2.5 Samenvatting en conclusies	41
Bijlage bij hoofdstuk 2	44
Noten	45
Literatuur	45
3 Trends in arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname <i>Katinka van Brakel, Cora van Horssen, Jolanda van Rijssen (uwv)</i>	47
3.1 Ontwikkelingen in arbeidsongeschiktheidsverzekeringen	49
3.2 Ontwikkelingen in volume, in- en uitstroom WAO/WIA-uitkeringen	51
3.3 Ontwikkelingen in volume, in- en uitstroom Wajong-uitkeringen	58
3.4 Ontwikkelingen in arbeidsdeelname van WAO'ers en WGA'ers	62
3.5 Ontwikkelingen in arbeidsdeelname van Wajongers	65
3.6 Samenvatting en conclusies	66
Noten	68
Literatuur	68

4	Arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering <i>Patricia van Echtelt</i>	69
4.1	Gezondheid en samenleving	69
4.2	Arbeidsgehandicapten en arbeidsdeelname	71
4.3	Gezondheid als motief om niet of minder te werken	83
4.4	Arbeidsethos, levensgeluk en kansen op de arbeidsmarkt van mensen met gezondheidsbeperkingen	90
4.5	Samenvatting en conclusies	95
	Noten	97
	Literatuur	97
5	Verzuimbeleid tijdens recessiejaren: het werkgeversperspectief <i>Irene Houtman en Karolus Kraan (TNO)</i>	99
5.1	Inleiding	99
5.2	Gebruikte data	101
5.3	Trends in arbo-, verzuim- en reïntegratiebeleid van organisaties	102
5.4	Trends in het beleid van organisaties gericht op duurzame inzetbaarheid van werknemers	107
5.5	Trends in het bedrijfsbeleid ten aanzien van kwetsbare groepen	110
5.6	Wat drijft werkgevers: de rol van gezondheid	112
5.7	Samenvatting en conclusies	117
	Bijlage bij hoofdstuk 5	120
	Noten	127
	Literatuur	127
6	Werkbeleving en tevredenheid van werknemers met een beperking <i>Maroesjka Versantvoort</i>	130
6.1	Inleiding	130
6.2	Werkbeleving, omgangsvormen en welzijn van arbeidsbeperkten	133
6.3	Werkomstandigheden, tevredenheid en geluk	149
6.4	Samenvatting en conclusies	152
	Noten	153
	Literatuur	153
	Summary	155
	Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	165

Voorwoord

Jarenlang stonden het in internationaal perspectief hoge aantal arbeidsongeschikten en het hoge ziekteverzuim bovenaan de politieke agenda in Nederland. De aandacht in het beleid verschoof daarop: van inkomensbescherming naar activering en re-integratie.

De participatiemaatschappij, waarin iedereen naar vermogen deelneemt op de arbeidsmarkt, werd als ideaalbeeld neergezet.

Voorwaarde om te komen tot zo'n maatschappij is dat iedereen ook kansen geboden worden om te participeren. Betrokkenheid van werkgevers is daarbij essentieel. Deze rapportage zoomt in op die werkgevers. Wat zijn hun overwegingen bij het aannemen of ontslaan van mensen en welke rol speelt gezondheid daarbij? Wat doen ze ter bevordering van de gezondheid van hun werknemers? Ook richt de rapportage zich op werknemers met beperkingen: hoe vergaat het hun op de arbeidsmarkt? Ervaren zij dezelfde kansen als mensen zonder beperkingen? En hoe tevreden zijn ze met hun werk?

We hebben de afgelopen jaren een verdere daling van het ziekteverzuim gezien en het volume in de arbeidsongeschiktheidsregelingen. Tegelijkertijd zien we dat ondanks de inzet op activering en re-integratie, de arbeidsdeelname van mensen met een beperking daalde. Deze rapportage richt de aandacht op aspecten die hierbij een rol spelen: de afwegingen die werkgevers maken in het nadeel van mensen met gezondheidsklachten, en de als minder positief ervaren omstandigheden waaronder mensen met een gezondheidsbeperkingen aan het werk zijn.

De afgelopen jaren is de inzet op activering en re-integratie alleen nog maar vergroot; zo trad in 2015 de Participatiewet in werking. Het is nu nog te vroeg om in beeld te kunnen brengen welke implicaties dit heeft voor de brede groep van mensen met gezondheidsproblemen of beperkingen, en in het bijzonder voor hun arbeidsdeelname. Voor de komende jaren is het wel van belang de ontwikkelingen voor deze groep te blijven monitoren en duiden.

Evenals in de vorige edities van de *Rapportage ziekteverzuim* werkte het Sociaal en Cultureel Planbureau samen met TNO en UWV. Het Centraal Bureau voor de Statistiek bood ondersteunende diensten.

Prof. dr. Kim Putters

Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Samenvatting en conclusies

Patricia van Echtelt en Maroesjka Versantvoort

Ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en de arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen hebben de laatste decennia veel aandacht gevraagd van beleidsmakers. Diverse maatregelen zijn ingevoerd om het ziekteverzuim en volume in de arbeidsongeschiktheidsregelingen te verlagen en de arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen te verhogen. In het beleid op het terrein van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid werd de afgelopen decennia steeds gezocht naar een evenwicht tussen inkomensbescherming en activering. Aanvankelijk lag de nadruk vooral op inkomensbescherming voor mensen die door ziekte niet of niet volledig konden werken. Toen in de jaren negentig van de vorige eeuw het volume in de sociale zekerheid fors toenam, is meer aandacht gekomen voor activering. Beleidswijzigingen hadden onder andere tot doel werkgevers en werknemers meer verantwoordelijkheid te geven voor re-integratie op de arbeidsmarkt. In deze vierde editie van de trendrapportage schetsen we de ontwikkelingen in ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en de arbeidsdeelname van personen met gezondheidsbeperkingen, en gaan we na of de ontwikkelingen zich bewegen in de door het beleid gewenste richting. Naast het beschrijven van deze trends, krijgen twee thema's wat meer aandacht: de rol van werkgevers en de vraag hoe het arbeidsgehandicapten vergaat op de werkvloer. Een belangrijke voorwaarde voor het slagen van het beleid is dat werkgevers zich inzetten voor mensen met beperkingen. Als mensen met gezondheidsbeperkingen aan het werk zijn, hoe is het dan gesteld met hun arbeidscondities en hun sociale integratie in vergelijking met mensen zonder beperkingen?

De volgende vragen staan in het rapport centraal:

- Hoe hebben ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie van mensen met gezondheidsbeperkingen zich het afgelopen decennium ontwikkeld?
- In hoeverre zijn werkgevers bereid mensen met gezondheidsbeperkingen in dienst te nemen? Welke ontwikkelingen doen zich voor in het arbo- en verzuimbeleid van werkgevers en wat doen werkgevers om werknemers duurzaam inzetbaar te houden?
- Hoe vergaat het mensen met gezondheidsbeperkingen op de werkvloer? Zijn zij tevreden over hun (arbeids)situatie? In hoeverre verschillen de arbeidservaringen van mensen met en zonder gezondheidsbeperkingen van elkaar?

Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid daalden, maar arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen ook

Het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid ontwikkelen zich grotendeels in de door de overheid gewenste richting, maar dat geldt niet voor de arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen. Waar het ziekteverzuim en het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen daalden, daalde ook het aandeel arbeidsongeschikten dat werkt, ondanks de

sterke nadruk op activering in het beleid. Overigens is niet te zeggen of de ontwikkelingen veroorzaakt zijn door het overheidsbeleid of door andere factoren, zoals de economische crisis; dit rapport omvat geen beleidsevaluatie of effectanalyse.

Ziekteverzuim daalde tijdens de economische crisis

Het ziekteverzuim van werknemers laat de laatste jaren een dalende tendens zien. Van het aantal werkdagen dat werknemers zouden moeten werken, werd in 2014 gemiddeld 3,7% verzuimd. Dit is het laagste percentage in de periode 2007-2014. Het ziekteverzuim daalde van 4,1% in 2012 naar 3,7% in 2014. In 2015 nam het weer iets toe naar 4%. Maar terwijl het verzuim gemiddeld daalde, bleef het onder 55-plussers constant. Mogelijk komt dit doordat de gemiddelde leeftijd van de groep oudere werknemers hoger ligt in de latere jaren en deze groep verhoudingsgewijs bestaat uit meer werknemers met een minder goede gezondheid; de afschaffing van regelingen voor vervroegde uittreding kan hiervan mede een oorzaak zijn.

Het verzuimpercentage is hoger dan gemiddeld onder ouderen, arbeidsgehandicapten, werknemers met een vast contract, mantelzorgers en werknemers die recentelijk een reorganisatie hebben meegemaakt. Vergeleken met werknemers is onder zelfstandigen (met of zonder personeel) het ziekteverzuimpercentage laag. Opvallend is dat juist tijdens de economische crisis het ziekteverzuim daalde. Ook uit ander onderzoek is bekend dat als het economisch slechter gaat, minder werknemers zich ziek melden. Een mogelijke verklaring is een selectie-effect: werknemers met een hoog ziekteverzuim raken eerder hun baan kwijt. Een lager ziekteverzuim zou dus een lagere arbeidsdeelname van de meer risicovolle groepen kunnen betekenen. Een andere mogelijke verklaring is een gedragseffect: werknemers melden zich minder snel ziek uit angst voor baanverlies. Zieke werknemers gaan dan toch werken, terwijl het voor hun gezondheid beter zou zijn om uit te zieken.

Minder arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, met uitzondering van Wajong

Bij het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen zette de dalende trend van de afgelopen jaren eveneens door. Tot 2002 nam het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen toe. Daarna daalde het aantal van ruim 993.000 in 2002 naar ruim 808.000 eind 2015. Het gaat daarbij om het aantal uitkeringen op grond van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wajong) en Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ). De WAZ is in 2004 afgeschaft en de WAO is in 2006 vervangen door de WIA. Deze regelingen zijn dus niet meer toegankelijk voor nieuwe arbeidsongeschikten, maar bestaande uitkeringen lopen nog steeds door. Deze dalende tendens wordt toegeschreven aan de toegenomen verantwoordelijkheid van werkgevers voor verzuimpreventie en de re-integratie van zieke werknemers, door onder andere de invoering van de Wet verbetering poortwachter (Wvp) uit 2002 en de Wet loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (Wvlz) uit 2004 (zie o.a. Cuelenaere en Veerman 2011). Een uitzondering in de daling van het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen is de Wajong: het aantal Wajong-uitkeringen steeg sinds 2002 en de instroom is in 2014 meer dan verdubbeld ten

opzichte van die in 2002. Ook na de invoering van de nieuwe Wajong (nWajong) in 2010 bleef het volume toenemen. Vanaf 1 januari 2015 is met de invoering van de Participatiewet de Wajong gewijzigd en valt de nieuwe instroom aan jonggehandicapten met arbeidsvermogen onder de Participatiewet. Alleen jonggehandicapten die volledig en duurzaam geen arbeidsvermogen hebben, komen in de Wajong 2015 terecht. De nieuwe instroom in de Participatiewet (thans onder de verantwoordelijkheid van gemeenten) valt buiten dit rapport, maar zal worden onderzocht in de eindevaluatie van de Participatiewet, die het Sociaal en Cultureel Planbureau in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid uitvoert.

Arbeidsdeelname mensen met gezondheidsbeperkingen nam af

In tegenstelling tot de positieve ontwikkeling in ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, daalde de arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen. Was het aandeel werkenden bij gedeeltelijk arbeidsongeschikten (wGA'ers) in 2008 nog meer dan 55%, in 2014 is het gedaald naar 43%. Ook het aandeel werkenden onder mensen met een Wajong-uitkering daalde: van 26% in 2008 naar 22% eind 2014. Ondanks het activerender beleid komen arbeidsongeschikten dus nog moeilijk aan het werk. Een mogelijke verklaring is dat de samenstelling van de groep is veranderd: de instroom in wIA/wGA bestaat voor een steeds groter deel uit ouderen, mensen met psychische problemen en vangnetters (mensen die geen werkgever hebben op het moment dat ze arbeidsongeschikt worden). Deze groepen hebben gemiddeld een lagere kans op een baan. Overigens is het absolute aantal arbeidsongeschikten met een wGA- of Wajong-uitkering dat aan het werk is, wel gestegen. De toename van het aantal wGA'ers en Wajongers is echter groter dan de toename in het aantal werkende wGA'ers, waardoor het aandeel werkende arbeidsongeschikten daalde. Ook de arbeidsdeelname van personen die geen recht hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, maar wel een arbeidshandicap hebben, daalde in de periode 2008-2014. Naast het samenstellingseffect zal ook de economische crisis hierbij een rol gespeeld hebben. Deze rapportage laat immers zien dat in economisch slechtere tijden werkgevers de selectie van werknemers (bv. voor een opleidingstraject, voor ontslag bij reorganisatie) voor een groot deel af laten hangen van de gezondheid van die werknemers.

Werkgevers minder aandacht voor arbobeleid

Een belangrijke voorwaarde om de arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen te laten stijgen, is dat werkgevers bereid zijn zich in te zetten voor zieke werknemers. De tweede onderzoeksvraag richt zich daarom op de mate waarin werkgevers bereid zijn zich in te zetten voor mensen met gezondheidsbeperkingen, de ontwikkelingen die zich voordoen in het arbo- en verzuimbeleid van werkgevers en de maatregelen die werkgevers nemen om werknemers duurzaam inzetbaar te houden. De resultaten uit dit rapport laten zien dat op een aantal punten nog werk is te verzetten.

Ten eerste blijkt uit de cijfers van een grootschalige enquête onder werkgevers dat de aandacht voor arbobeleid in de periode 2008-2014 is gedaald. Zo maken werkgevers minder vaak een risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E), sluiten zij minder vaak een contract met

een arbodienst of alternatieve instantie, en nemen zij minder vaak nieuwe maatregelen gericht op de aanpak van arborisico's. De licht neergaande trend in de naleving van de meeste verplichtingen (met uitzondering van de RI&E) komt overeen met onderzoek op basis van bedrijfsbezoeken, uitgevoerd door de Inspectie szw over de periode 2008-2014 (Inspectie szw 2015). Ook het rapport *Vraag naar arbeid 2015* van het scp (Van Echtelt et al. 2015) laat zien dat werkgevers arbeidsomstandigheden een steeds minder hoge prioriteit gaven in het personeelsbeleid in de periode 2007-2013. De toekomst moet uitwijzen of de verminderde aandacht van werkgevers voor arbobeleid conjunctureel of structureel van aard is. De ontwikkelingen kunnen ook te maken hebben met de wijzigingen in de arbo-wetgeving in 2007, waarbij sociale partners meer eigen verantwoordelijkheid kregen op het terrein van arbeidsomstandigheden.

Ten tweede tonen de cijfers dat een beperkt aandeel werkgevers in 2014 specifiek beleid voerde om mensen uit kwetsbare groepen (waaronder mensen met een chronische aandoening) in dienst te nemen (9%). Het aandeel werkgevers dat in de afgelopen twee jaar bewust personen uit deze groep in dienst heeft genomen, is 16%. De meest genoemde reden om geen beleid te voeren op kwetsbare groepen is dat het werk zich er niet voor leent.

Ten derde vinden werkgevers het weliswaar in toenemende mate van belang dat werknemers langer doorwerken, maar ze zetten hier niet navenant op in. Het aandeel ontzietmaatregelen neemt af (minder uren werken, lichter werk, flexibeler werk, enz.). Deze afname van ontzietmaatregelen stemt overeen met het streven van de overheid om collectieve ontzietmaatregelen te verminderen, de kosten van oudere werknemers te laten dalen, en hen zo aantrekkelijker te maken voor werkgevers (TK 2015/2016b). De andere kant van de medaille is dat er ook slechts in beperkte mate ontwikkelmaatregelen worden getroffen (zoals scholing, doorstroom naar andere functies, enz.), terwijl de overheid juist deze maatregelen wel verwacht van werkgevers.

Gezondheid belangrijk selectie criterium voor werkgevers

Terwijl werkgevers minder aandacht aan arbobeleid zijn gaan geven, nemen zij wel in belangrijke mate de gezondheid van hun werknemers mee in hun oordeel over hen en de mogelijkheden die zij hun bieden. Uit een vignetstudie, waarin werkgevers in een experimentele benadering verschillende keuzemogelijkheden voorgelegd krijgen, blijken het ziekteverzuim en de gezondheidsklachten de meest bepalende van de voorgelegde kenmerken te zijn bij de keuze een werknemer te behouden of een vast contract aan te bieden. Kenmerken als uitstekend functioneren en leeftijd hebben minder impact op werkgeversbeslissingen over behoud van de werknemer dan diens gezondheid (uitgaande van dezelfde *human capital*-kenmerken).

Een aandachtspunt bij deze constatering is de flexibilisering van de arbeidsrelaties. Uit de cijfers blijkt dat van de tijdelijke werknemers degenen die ziek zijn geweest of een minder goede gezondheid hebben, twee jaar later vaker niet meer in loondienst werkzaam zijn dan gezonde werknemers, meestal doordat zij werkloos zijn geworden. Op een flexi-

bele arbeidsmarkt lijkt een situatie van *survival of the fittest* dus relatief sterk aanwezig. De flexibele arbeidsmarkt zou mensen uit kwetsbare groepen juist kansen kunnen bieden, doordat werkgevers risico's kunnen mijden door mensen niet direct in vaste dienst te nemen. Als gezondheid echter een belangrijk selectiecriteria is voor het behoud van werknemers, dan zullen de mensen met gezondheidsbeperkingen blijvend weinig kansen hebben op de arbeidsmarkt. Vanuit het perspectief van werkgevers is dit wel te begrijpen vanwege de kosten van verzuim. Mogelijk kunnen regelingen die deze risico's reduceren, zoals no-riskregelingen of korting of vrijstelling van premies sociale verzekeringen, enig soelaas bieden. Veel werkgevers zijn echter nog niet bekend met dergelijke regelingen (Van Echtelt et al. 2015). Een betere bekendheid ermee zou het gebruik ervan kunnen verhogen en ertoe kunnen leiden dat werkgevers meer bereid zijn mensen met gezondheidsbeperkingen in dienst te nemen of houden.

Tegelijkertijd moet hier ook niet te veel van verwacht worden: in de vorige editie van de trendrapportage (Versantvoort en Van Echtelt 2012) werd op basis van een literatuurstudie geconcludeerd dat een werknemer met gezondheidsbeperkingen ondanks een financiële tegemoetkoming niet veel aantrekkelijker wordt voor een werkgever, vanwege de hoge transactiekosten. Soms wordt verondersteld dat de aangescherpte verplichtingen voor werkgevers ertoe hebben bijgedragen dat zij minder bereid zijn mensen met gezondheidsbeperkingen in dienst te nemen. Zo is de verplichte loondoorbetaling in Nederland veel langer (twee jaar) dan elders in Europa (doorgaans enkele weken of maanden). Vooral voor kleinere werkgevers zou dit moeilijk op te brengen zijn. Bovendien zou het werkgevers ervan weerhouden om werknemers in vaste dienst aan te nemen, vooral wanneer het werknemers uit een groep met een hoger risico betreft, zoals ouderen en mensen met gezondheidsbeperkingen. Hoewel de regeling een positieve bijdrage lijkt te hebben geleverd aan het terugdringen van het ziekteverzuim en het volume in de arbeidsongeschiktheidsregelingen, kan een ongewenst neveneffect zijn dat het voor de arbeidsdeelname van mensen met beperkingen juist een belemmerende factor is. In dit kader heeft de minister van szw een advies gevraagd aan de Sociaal-Economische Raad over een integraal stelsel van loondoorbetaling bij ziekte voor zowel werknemers als zzp'ers, dat in het najaar van 2016 zal verschijnen (SER 2016; TK 2015/2016a). Ook de positie van zieke zzp'ers vraagt de laatste jaren steeds meer aandacht, doordat het aandeel werkenden dat als zzp'er werkzaam is, in omvang toeneemt.

Gezondheid ook voor mensen zelf reden om niet te werken

Het huidige overheidsbeleid is sterk gestoeld op het idee dat werken goed is voor mensen en dat iedereen, gezond of minder gezond, zou moeten kunnen deelnemen op de arbeidsmarkt. Het verrichten van betaald werk is steeds meer de norm geworden. Alleen van personen die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn (personen met een uitkering op grond van de Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten (IVA) en een deel van de Wajongers) wordt niet verwacht dat zij betaald werk verrichten. Niettemin kan het voor sommige mensen een relatief zware opgave zijn om ondanks hun ziekte of handicap te participeren op de arbeidsmarkt, bijvoorbeeld doordat werken hun relatief veel energie kost

of doordat zij onder minder gunstige omstandigheden werkzaam zijn. Ook is er de mogelijkheid dat zij door werkgevers (of collega's) onheus worden behandeld.

De derde onderzoeksvraag in dit rapport is hoe het mensen met gezondheidsbeperkingen vergaat op de werkvloer. De cijfers laten ten eerste zien dat voor een aanzienlijk deel van de bevolking een slechte gezondheid een reden is om niet te werken. Wanneer we mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering niet meetellen, dan heeft bijna een op de tien personen van 15-64 jaar een arbeidshandicap, dat wil zeggen dat hun gezondheid hen naar eigen zeggen belemmert bij het uitoefenen of verkrijgen van werk. Dit aandeel is vooral hoog onder bijstandontvangers (48%) en personen met een werkloosheidsuitkering (12%). Voor mensen die nu niet werken, blijkt hun ervaren gezondheid vaak een reden te zijn om niet naar werk te zoeken. Bijna een kwart (23%) niet-werkenden die geen arbeidsongeschiktheidsuitkering hebben en niet op zoek zijn naar werk, noemt een slechte gezondheid als belangrijkste motief om niet aan het werk te gaan. Ze schatten dus in dat betaald werk in zichzelf te zwaar zal zijn, of dat de eisen van de werkgever uiteindelijk te hoog zullen blijken.

Ten tweede blijkt dat werkende arbeidsgehandicapten relatief vaak minder uren willen werken en vervroegd willen uittreden. De gewenste arbeidsduur en de gewenste uittredeleeftijd wijken bij hen vaker af van de feitelijke situatie dan bij mensen zonder arbeids handicap. Blijkbaar participeren ze wel, maar zouden ze dat liever wat minder doen. Mogelijk komt dit doordat het werk hun relatief zwaar valt. Wel blijkt dat een betaalde baan voor zowel mensen met als mensen zonder arbeidshandicap positief bijdraagt aan het levensgeluk. Voor arbeidsgehandicapten is deze samenhang echter kleiner dan voor mensen zonder beperking.

Omstandigheden op de werkvloer slechter voor mensen met gezondheidsbeperkingen

Dit rapport laat verder zien dat de (sociale) omstandigheden van mensen met een arbeidshandicap relatief ongunstig zijn. Zo heeft 16% van de werkenden met een zichtbare aandoening of beperking wel eens of vaak te maken met pesten op de werkvloer, terwijl dit bij werkenden zonder (zichtbare) aandoening 9% is. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om het negeren van een mening, het overdreven nauwkeurig controleren van het werk, het ontnemen van verantwoordelijkheden of het toebedelen van onplezierige taken, het maken van grappen, uiten van beschuldigingen, sarcastische opmerkingen of beledigingen. Ook zeggen zij vaker dan mensen zonder beperking dat de kansen die ze krijgen op het werk minder zijn dan die van collega's met gelijke opleiding en ervaring. Zo vinden ze vaker dan mensen zonder beperkingen dat ze minder verdienen (32% versus 23%), minder promotiekansen hebben (34% versus 22%), minder ontwikkelingsmogelijkheden krijgen (30% versus 17%) en minder opleiding ontvangen (25% versus 15%). Ook wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in achtergrondkenmerken, zoals leeftijd en opleidingsniveau, blijven deze verschillen bestaan.

(Emotionele) uitputting door het werk wordt wat vaker gevoeld door mensen met een zichtbare aandoening of beperking. Zo voelt 13% zich ten minste wekelijks compleet uitgeput door het werk, terwijl dit bij mensen zonder (zichtbare) aandoening of beperking 8% is. Deze minder aantrekkelijke omstandigheden hangen samen met een grotere ontevredenheid met het werk en gevoelens van niet-geluk met het leven, die mensen met zichtbare aandoeningen of beperkingen ervaren. Opvallend (en vanuit het streven naar gelijke behandeling zorgwekkend) is dat terwijl mensen met gezondheidsbeperkingen vaker het gevoel hebben achtergesteld of gepest te worden op het werk, zij minder vaak op zoek gaan naar ander werk dan mensen zonder beperking. Mogelijk calculeren mensen met gezondheidsbeperkingen de slechtere omstandigheden al in en verwachten zij in een andere werkomgeving gelijke situaties of een kleinere kans op het vinden van ander werk. Ook kan een gebrek aan energie of een ander aspect van een beperking ertoe leiden dat men minder gemakkelijk solliciteert. Additioneel onderzoek op dit terrein is nodig om hier de vinger precies op te kunnen leggen.

Aandachtspunten en risicofactoren

De ontwikkelingen in het ziekteverzuim en het volume in de arbeidsongeschiktheidsregelingen laten de laatste jaren een dalende tendens zien. Hoewel deze ontwikkelingen positief zijn, is er wel een aantal aandachtspunten voor de toekomst. Veranderingen op de arbeidsmarkt vragen aandacht, omdat ze hun weerslag kunnen hebben op het ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Naast de eerdergenoemde flexibilisering van de arbeidsrelaties, zijn dat met name de vergrijzing, de groei van het aandeel werkende mantelzorgers en de toename van het aandeel psychische klachten.

Door de verhoging van de pensioenleeftijd en de vergrijzing neemt het aantal oudere werknemers toe: ouderen maken een steeds groter deel uit van de werkende bevolking. Echter, met het stijgen van de leeftijd wordt de kans op chronische ziekten en handicaps groter, waardoor het gemiddelde ziekteverzuim in de komende jaren hoger kan worden. Ouderen verzuimen niet zozeer vaker, als wel gemiddeld langer dan jongeren. Het is dus niet onwaarschijnlijk dat een verdere stijging van de arbeidsdeelname van ouderen en het verhogen van de pensioenleeftijd het ziekteverzuim in de toekomst doet toenemen. Beleidsmatig is er nu al veel aandacht voor de duurzame inzetbaarheid van werkenden – het streven mensen tot aan hun pensioenleeftijd inzetbaar te houden op de arbeidsmarkt, waarbij een goede gezondheid een belangrijke rol speelt (STAR 2013; TK 2013/2014). De overheid wil dat het gebruik van collectieve ontzietmaatregelen voor ouderen, zoals vrije dagen, een kortere werkweek en vrijstellen van bepaalde werkzaamheden, afneemt. Of dit wenselijk is, wordt soms in twijfel getrokken (zie bv. De Lange en Van Dartel 2015). Wellicht zijn dergelijke maatregelen voor de individuele werknemer toch nodig, om te voorkomen dat met het verhogen van de pensioengerechtigde leeftijd meer mensen in de arbeidsongeschiktheidsregelingen terechtkomen.

Ziekteverzuim is ook relatief hoog onder mantelzorgers. Dit verband is deels te verklaren door leeftijd: mantelzorg wordt relatief vaak verleend door 45-plussers. De overheid wil dat mensen meer verantwoordelijkheid nemen voor de zorg voor naasten. Dit streven kreeg onder andere gestalte door de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007. Het aandeel mensen dat betaald werk combineert met mantelzorg nam het afgelopen decennium toe (Josten en De Boer 2015). Een ongewenst neveneffect van dit beleid zou kunnen zijn dat het aandeel mensen met vermoeidheidsklachten toeneemt. Onderzoek laat zien dat het verlenen van mantelzorg door werkenden samen gaat met meer combinatiedruk, psychische vermoeidheid en een hoger ziekteverzuim (zie bv. Broese van Groenou et al. 2015; Josten en De Boer 2015). Hoewel het aandeel werkenden dat mantelzorg verleent nog relatief laag is, groeit de groep werkende mantelzorgers wel. Hoewel nu nog niet zichtbaar, is het mogelijk dat het ziekteverzuim voor deze groep in de toekomst zal toenemen.

De combinatie van arbeid en zorg staat al langere tijd op de beleidsagenda, vooral als het gaat om de zorg voor jonge kinderen. Combinatiedruk doet zich echter niet alleen voor bij jonge gezinnen in het spitsuur van het leven, maar speelt in toenemende mate ook bij oudere werknemers die de zorg voor naasten op zich nemen. Recentelijk zijn regelingen voor flexibel werken en het opnemen van verlof verruimd. Dat flexibele werktijden en thuiswerken combinatiedruk ook daadwerkelijk verminderen, is echter niet eenduidig aangetoond (Mattijssen et al. 2016). Sommige onderzoeken vinden een positief effect, in ander onderzoek wordt dit effect niet gevonden of is het juist negatief. Onderzoek benadrukt wel het belang van de sociale aspecten binnen een arbeidsorganisatie en van een goede en langdurige werknemer-werkgeverrelatie. Zo blijkt sociale steun van de leidinggevende een belangrijke factor bij het verminderen van combinatiedruk (Broese van Groenou et al. 2015; Mattijssen et al. 2016).

Opvallend is dat een groot deel van instroom in de arbeidsongeschiktheidsregelingen (wga) mensen met psychische aandoeningen betreft (zie hoofdstuk 3). Dit aandeel is in de periode 2008-2014 relatief sterk gestegen. De cijfers laten ook zien dat werkgevers sociaal-psychologische aspecten veruit het belangrijkste arbeidsrisico vinden. Werkdruk wordt bijvoorbeeld door bijna de helft van de werkgevers als groot arborisico aangemerkt. Dit aandeel is bovendien gestegen in de periode 2010-2014. Opvallend is daarom dat werkgevers relatief weinig maatregelen nemen om deze problematiek het hoofd te bieden. Uit onderzoek blijkt ook dat werkgevers het vaak lastig vinden om dit aan te pakken (TNO 2012). De overheid erkent de problematiek en heeft psychosociale arbeidsbelasting expliciet op de agenda gezet in het kader van het beleidsprogramma Duurzame inzetbaarheid. Het doel is onder andere werkgevers en werknemers meer bewust te maken van de risico's en het onderwerp bespreekbaar te maken op de werkvloer. Vroege signalering is daarbij van belang. Zo lanceerde de Inspectie szw recentelijk een praktisch instrument (de website <http://werkdrukongewenstgedrag.zelfinspectie.nl>) voor werkgevers waarmee ze kunnen beoordelen of de aanpak van werkdruk binnen hun organisatie goed is geregeld (Inspectie szw 2016). Het is wel de vraag of dergelijke maatregelen voldoende tegenwicht bieden aan

maatschappelijke ontwikkelingen die de druk op werknemers alleen maar doen toenemen, zoals de eerdergenoemde toename in het aandeel werkende mantelzorgers (zie Van Ech-
telt 2014).

Ook het aantal jongeren dat in de Wajong instroomt vanwege een ontwikkelingsstoornis, zoals een verstandelijke beperking, is sterk gestegen. Mogelijk is het vanwege de eisen van de maatschappij lastiger geworden om zonder ondersteuning goed te functioneren op school en op de arbeidsmarkt (Woittiez et al. 2014). Soms wordt impliciet verondersteld dat kwetsbare groepen (bv. Wajongers) door gewenning en ervaring op de werkplek op den duur geen begeleiding meer nodig hebben. Een deel van deze groep zal echter structureel en ook op de langere termijn ondersteuning nodig hebben om aan het werk te blijven (zie bv. Horssen et al. 2009). Sinds de invoering van de Participatiewet vallen Wajongers met arbeidsvermogen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. De toekomst moet uitwijzen of gemeenten voldoende middelen inzetten (en tot hun beschikking hebben) om deze blijvende ondersteuning te bieden.

Tot slot

Dit rapport schetst de ontwikkelingen op het terrein van ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en de arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen, maar maakt ook duidelijk dat de cijfers in een bredere context geplaatst moeten worden en niet los kunnen worden gezien van andere ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Een laag ziekteverzuim is op zichzelf gunstig te noemen, maar kan ook duiden op selectie-effect van werkgevers (werknemers met een hoog verzuim verliezen eerder hun baan) of het ziek doorwerken van werknemers (presenteïsme). De afname in het volume van de arbeidsongeschiktheidsregelingen is in lijn met het overheidsbeleid, maar roept wel de vraag op hoe het mensen vergaat op de arbeidsmarkt die door de aangescherpte toetredingscriteria niet (meer) in aanmerking komen voor een uitkering, maar mogelijk wel belemmeringen ervaren door hun gezondheidsbeperking.

Ondanks het activerend arbeidsmarktbeleid blijven vooral de ontwikkelingen in de arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen zorgelijk. Terwijl het beleid beoogt een inclusieve arbeidsmarkt te realiseren, tenderen de deelnamecijfers van de afgelopen jaren naar een situatie die eerder lijkt op een *survival of the fittest*. Wanneer het economisch beter gaat, zal er vermoedelijk ook voor mensen met gezondheidsbeperkingen weer meer plek zijn op de arbeidsmarkt. Niettemin zijn er ook structurele ontwikkelingen op de arbeidsmarkt die aandacht vragen, zoals de rol van gezondheid op een flexibele arbeidsmarkt en de omstandigheden waaronder mensen met gezondheidsbeperkingen aan het werk zijn.

Recente beleidswijzigingen, zoals de invoering van de Participatiewet en de Wet banenafpraak en quotum arbeidsbeperkten, richten zich vooral op (voormalige) Wajongers en mensen die niet zelfstandig het minimumloon kunnen verdienen. Mensen met een gedeel-

telijke arbeidsongeschiktheidsuitkering op basis van de WIA en WAO tellen bijvoorbeeld niet mee voor de Wet banenafpraak, maar kunnen evengoed belemmeringen ervaren op de arbeidsmarkt. Hetzelfde geldt voor arbeidsgehandicapten zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering. De cijfers laten immers zien dat gezondheid voor een aanzienlijk deel van de niet-werkenden zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering een belangrijk motief is om niet deel te nemen op de arbeidsmarkt. Wil de overheid de arbeidsdeelname verder verhogen, dan zal zij zich niet alleen moeten richten op de mensen die niet zelfstandig het minimumloon kunnen verdienen, maar ook op andere groepen waarvoor gezondheid een belangrijk motief is om niet deel te nemen op de arbeidsmarkt.

Literatuur

- Broese van Groenou, M., S. Schakel en N. Tolkacheva (2015). Werk en mantelzorg. Een risico voor de psychische gezondheid? In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, jg. 31, nr. 4, p. 393-410.
- Cuelenaere, B. en T. Veerman (2011). *Onderzoek evaluatie WIA*. Leiden: Astri Beleidsonderzoek en -advies.
- Echtelt, P. van (red.) (2014). *Burn-out: verbanden tussen emotionele uitputting, arbeidsmarktpositie en Het Nieuwe Werken*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Echtelt, P. van, R. Schellingerhout en M. de Voogd-Hamelink (2015). *Vraag naar arbeid 2015*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Horsssen, C., M. Blommesteijn en M. Brukman (2009). *De Wajong'er als werknemer. Een onderzoek naar duurzame arbeidsparticipatie van Wajong'ers*. Amsterdam: Regioplan.
- Inspectie szw (2015). *Arbo in bedrijf 2014. Een onderzoek naar de naleving van arboverplichtingen, blootstelling aan arbeidsrisico's en genomen maatregelen in 2014*. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Inspectie szw (2016). *Zelfinspectie. Werkdruk en ongewenst gedrag. Te raadplegen via <http://werkdrukongewenstgedrag.zelfinspectie.nl>*.
- Josten, E. en A. de Boer (2015). *Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lange, W. de en N. van Dartel (2015). Oudere werknemers in het MKB. Mens sana in corpore sano. In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, jg. 31, nr. 3, p. 333-353.
- Mattijssen, L., P. van Echtelt en A. de Boer (2016, nog te verschijnen). *Arbeid en mantelzorg op een flexibele arbeidsmarkt*. In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, jg. 32, nr. 3.
- SER (2016). *Werk: van belang voor iedereen. Een advies over werken met een chronische ziekte*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad (Advies nr. 2016/02).
- STAR (2013). *Perspectief voor een sociaal én ondernemend land: uit de crisis, met goed werk, op weg naar 2010. Verantwoordelijkheid nemen en dragen, kansen creëren en benutten (Sociaal akkoord)*. Den Haag: Stichting van de Arbeid. Geraadpleegd januari 2016 via www.stvda.nl.
- TK (2013/2014). *Arbeidsomstandigheden*. Brief van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 25883, nr. 239.
- TK (2015/2016a). *Adviesaanvraag langdurige werkloosheid/loondoorbetaling bij ziekte*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015/2016, 18 december 2015. Geraadpleegd juni 2016 via www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2015/12/21/ser-adviesaanvraag-langdurige-werkloosheid-loondoorbetaling-bij-ziekte.
- TK (2015/2016b). *Kamerbrief Actieplan aanpak werkloosheid onder 50-plussers*. Geraadpleegd juli 2016 via www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2016/06/07/bijlage-1-perspectief-voor-vijftigplussers.
- TNO (2012). *Arbobalans 2011. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*. Hoofddorp: TNO.

Versantvoort, M.C. en P. van Echtelt (2012). *Belemmerd aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Woittiez, I., L. Putman, E. Eggink en M. Ras (2014). *Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

1 Inleiding

Patricia van Echtelt en Maroesjka Versantvoort

1.1 Beleidscontext

Ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met beperkingen stonden de afgelopen decennia hoog op de beleidsagenda in Nederland. Aanleiding was de sterke groei in aanspraak op de Wet arbeidsongeschiktheid (wao) en het hoge ziekteverzuimpercentage. Dacht men in 1967 dat het aantal wao-gerechtigden niet boven de 200.000 zou komen (TNO 2006), eind jaren negentig lag het ver boven de 900.000. Dit was aanleiding voor debat over de ruimhartigheid van het socialezekerheidsstelsel en de vrees dat ook mensen die het niet echt nodig hadden tot de regeling werden toegelaten. Werknemers en werkgevers zouden te weinig geprikkeld worden om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te voorkomen en om bij ziekte te streven naar re-integratie op de arbeidsmarkt. In reactie hierop werden er wijzigingen doorgevoerd die zich kenmerkten door hogere toetredingsdrempels en meer aandacht voor activering. Het argument voor de beleidswijzigingen was vooral gelegen in het betaalbaar houden van de verzorgingsstaat. Om voldoende financieel draagvlak te houden voor de sociale zekerheid zou arbeidsdeelname van zoveel mogelijk mensen noodzakelijk zijn. Ook de gedachte dat werk uiteindelijk het beste is voor de mensen zelf, lag aan de beleidswijzigingen ten grondslag. Betaald werk brengt immers niet alleen inkomen, maar bijvoorbeeld ook sociale contacten en zelfontplooiing met zich mee (STAR 2013). Uitgangspunt van het huidige beleid is dat mensen zowel met als zonder beperkingen een kans moeten krijgen om deel te nemen op de arbeidsmarkt. De nadruk wordt daarbij gelegd op wat mensen nog wel kunnen, in plaats van wat zij niet kunnen door hun ziekte of handicap. Van iedereen wordt verwacht naar eigen vermogen te participeren.

De wijzigingen in de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen zijn terug te zien in de cijfers: het ziekteverzuimpercentage daalde in de afgelopen decennia en de instroom van het aantal arbeidsongeschikte werknemers nam aanzienlijk af. Hoewel de resultaten van de nieuw ingeslagen weg positief zijn te noemen in termen van verminderde instroom en een lager ziekteverzuim, is de ontwikkeling in arbeidsdeelname van mensen met een beperking minder positief. Een van de uitdagingen voor het beleid van de komende jaren zal zijn om mensen met gezondheidsbeperkingen zoveel mogelijk aan het werk te krijgen en te houden. Het gaat er daarbij om de arbeidsparticipatie van mensen met beperkingen te bevorderen alsook om werknemers duurzaam inzetbaar te houden, zodat zij tot aan hun pensioenleeftijd actief kunnen blijven op de arbeidsmarkt.

Dit rapport is de vierde editie van de Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van personen met gezondheidsbeperkingen.

Deze editie is een vervolg op de trendrapportages *Belemmerd aan het werk* (Versantvoort en Van Echtelt 2012), *Beperkt aan het werk* (Jehoel-Gijsbers 2010) en *Beter aan het werk* (Jehoel-Gijsbers 2007). In 2007 en 2010 werkte het SCP hierin samen met TNO en CBS, in 2012 trad ook het UWV Kenniscentrum toe tot het samenwerkingsverband. Het doel van de trendrapportages is een beeld te schetsen van de ontwikkelingen in verzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen. De huidige editie betreft in de eerste plaats een update van eerdere edities, maar er zullen ook een aantal thema's worden uitgelicht.

Beleidswijzigingen in de afgelopen decennia

De afgelopen decennia zijn diverse beleidswijzigingen doorgevoerd om het volume in de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen terug te dringen (tabel 1.1). In de jaren negentig waren dit onder andere de Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (Wulbz, 1996) en de Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheid (Pemba, 1998). Hierna volgde nog een aantal nieuwe wetten: de Wet verbetering poortwachter (WvP, 2002), de Wet verlenging loondoorbetaling bij ziekte (Wvlz, 2004), de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA, 2006) en een aanscherping van de Wajong (nWajong, 2010).

De wijzigingen hadden onder andere tot doel de toegangscriteria tot de regelingen aan te scherpen en werkgevers en werknemers meer verantwoordelijkheid te geven voor re-integratie. Recentelijk heeft de aandacht voor de arbeidsdeelname van mensen met beperkingen vorm gekregen in de Participatiewet, die in 2015 in werking is getreden. Met deze wet wil het kabinet bereiken dat meer mensen, ook mensen met een arbeidsbeperking, gaan werken, bij voorkeur in een reguliere baan. Daarnaast beoogt de wet meer eenduidigheid en duidelijkheid te krijgen in de voorzieningen voor mensen die niet zelfstandig in hun levensonderhoud kunnen voorzien. Groepen die voorheen onder verschillende regelingen vielen (o.a. Wajongers, mensen in de sociale werkvoorziening en bijstandsontvangers) vallen nu onder de Participatiewet.

Daarnaast is in 2015 de Wet banenafpraak en quotum arbeidsbeperkten aangenomen. Die komt voort uit afspraken uit het Sociaal akkoord 2013. De banenafpraak houdt in dat er tot 2025 125.000 banen voor mensen met een arbeidsbeperking worden gerealiseerd, waarvan 100.000 banen in de marktsector en 25.000 bij de overheid. Als deze doelstelling niet wordt gerealiseerd, treedt de quotumregeling in werking en worden werkgevers verplicht arbeidsbeperkten in dienst te nemen.

Ook op Europees niveau worden afspraken gemaakt om mensen met een gezondheidsbeperking zoveel mogelijk deel te laten nemen aan het arbeidsproces. Begin 2016 heeft Nederland het VN-verdrag geratificeerd waarin de rechten van mensen met een handicap zijn vastgelegd. Het verdrag regelt dat iedereen, met of zonder een beperking, volwaardig kan deelnemen aan de samenleving.

De resultaten uit dit rapport zijn veelal gebaseerd op gegevens tot en met 2014 (dit verschilt per hoofdstuk). De meest recente wetswijziging, de invoering van de Participatiewet

in 2015, valt buiten dit rapport, maar zal in de evaluatie van de Participatiewet, die het Sociaal en Cultureel Planbureau in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid uitvoert, worden onderzocht.

Tabel 1.1

Wet- en regelgeving rondom arbeidsongeschiktheid, 1992-2015

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 loondoorbetalingsplicht 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 (Wgbhcz)
2004	Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (Wvlz)
2004	Aanpassing schattingsbesluit (asb)
2006	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)
2009	Wet stimulering arbeidsparticipatie (STAP)
2010	Herziening Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wajong 2010)
2015	Participatiewet
2015	Wajong 2015
2015	Wet banenafpraak en quotum arbeidsbeperkten

1.2 Vraagstelling en opzet van het rapport

Overeenkomstig de vorige editie bevat de trendrapportage grofweg twee onderdelen: een trendgedeelte en een capita selecta-gedeelte, waarin enkele specifieke onderwerpen nader worden uitgewerkt. Het eerste onderdeel heeft als doel de belangrijkste trends in ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en de arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen te monitoren. De centrale onderzoeksvraag hierbij is de volgende.

- Hoe hebben ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie van mensen met gezondheidsbeperkingen zich het afgelopen decennium ontwikkeld?

Het tweede onderdeel heeft het karakter van enkele capita selecta, waarbij we twee perspectieven nader uitwerken: dat van de werkgever en van werkenden met gezondheidsbeperkingen. Een belangrijke voorwaarde voor het slagen van het overheidsbeleid rondom de stimulering van de arbeidsdeelname van mensen met beperkingen, is dat werkgevers bereid zijn om mensen met gezondheidsbeperkingen aan te nemen en werknemers duurzaam inzetbaar te houden op de arbeidsmarkt, onder andere door middel van arbo- en verzuimbeleid. Uit de vorige editie van de trendrapportage bleek al dat financiële stimuli voor werkgevers veel minder effect blijken te hebben op de baankansen van mensen met

beperkingen dan vaak wordt verondersteld. Mogelijk heeft de financiële crisis ertoe bijgedragen dat werkgevers eerder minder dan meer aandacht hebben voor het in dienst nemen van arbeidsbeperkten en het voorkómen van uitval door ziekte. We gaan na in hoeverre werkgevers mensen met beperkingen in dienst te nemen, en in hoeverre zij zich ervoor inzetten om de werknemers in hun organisatie (met name oudere werknemers) duurzaam inzetbaar te houden. De centrale vraag luidt als volgt.

- In hoeverre zijn werkgevers bereid mensen met gezondheidsbeperkingen in dienst te nemen? Welke ontwikkelingen doen zich voor in het arbo- en verzuimbeleid van werkgevers en wat doen werkgevers om werknemers duurzaam inzetbaar te houden?

De overheid wil de arbeidsdeelname verder verhogen en benadrukt in haar beleid dat werken in principe goed is voor mensen; het levert hun niet alleen economische onafhankelijkheid op, maar bevordert ook de sociale integratie en geeft een zinvolle tijdbesteding. Het is daarom van belang dat mensen met en zonder beperkingen gelijke kansen hebben op de arbeidsmarkt. Het is echter denkbaar dat mensen met beperkingen onder minder goede arbeidscondities komen te werken of zich in een werksituatie juist meer bevestigd zien in hun tekortkomingen. Voor een inclusieve arbeidsmarkt, een markt waaraan ook mensen met beperkingen duurzaam deelnemen, is het van belang te weten hoe het mensen vergaat op de arbeidsmarkt. Hoe is het gesteld met de arbeidsomstandigheden en de sociale integratie van mensen met gezondheidsbeperkingen in vergelijking met die van gezonde werknemers?

De vraag bij dit onderdeel is de volgende.

- Hoe vergaat het mensen met gezondheidsbeperkingen op de werkvloer? Zijn zij tevreden over hun (arbeids)situatie? In hoeverre verschillen de arbeidservaringen van mensen met en zonder gezondheidsbeperkingen?

De opzet van het rapport is als volgt. Na deze inleiding, schetsen de volgende drie hoofdstukken de belangrijkste trends in ziekteverzuim (hoofdstuk 2), arbeidsongeschiktheid (hoofdstuk 3), en de arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen (hoofdstuk 4). Vervolgens wordt ingegaan op het gedrag en de opvattingen van werkgevers (hoofdstuk 5) en de arbeidservaringen van mensen met gezondheidsbeperkingen (hoofdstuk 6). In de samenvatting en conclusies bespreken we deze onderdelen in samenhang, presenteren we de belangrijkste bevindingen en noemen we aandachtspunten voor beleid.

1.3 Definities van mensen met gezondheidsbeperkingen

In beleid en onderzoek wordt de groep mensen met gezondheidsbeperkingen op zeer uiteenlopende wijze afgebakend en gedefinieerd. De definities die in dit rapport worden gehanteerd zijn mede ingegeven door de beschikbare databestanden op dit terrein en de wijze waarop gezondheid en beperkingen hierin zijn bevraagd. In sommige gevallen gaat het om mensen die volgens registraties van uwv in aanmerking komen voor een uitkering (arbeidsongeschikten). In andere gevallen gaat het om enquêtevragen over de gezond-

heidsbelemmeringen die de respondent naar eigen zeggen ervaart. De definities van de doelgroepen stemmen niet altijd overeen met die in het overheidsbeleid, met name wanneer het de doelpopulatie van de Participatiewet of de Wet banenafpraak betreft. In kader 1.1 geven we een overzicht van de in dit rapport gehanteerde definities.

Kader 1.1 Definities van termen

Arbeidsongeschikt

De term ‘arbeidsongeschikt’ wordt in deze publicatie gebruikt voor iemand die na een beoordeling door uwv volledig of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is verklaard en recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de wao, wia, waz of Wajong. De wia is in de plaats gekomen van de wao en is een verzekering voor werknemers, de waz was een verzekering voor zelfstandigen. De wao en waz bestaan nog steeds voor personen die vóór 1 januari 2004 arbeidsongeschikt zijn geworden. De Wajong is voor jonggehandicapten die al vóór hun 18e jaar of tijdens hun studie een ziekte of beperking hebben. De mate van arbeidsongeschiktheid wordt niet uitgedrukt in termen van ziekte, maar van verlies aan verdien capaciteit. Bij de wao en wia geldt dat personen volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn als zij duurzaam niet meer dan 20% kunnen verdienen van het inkomen dat ze hadden op het moment dat de ziekteverzuimperiode van twee jaar inging; de overige personen met een wia- of wao-uitkering zijn gedeeltelijk arbeidsongeschikt. Vanaf 2015 wordt de toegang tot de Wajong 2015 niet meer bepaald door het verlies aan verdien capaciteit, maar door de vraag of iemand arbeidsvermogen heeft (zie hoofdstuk 3). De gegevens over het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en de arbeidsdeelname van deze groep zijn gebaseerd op uwv-data (hoofdstuk 3). Arbeidsongeschikten worden daarnaast in dit rapport geselecteerd in het Arbeidsaanbodpanel (hoofdstuk 4). Hierin is aan de respondent zelf gevraagd of hij een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt.

Arbeidsgehandicapt

Deze term wordt gebruikt om op basis van enquêtegegevens de groep aan te duiden voor wie de gezondheid belemmerend werkt bij het uitvoeren of verkrijgen van werk. In de Enquête beroepsbevolking (EBB) wordt in geval van een langdurige aandoening, ziekte of handicap aansluitend gevraagd of er sprake is van een belemmering voor 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 (hoofdstuk 4). Een soortgelijke getrapte vraag wordt ook aan werknemers gesteld in de Nationale enquête arbeidsomstandigheden (hoofdstuk 2 en 5). In het Arbeidsaanbodpanel wordt direct aan werkenden en niet-werkenden gevraagd of hun gezondheid het uitoefenen of verkrijgen van werk belemmert (hoofdstuk 4).

Personen met een minder dan goede ervaren gezondheid

De ervaren gezondheid is het oordeel dat iemand in een enquête geeft over zijn 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 ervan. We spreken van een minder dan goede gezondheid als mensen aangeven dat zij hun gezondheidstoestand over het algemeen niet als ‘heel goed’ of ‘goed’ beleven, maar als ‘zeer slecht’, ‘slecht’ of ‘gaat wel/redelijk’ (hoofdstuk 4).

Kwetsbare groepen

De Werkgevers enquête arbeid (WEA) vraagt werkgevers naar hun beleid ten aanzien van kwetsbare groepen. Personen uit kwetsbare groepen zijn mensen die willen werken, maar langdurig werkloos of arbeidsgehandicapt zijn. Het gaat bijvoorbeeld om langdurig werklozen, voortijdig schoolverlaters en jong- of gedeeltelijk gehandicapten (hoofdstuk 5).

Mensen met zichtbare aandoeningen of beperkingen

In de enquête *Kwaliteit van Werk* (KvW) wordt werknemers gevraagd of zij een zichtbare aandoening of beperking hebben. Dit begrip wordt gebruikt in hoofdstuk 6. Het kan daarbij dus zowel om arbeidsgehandicapten, als om arbeidsongeschikten gaan, maar dit hoeft niet.

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.

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.
- TNO (2006). *Geschiktheid gewogen. Claimbeoordeling en arbeidsongeschiktheid in Nederland 1901-2005*. Hoofddorp: TNO.
- STAR (2013). *Perspectief voor een sociaal én ondernemend land: uit de crisis, met goed werk, op weg naar 2010. Verantwoordelijkheid nemen en dragen, kansen creëren en benutten (Sociaal akkoord)*. Den Haag: Stichting van de Arbeid. Geraadpleegd januari 2016 via www.stvda.nl.
- Versantvoort, M. en P. van Echtelt (red.) (2012). *Belemmerd aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

2 Trends in ziekteverzuim

Karolus Kraan, Irene Houtman en Seth van den Bossche (TNO)

2.1 Inleiding

2.1.1 Onderzoeksvragen

Het ziekteverzuim in Nederland kost werkgevers naar schatting jaarlijks circa 11,5 miljard euro (Van der Ploeg et al. 2014). De kosten van het aan het werk gerelateerde verzuim bedragen circa 5 miljard. Dit maakt dat verlaging van en onderzoek naar ziekteverzuim lonend kan zijn. Dit hoofdstuk gaat over ontwikkelingen in het ziekteverzuim in Nederland en besteedt speciale aandacht aan het verzuim van kwetsbare groepen en de invloed van de economische recessie op het verzuim. Eerst komen, in paragraaf 2.2, belangrijke indicatoren van het ziekteverzuim aan bod en beschrijven we de ontwikkelingen daarin. Daarna gaat paragraaf 2.3 in op de vraag welke kenmerken van werknemers samengaan met verschillen in het verzuim. Daarbij kijken we specifiek naar een aantal kwetsbare groepen. Onder kwetsbare groepen verstaan we groepen werknemers die in potentie tot de beroepsbevolking behoren, maar die bij baanverlies moeilijk een nieuwe baan vinden. Zo bezien we in dit hoofdstuk de oudere leeftijdsgroepen, werknemers met een chronische aandoening die hen (sterk) belemmert bij het werk, en werkenden met een flexibel arbeidscontract. Daarnaast gaat deze paragraaf in op mantelzorgers, waarover nog relatief weinig bekend is, maar die mogelijk ook een kwetsbare groep vormen met hoger verzuim (zie Josten en De Boer 2015). Paragraaf 2.4 heeft als focus de economische crisis en gaat in op het verband tussen verzuim en indicatoren voor de economische crisis, zoals het werkloosheidspercentage. Ook kijken we naar verzuim bij reorganisaties en naar verzuim van typen kwetsbare werknemers bij baanonzekerheid. Tot slot gaat deze paragraaf in op het verzuim van zelfstandigen, en in het bijzonder het verzuim van ‘nieuwe zzp’ers’ – een groep die de afgelopen jaren in omvang is toegenomen. Paragraaf 2.5 sluit dit hoofdstuk af met een samenvatting van de belangrijkste resultaten, conclusies en een vooruitblik.

2.1.2 Bronnen

Nederland heeft twee grote, landelijk representatieve enquêtes die het ziekteverzuim van werknemers meten. De CBS-Kwartaalenquête ziekteverzuim¹ (KZV) wordt gehouden onder werkgevers, en de Nationale enquête arbeidsomstandigheden (NEA) van TNO/CBS onder werknemers (Houtman et al. 2015; Van Zwieten et al. 2014). De enquêtes worden jaarlijks gehouden en maken, door hun omvang van enkele tienduizenden personen en de consequente opzet, het systematisch vergelijken van cijfers per jaar mogelijk. De cijfers van de Kwartaalenquête ziekteverzuim laten alleen uitspraken toe over het verzuimpercentage. De NEA bevat, naast het verzuimpercentage, gegevens over de frequentie en duur van het verzuim per jaar; tevens bevat het gegevens over kenmerken van de werknemer alsook over de kwaliteit van de arbeid en gezondheid die aan het thema verzuim kunnen worden

gerelateerd. Daardoor kunnen we, door deze gegevens te analyseren, informatie presenteren die een uitgebreider antwoord op de onderzoeksvragen kan bieden. In paragraaf 2.4.5, waar we het ziekteverzuim van zzp'ers, ondernemers en werknemers vergelijken, maken we gebruik van de data van de Zelfstandigen enquête arbeid (ZEA) (Janssen et al. 2015). Kader 2.1 en bijlage B2 presenteren de definities respectievelijk de NEA-verzuimvragen van de verschillende verzuimindicatoren die centraal staan in dit hoofdstuk. Bij de totstandkoming van dit hoofdstuk waren alleen de verzuimcijfers tot en met 2014 beschikbaar. De cijfers in paragraaf 2.2 (tabel 2.1) hebben we nog wel kunnen actualiseren met de cijfers tot en met 2015.

Kader 2.1 Definities van de gebruikte verzuimindicatoren

Dit hoofdstuk gebruikt een aantal verzuimindicatoren die zijn gedefinieerd en berekend op basis van de NEA:

- verzuimfrequentie – het aantal keren dat is verzuimd in de afgelopen twaalf maanden;
- verzuimduur – het aantal werkdagen in een jaar dat een werknemer heeft verzuimd; ook gedeeltelijk ziekteverzuim en therapeutisch werken tellen als verzuim;
- verzuimpercentage – het aantal verzuimde werkdagen per respondent in de laatste twaalf maanden gedeeld door het aantal werkdagen volgens de arbeidsovereenkomst ($\times 100$).

2.2 Verzuim in 2014

Voor de periode 2007-2015 geeft tabel 2.1 de belangrijkste jaarcijfers op basis van de NEA-verzuimvragen en de vragen van de Kwartaalenquête ziekteverzuim.

Het ziekteverzuimpercentage meet het verlies aan arbeidscapaciteit als gevolg van ziekte. Van het aantal werkdagen dat werknemers zouden moeten werken, werd – evenals in 2013 – in 2015 gemiddeld 3,9% (KZV) tot 4,0% (NEA) verzuimd (tabel 2.1). In 2014 was het verzuim het laagst: respectievelijk 3,8% en 3,7%, de laagst gemeten percentages in de periode 2007-2015. Beide bronnen geven voor deze periode nagenoeg dezelfde uitkomsten.

Ook blijkt dat in 2014 43% en in 2015 45% van de werknemers minstens één dag in de afgelopen twaalf maanden heeft verzuimd, eveneens lage gemeten percentages in de periode 2007-2015 (tabel 2.1). Over het jaar 2008, toen de financiële en vervolgens economische crisis begon, bedroeg het percentage bijna 10 procentpunten meer (52%) dan in 2014.

Tabel 2.1

Kerncijfers ziekteverzuim van werknemers, 15-64-jarigen, 2007-2015^a (in procenten en tijdsduur)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
verzuimcijfers NEA									
verzuimpercentage	4,2	4,1	4,0	4,2	4,3	4,1	4,0	3,7	4,0
in de afgelopen 12 maanden verzuimd	50	52	52	50	49	47	48	43	45
verzuimfrequentie ^b	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0
verzuimduur (werkdagen per jaar)	7,6	7,5	7,2	7,5	7,7	7,3	7,0	6,5	7,0
verzuimduurklassen laatste 12 maanden									
kortdurend (t/m 1 week, 7 kalenderdagen)	47	49	50	50	49	51	51	53	54
middellang (t/m 6 weken)	40	40	39	38	38	36	37	34	33
langdurend verzuim (langer dan 6 weken)	13	12	11	13	13	13	12	12	13
klacht laatste verzuim- geval werkgerelateerd? (in groep die laatste jaar verzuimde)									
geen gevolg van werk/weet niet	74	75	77	75	75	75	77	74	78
deels/hoofdzakelijk gevolg werk	26	25	23	25	25	25	23	26	22
kwartaalenquête ziekteverzuim									
verzuimpercentage	4,2	4,1	4,1	4,2	4,2	4,0	3,9	3,8	3,9

a Vanwege een mogelijke methodetrendbreuk blijven de NEA-ziekteverzuimpercentages van 2005 en 2006 hier verder buiten beschouwing.

b Het aantal keren dat is verzuimd in de afgelopen twaalf maanden.

Bron: CBS (KZV'07-'14); TNO/CBS (NEA'07-'15)

Een vergelijkbare tendens is te zien bij de verzuimfrequentie, ofwel het gemiddelde aantal keren dat werknemers in de afgelopen twaalf maanden hebben verzuimd. Werknemers verzuimden in 2014 en ook in 2015 gemiddeld één keer per jaar, terwijl dat in de jaren ervoor hoger lag: bij de aanvang van de recessie (2008) ging het om gemiddeld 1,2 keer per

jaar, waarna de daling gestaag inzette. De verzuimduur (het gemiddelde aantal verzuimde werkdagen per jaar) schommelt rond de 7 werkdagen over het totaal van de werknemers, maar nam eveneens gestaag af, van 7,6 werkdagen in 2007 tot 6,5 in 2014. Vervolgens steeg deze weer iets, naar 7,0 werkdagen in 2015. Van de werknemers die verzuimden in de voorgaande twaalf maanden, valt iets meer dan de helft in de categorie kortdurend verzuim. Dat wil zeggen, een op de twee verzuimende werknemers was in het laatste jaar maximaal een week absent. De groep verzuimers met middellang verzuim (een tot en met zes weken in de laatste twaalf maanden) nam procentueel sterk af in de periode 2007-2014: van 40% tot 33%; de groep met kortdurend verzuim nam daarentegen in omvang toe van 47% tot 54%. De groep met langdurend verzuim (langer dan zes weken) bleef procentueel ongeveer gelijk in omvang in die periode, namelijk circa 13%.

Over het laatste verzuimgeval van het voorgaande jaar zegt in 2015 22% van de verzuimers dat het een gevolg was van het werk. De overige 78% zegt dat dit geen gevolg was van het werk, of dat zij niet weten of het een gevolg was van het werk.

2.3 Het verzuim van specifieke, kwetsbare groepen

De hoogte van het ziekteverzuim hangt samen met demografische kenmerken en de werksituatie (Klein Hesselink et al. 2012; Klein Hesselink en Smulders 2010; Smulders 2007). We bespreken hier het verzuimpercentage en de samenhang daarvan met leeftijd, mate van arbeidshandicap, het type dienstverband en het verrichten van mantelzorg. Vervolgens gaan we na in hoeverre die kenmerken samenhangen met ontwikkelingen in het verzuim over de recessiejaren 2008-2014.

2.3.1 Ziekteverzuim naar leeftijd, arbeidshandicap, contracttype en mantelzorgtaken

Naar persoonskenmerken zijn er aanzienlijke verschillen tussen groepen werknemers in het gemiddelde ziekteverzuimpercentage in 2014 (figuur 2.1). De bovenste balken in figuur 2.1 laten zien dat het verzuimpercentage oploopt naarmate de werknemers ouder zijn. In de groep werknemers van 15-24 jaar bedraagt het gemiddelde ziekteverzuimpercentage 2,0, terwijl dat in de groep 55-64-jarigen 5,8 is.

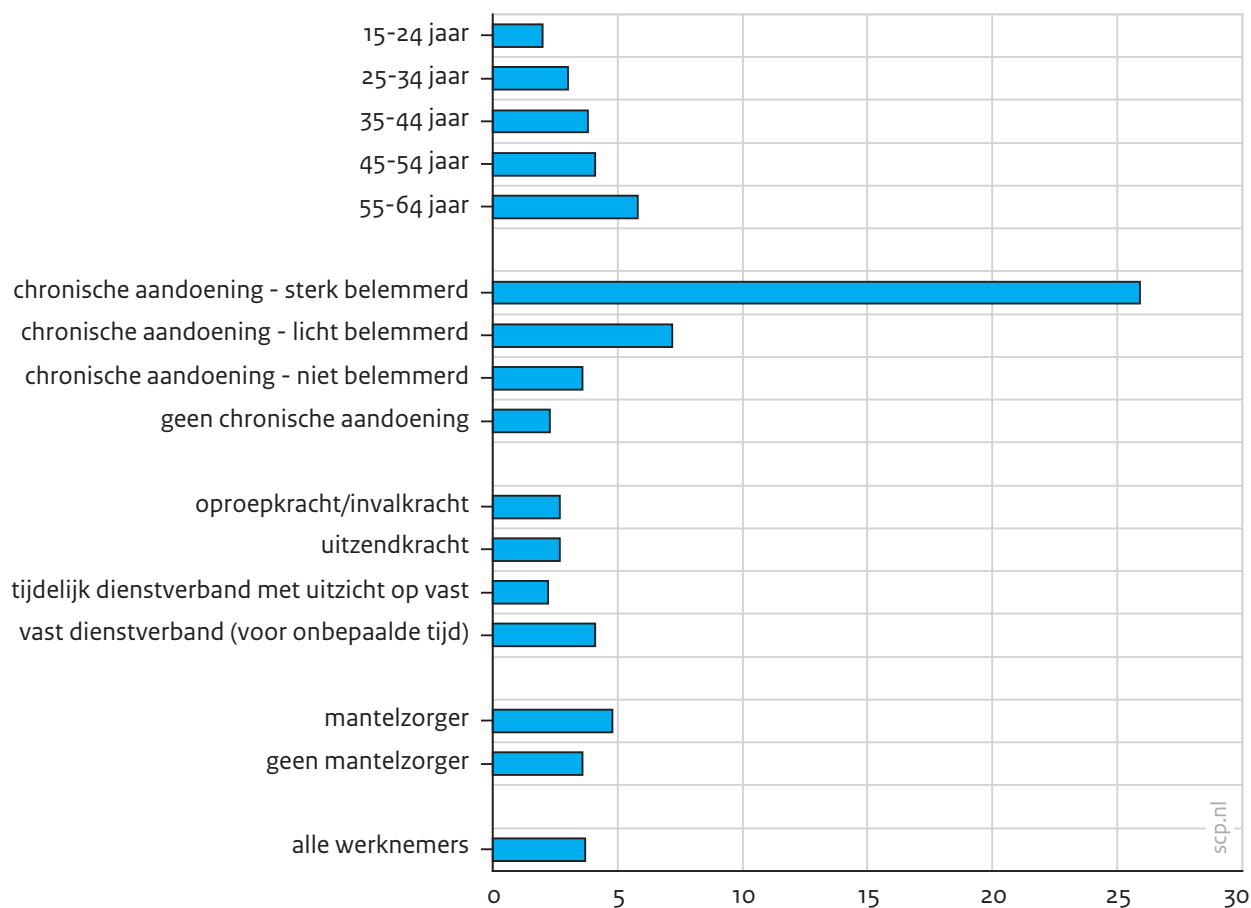
De balken daaronder tonen dat medewerkers die een chronische of langdurige ziekte, aandoening of handicap hebben en aangeven dat deze hen in sterke mate belemmert in het werk, een aanzienlijk hoger verzuim hebben dan werknemers zonder zo'n arbeidshandicap of werknemers die zich er in lichtere mate door belemmerd voelen. Chronische gezondheidsklachten die veelal ontstaan met het toenemen van de leeftijd, verklaren ook in belangrijke mate het verband tussen leeftijd en ziekteverzuim. Oudere werknemers zonder chronische gezondheidsproblemen hebben vrijwel hetzelfde ziekteverzuimpercentage als jonge werknemers (Klein Hesselink et al. 2014).

In de Arbobalansen van 2012 en 2014 (zie Douwes et al. 2014; Hooftman et al. 2012) lieten we zien dat als de verzuimklachten aan het werk gerelateerd zijn, het verzuim nog hoger uitpakt. Meer specifiek, in 2013 bijvoorbeeld was circa driekwart van de laatste verzuimgevallen niet aan het werk gerelateerd, maar deze gevallen vormden slechts 60% van het

volume van het totaal van alle werkgerelateerde en niet-werkgerelateerde verzuimde werkdagen samen. Omgekeerd zien we dat in 2013 de verzuimgevallen die wél aan het werk gerelateerd zijn, zo'n 25%, 40% van het totaal van de verzuimde werkdagen vormden (Douwes et al. 2014). Werkgerelateerde verzuimgevallen duren dus gemiddeld aanzienlijk langer dan niet aan het werk gerelateerde verzuimgevallen.

Figuur 2.1

Ziekteverzuim naar achtergrondkenmerken, 15-64-jarigen, 2014^a (in procenten)



a De verzuimpercentages van de werknemers naar chronische aandoening zijn die van 2013, aangezien de items hierover in 2014 niet in de NEA zijn opgenomen; verzuimpercentages van de overige groepen betreffen 2014 (selectie werknemers van 15-64 jaar).

Bron: TNO/CBS (NEA'14)

Het verzuimpercentage per contracttype laat zien dat medewerkers met vaste contracten gemiddeld het hoogste verzuim hebben (4,1%), gevolgd door uitzendkrachten en oproep- en invalkrachten (2,7%) (figuur 2.1). De verzuimpercentages van medewerkers met een ander type tijdelijk dienstverband zijn gemiddeld het laagst (2,2%). Nadere analyse toont overigens dat vooral leeftijd en gezondheidsklachten dit verband verklaren (tabel 2.2); tijdelijke werknemers zijn over het algemeen jonger, en daarmee gezonder.

Tabel 2.2

Resultaten regressieanalyses met individueel ziekteverzuimpercentage als afhankelijke variabele, 15-64-jarigen, 2013^a en 2014^b

	model 2013-data incl. chronische aandoening excl. mantelzorgvariabele (n = 22.132)		model 2014-data excl. chronische aandoening incl. mantelzorgvariabele (n = 35.588)	
	r	β	r	β
geslacht (0 = man; 1 = vrouw)	0,04***	0,03***	0,06***	0,06***
15-24 jaar(= ref.)	-0,06***	ref.	-0,06***	ref.
25-34 jaar	-0,02***	0,02	-0,03***	0,02**
35-44 jaar	-0,01	0,02*	0,00	0,05***
45-54 jaar	0,02*	0,02	0,02**	0,06***
55-64 jaar	0,07***	0,05***	0,07***	0,10***
vast contract	0,06***	0,04***	0,05***	0,04***
tijdelijk contract (= ref.)	-0,06***	ref.	-0,04***	ref.
uitzendkracht	-0,01	0,01	-0,02***	0,00
oproep-/invalkracht	-0,03***	0,00	-0,02***	0,01
geen chronische aandoening (= ref.)	-0,18***	ref.	-	-
wel chronische aandoening, niet belemmerd	-0,02*	0,03***	-	-
wel chronische aandoening, licht belemmerd	0,11***	0,14***	-	-
wel chronische aandoening, sterk belemmerd	0,30***	0,31***	-	-
mantelzorger	-	-	0,03***	0,01

a R² = 11,4%.

b R² = 1,3%.

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001; r = correlatiecoëfficiënt; β = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt.

Bron: TNO/CBS (NEA'13; NEA'14)

Tot slot gaat figuur 2.1 in op het verzuim van de groep werknemers die mantelzorg verlenen – een groep die door dubbele belasting mogelijk een kwetsbare groep gaat worden of is geworden (zie Josten en De Boer 2015). Deze belasting wordt mede veroorzaakt door het huidige overheidsbeleid, dat enerzijds aanstuurt op langer doorwerken en anderzijds sterker inzet op mantelzorg. 13% van de werknemers geeft mantelzorg; hiervan is, in de definitie van de NEA, sprake als ten minste drie maanden of ten minste acht uur per week zulke zorg wordt gegeven. In de NEA-vraagstelling staat de volgende toelichting.

Mantelzorg is de zorg die u geeft aan een bekende uit uw omgeving, zoals uw partner, ouders, kind, buren of vrienden, als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Deze zorg kan bestaan uit het doen van huishoudelijke taken, wassen, aankleden of gezelschap houden van

deze persoon of personen, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts. Mantelzorg wordt niet betaald. Een vrijwilliger vanuit een vrijwilligerscentrale is geen mantelzorger.

Het verzuimpercentage van werknemers die mantelzorg geven bedraagt gemiddeld 4,8. Onder werknemers die geen, beperkt of pas sinds kort mantelzorg verlenen, bedraagt het 3,6. Dit hogere ziekteverzuim onder mantelzorgers is in lijn met recente bevindingen uit een onderzoek van het SCP (Josten en De Boer 2015). Het verband blijkt echter niet significant in een regressieanalyse na opname van onder andere leeftijd in de analyse (tabel 2.2). Daaruit blijkt dat mantelzorgers doorgaans wat ouder zijn; in de leeftijdsgroepen vanaf 45 jaar zijn zij oververtegenwoordigd.

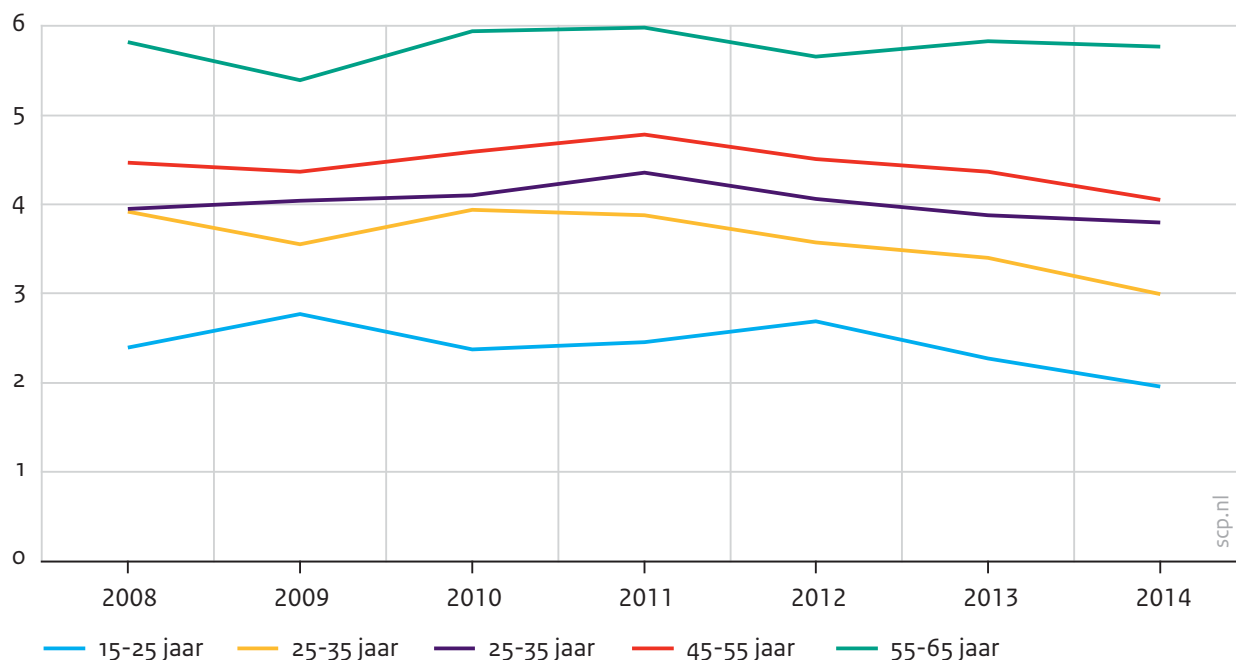
2.3.2 Trends in ziekteverzuim naar leeftijd, arbeidshandicap en contracttype

Voor de periode 2008-2014 laten de figuren 2.2 tot en met 2.4 de trends zien in het ziekteverzuimpercentage van achtereenvolgens de verschillende leeftijdsgroepen, de groepen naar arbeidshandicap, en de verschillende contracttypen. (Over de mantelzorgers is geen trendinformatie beschikbaar, aangezien dit item pas sinds 2014 in de NEA is opgenomen.) In alle figuren zien we dat per jaar de rangorde naar hoogte van het verzuim ongeveer gelijk is over de groepen. Dat wil zeggen, de groepen die in een bepaald jaar het hoogste (of laagste) verzuimpercentage hebben, hebben dat ook in andere jaren.

Figuur 2.2 geeft de trends weer per leeftijdsgroep. De oudste werknemerscategorie laat een wat afwijkend patroon zien en een meer constante, hoge verzuimlijn dan de leeftijdsgroepen van 15-54 jaar. In de jongere groepen is sinds 2011 sprake van een daling van het ziekteverzuimpercentage. De afwijkende trend van de groepen oudere werknemers kan te maken hebben met bijvoorbeeld de afschaffing van de vut en met andere regelingen, zoals de strengere toelatingscriteria voor de arbeidsongeschiktheidsregelingen. Dat maakt dat de gemiddelde leeftijd van de groep oudere werknemers in de latere jaren hoger ligt (figuur 2.2), en deze groep daarmee verhoudingsgewijs bestaat uit meer werknemers met een minder goede gezondheid.

Figuur 2.2

Ontwikkeling ziekteverzuim naar leeftijdsgroepen, 15-64-jarigen, 2008-2014 (in procenten)

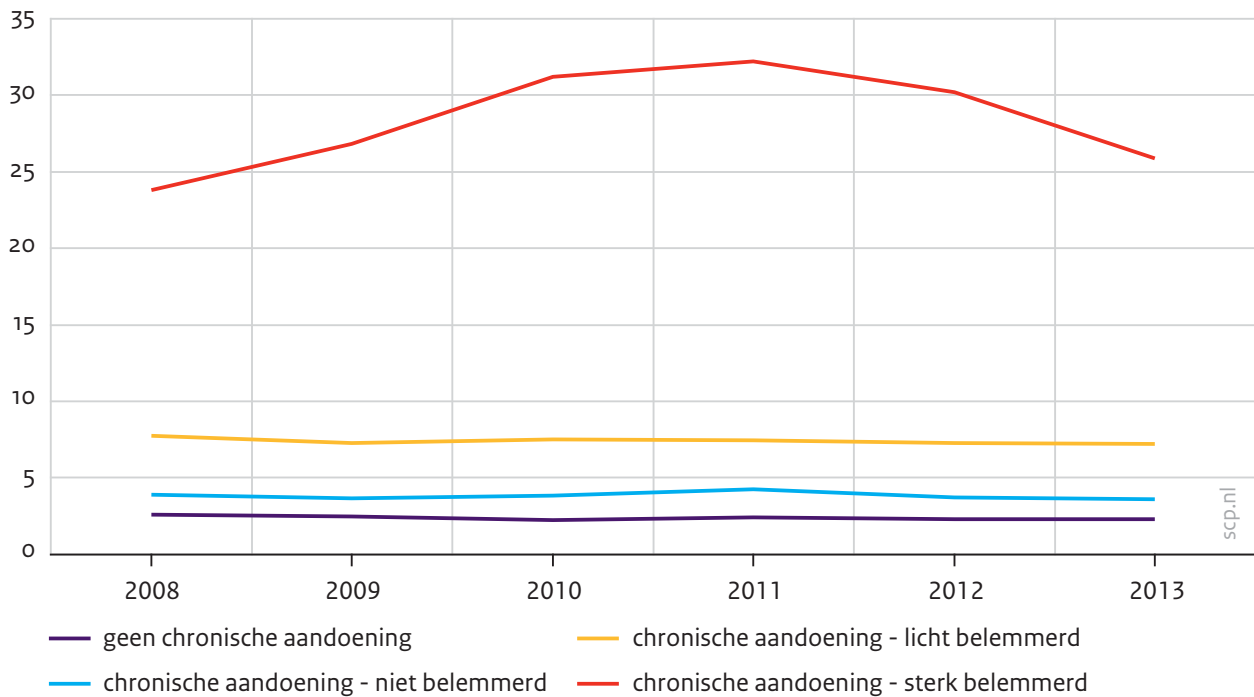


Bron: TNO/CBS (NEA'08-'14)

In figuur 2.3, die de ontwikkeling van het ziekteverzuimpercentage naar de mate van arbeidshandicap toont, valt het kromlijnige verband op bij de groep met een chronische aandoening die zich sterk belemmerd voelt bij het werk. Het gemiddelde verzuimpercentage in deze groep kent halverwege de economische recessie, in 2011, een maximum. Daarna neemt het verzuim af. Dat kan wijzen op selectie-effecten, want hoewel in tijden van recessie nagenoeg evenveel gezondheidselectie door werkgevers plaatsvindt als in een bloeiende economie, zijn er tijdens een recessie uiteraard minder banen beschikbaar (zie hoofdstuk 5). Daarmee is het voor risicogroepen, zoals werknemers met gezondheidsproblemen of oudere werknemers, moeilijker om weer aan het werk te komen als ze het oude werk verloren hebben. Nadere analyse van deze groep laat ook zien dat in het bijzonder van 2012 op 2013 het aandeel hoger opgeleiden verhoudingsgewijs sterk toeneemt (van 18% tot 25%; niet in de tabel); hoger opgeleiden hebben gemiddeld een lager verzuim (zie bv. Hooftman et al. 2012), wat mede het kromlijnige verband kan verklaren. Dat verband kan echter ook wijzen op een vertraagd effect, doordat verzuimende werknemers nog twee jaar onder contract van de werkgever blijven en daarmee meetellen in het verzuimpercentage. Zo laten CBS-cijfers (StatLine) ook zien dat er tussen 2009 en 2011 een relatief sterke afname optrad in de werkzame beroepsbevolking van het aantal mensen met een arbeidshandicap, en dit aantal vanaf 2011 zich ongeveer stabiliseert. Nadere inspectie van de samenstelling van deze groep over de jaren laat zien dat het aantal medewerkers met een vast contract relatief afneemt, en het aandeel medewerkers met een flexibel contract toeneemt.

Figuur 2.3

Ontwikkeling ziekteverzuim naar arbeidshandicap, 15-64-jarigen, 2008-2013 (in procenten)

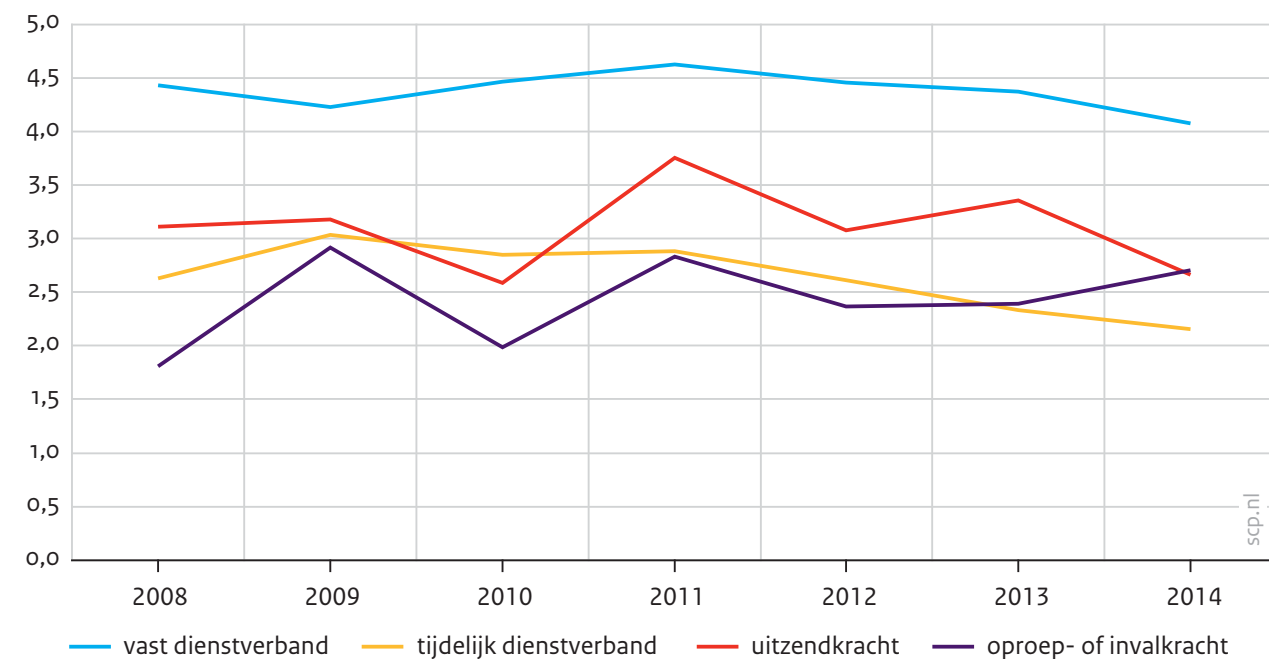


Bron: TNO/CBS (NEA'08-'13)

De verzuimtrend onder de groepen uitzendkrachten en oproep- en invalkrachten heeft een sterk fluctuerend patroon (figuur 2.4). Het verzuim van werknemers met een ander type tijdelijk dienstverband nam na 2010 gestaag af, evenals dat van werknemers met een vast dienstverband.

Figuur 2.4

Ontwikkeling ziekteverzuim naar contracttype, 15-64-jarigen, 2008-2014 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA'08-'14)

2.4 Economische recessie en gevolgen voor het ziekteverzuim

Een economische recessie gaat doorgaans gepaard met baanverlies, een toename van de werkloosheid en gevoelens van werkonzekerheid onder werknemers. Deze paragraaf belicht de samenhangen tussen indicatoren van de recessie en het ziekteverzuim.

2.4.1 Samenhang werkloosheid van de beroepsbevolking en het ziekteverzuim van werknemers

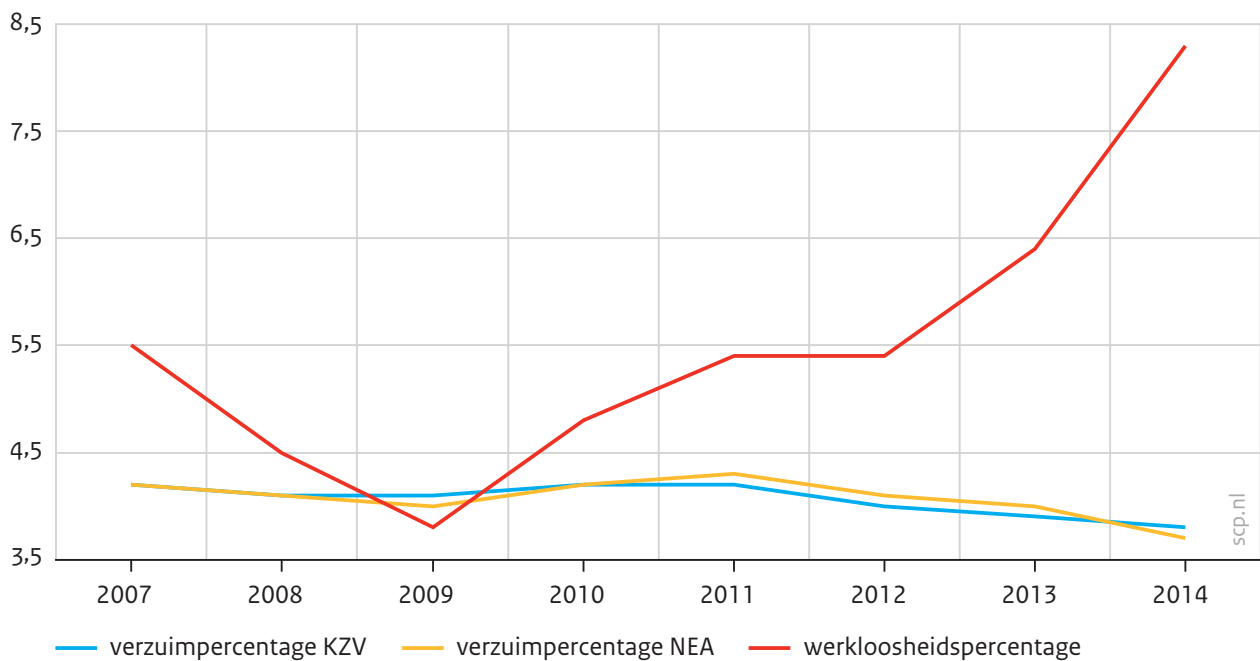
Het Centraal Planbureau (CPB) kwam in 2005, na analyse van trendcijfers over de periode 1980-2002, tot de bevinding dat bij hoogconjunctuur werknemers zich eerder ziekmelden (Stegeman 2005). Een daling van de werkloosheid met 1 procentpunt leidde in die periode naar schatting tot een stijging van het ziekteverzuim met 0,25 procentpunt; en, omgekeerd, bij stijging van de werkloosheid was er sprake van een afname van het verzuim in een verhouding van 4 : 1. Inmiddels zijn er recentere cijfers beschikbaar. We hebben in figuur 2.5 voor de periode 2007-2014 de ontwikkeling in het landelijke werkloosheidspercentage van de beroepsbevolking afgezet tegen het ziekteverzuimpercentage. De ontwikkeling die het CPB vond voor de periode tot 2003, lijkt in het door ons onderzochte tijdvak aanwezig voor de periode sinds circa 2011. Terwijl het werkloosheidspercentage snel toeneemt vanaf 2009 – na vanaf 2007 afgenomen te zijn –, vlakt de lichte toename in het ziekteverzuimpercentage na 2010 af (kzv) en daalt het percentage vervolgens sterk van 2011 tot 2014 (kzv en NEA); dit komt voor die jaren overeen met de uitkomst van het CPB-

onderzoek (Stegeman 2005) dat bij een ongunstige economische ontwikkeling minder werknemers zich ziek melden, en vice versa.

Het betreft hier uiteraard macro-ontwikkelingen. Op microniveau zal hier een aantal mechanismen aan ten grondslag liggen. Enerzijds gaat het dan om selectie-effecten: bij hoge werkloosheid zijn de meest gezonde werknemers aan het werk gebleven en komen van de werklozen de meest gezonden als eersten weer aan het werk. Anderzijds gaat het om gedragseffecten: in tijden van hogere werkloosheid melden (sommige) werknemers zich minder snel ziek (presenteïsme, oftewel ‘ziek doorwerken’), al dan niet uit angst voor baanverlies (De Vroome et al. 2010).

Figuur 2.5

Ontwikkeling ziekteverzuim van werknemers en werkloosheid van de beroepsbevolking, 15-64-jarigen, 2007-2014 (in procenten)



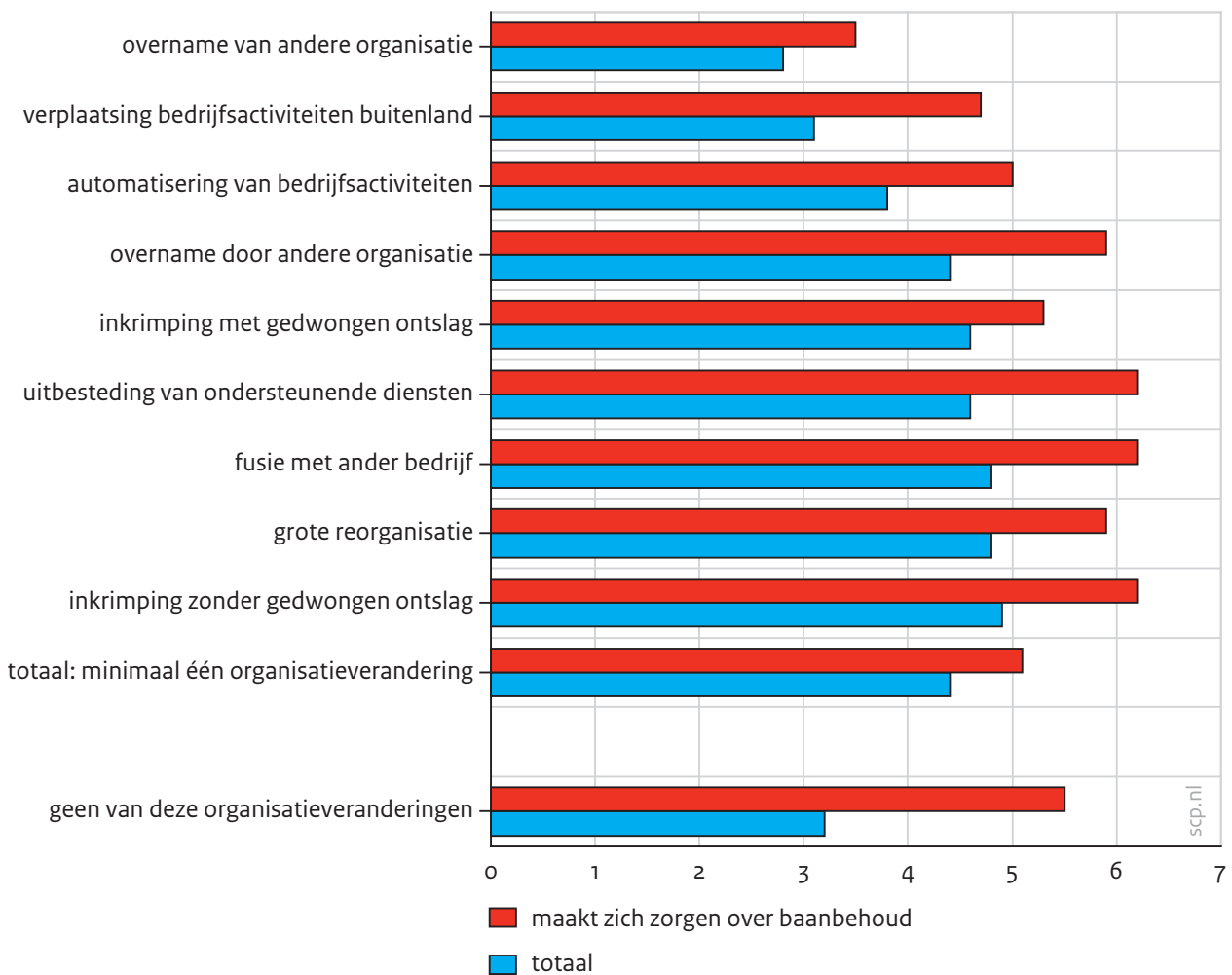
Bron: CBS (KZV '07-'14); TNO/CBS (NEA '07-'14); CBS StatLine (werkloosheidspercentage 2007-2014)

2.4.2 Ziekteverzuim bij baanonzekerheid, reorganisatie en onrust in de organisatie

Veranderingen in de organisatie, zoals reorganisaties en fusies, kunnen een belasting vormen en hiermee invloed hebben op het functioneren van werknemers. Het verzuimpercentage is een goede indicator om na te gaan in hoeverre werknemers hierdoor worden belast. Figuur 2.6 laat zien hoe een aantal organisatieveranderingen bij werknemers samenhangt met het ziekteverzuimpercentage. De figuur onderscheidt per type organisatieverandering het verzuim voor het totaal van de werknemers die in het jaar voorafgaande aan de enquête zo'n verandering meemaakten (blauwe balken), en daarbinnen de groep die zich zorgen maakt over baanbehoud (rode balken).

Figuur 2.6

Ziekteverzuim bij reorganisatie en baanonzekerheid, 15-64-jarigen, 2014 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA'14)

Wanneer er geen sprake is van een organisatieverandering, is het verzuim relatief laag, al laten ook in deze situatie werknemers die zich zorgen maken om baanbehoud een beduidend hoger verzuim zien. Wanneer werknemers minimaal één organisatieverandering hebben meegemaakt, hebben zij gemiddeld een hoger verzuimpercentage. Wanneer werknemers in deze groep zich zorgen maken om baanbehoud is het verzuim ook hoger, maar het verschil is beduidend minder dan wanneer er geen organisatieveranderingen zijn geweest. Wellicht komt dit doordat in deze laatste organisaties nog geen werknemers zijn vertrokken. Meer specifiek is er een hoog gemiddeld ziekteverzuim bij de organisatieveranderingen waarbij sprake was van inkrimpingen met/zonder gedwongen ontslagen, een grote reorganisatie, een fusie met een ander bedrijf, een overname door een andere organisatie en/of uitbesteding van ondersteunende diensten. Dat is in versterkte mate het geval als de werknemer zich daarbij zorgen maakte over baanbehoud, zoals de flankerende lichter gekleurde balken laten zien. Deze resultaten zijn in lijn met de longitudinale studie van Kivimäki et al. (2000) naar de gevolgen van reorganisaties, waarbij ook bleek dat het ziekteverzuim hoger was bij baanonzekerheid.

2.4.3 Effecten van reorganisaties met ontslagen op *survivors* in de organisatie

Een recente systematische review van longitudinale studies naar de effecten van reorganisaties op het welzijn van werknemers (De Jong et al. 2016) laat zien dat in de overgrote meerderheid van de studies een negatieve invloed van reorganisaties werd geconstateerd op het welbevinden van werknemers die niet ontslagen waren na de reorganisatie: de zogenoemde *survivors*. Meer specifiek, studies over reorganisaties met reductie van de personeelsomvang toonden onder *survivors* hoofdzakelijk een negatieve invloed aan op de algehele gezondheid, fysieke en mentale gezondheid, ziekteverzuim en attitudes ten aanzien van het werk (bv. Hansson et al. 2008; Kivimäki et al. 2000). Hier is dus ook sprake van een risicogroep: de gezondheidssituatie van de *survivors* was doorgaans na de reorganisatie slechter dan vóór de (aankondiging van de) reorganisatie. Het is daarbij ook aannemelijk dat mensen die aanvankelijk bang zijn om te verzuimen, hebben doorgewerkt, maar op een gegeven moment toch niet meer doorkunnen en als de druk en angst voor baanverlies enigszins weg zijn, alsnog uitvallen.

Analyses op het NEA-cohort 2007-2009, dat in die jaren naast de cross-sectionele NEA werd bevraagd (Koppes et al. 2011), brachten tevens de volgende resultaten aan het licht (Wiezer et al. 2011). Onder werknemers die langdurig reorganisaties hebben ondergaan maar nog wel in de organisatie werkzaam zijn (de *survivors*), stijgt het ziekteverzuim verhoudingsgewijs sterk vergeleken met dat van werknemers die geen reorganisatie hebben ervaren. Het verband tussen langdurige reorganisatie en het ziekteverzuimpercentage is verschillend voor jongere en oudere werknemers, en voor werknemers met hoge en lage inzetbaarheid (d.w.z. geen of veel moeite hebben met het vinden van een andere baan). Oudere werknemers en werknemers met een lagere inzetbaarheid hebben als gevolg van langdurige reorganisatie meer kans op een hoger percentage ziekteverzuim. Er waren op deze samenhangen geen significante effecten van andere onderzochte factoren (oftewel geen modererende variabelen, die het verband kunnen beïnvloeden), zoals geslacht, opleiding, het type contract, contractuele arbeidsduur, leidinggevende functie, *self-efficacy*, werkkenmerken, sociale factoren en baanonzekerheid. Langdurige reorganisatie voorspelde bij de *survivors*:

- hogere emotionele taakeisen, die leiden tot een hoger ziekteverzuimpercentage;
- verhoogde baanonzekerheid (gepercipieerd risico van baanverlies, zorgen maken over baanverlies), die leidt tot een hoger ziekteverzuimpercentage;
- minder steun van de leidinggevende, wat leidt tot een hoger ziekteverzuimpercentage;
- meer conflicten in de relatie tussen leidinggevende en ondergeschikte en meer ongewenste omgangsvormen tussen collega's onderling, die leiden tot een hoger ziekteverzuimpercentage.

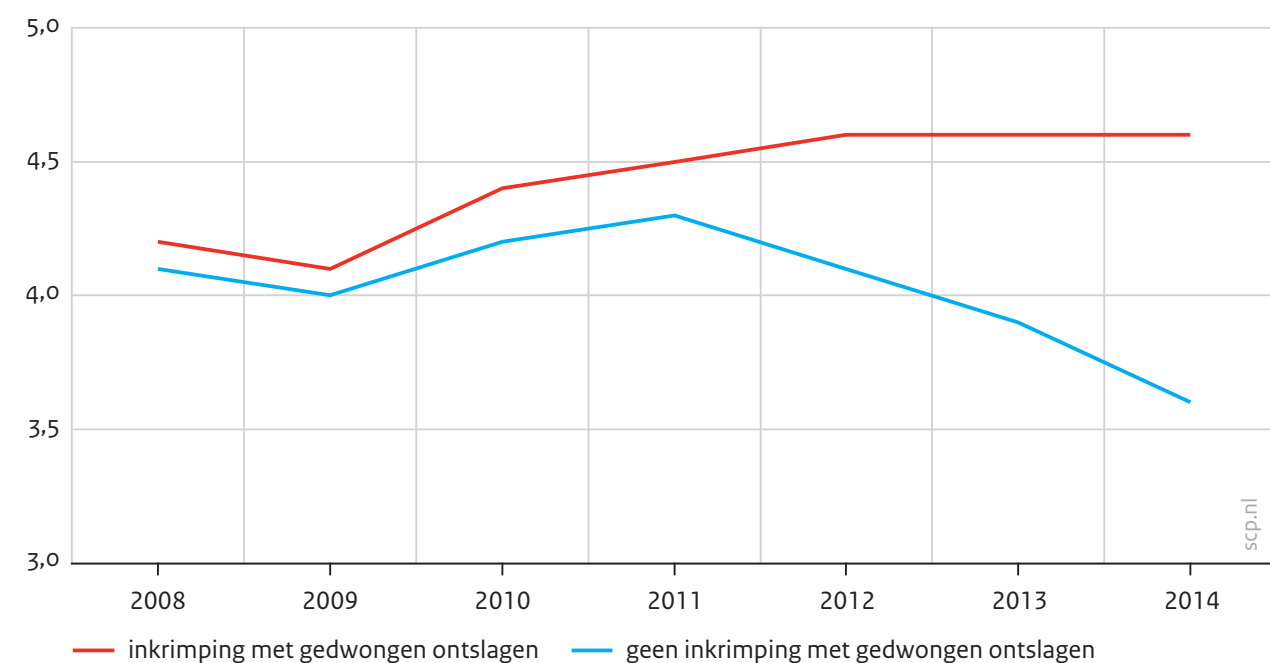
Het verzuim over de recessiejaren 2008-2014

Vóór de jaren van de economische recessie, die in 2008 aanving, blijkt uit de cross-sectionele NEA-jaarcijfers een verdriedubbeling in het percentage werknemers dat tot en met 2014 in de *voorgaande* twaalf maanden een inkrimping met gedwongen ontslagen zag gebeuren in hun organisatie. Het percentage liep op van 5,1 in 2008 naar 12,1 in 2009 en in

de jaren daaropvolgend naar 15,1 in 2014. Figuur 2.7 toont per jaar het gemiddelde ziekteverzuimpercentage van werknemers in organisaties waar in het voorgaande jaar zo'n inkrimping met gedwongen ontslag(en) plaatsvond en die deze werknemers overleefd hadden. Ook laat de figuur het ziekteverzuimpercentage zien van werknemers die in hun organisatie níét een dergelijke reorganisatie meemaakten in het voorgaande jaar. Nadat medio 2008 de financiële en vervolgens de economische crisis begon, nam na 2009 het gemiddelde ziekteverzuimpercentage gemiddeld het sterkst toe onder de groepen werknemers die in het voorgaande jaar een inkrimping met ontslag(en) zagen gebeuren, na aanvankelijk een lager verzuim voor zulke werknemers in 2009.

Figuur 2.7

Ziekteverzuim naar inkrimping met gedwongen ontslagen in het voorgaande jaar, 15-64-jarigen, 2008-2014 (in procenten)



Bron: TNO/CBS (NEA'08-'14)

Dat is in lijn met de besproken studies van De Jong et al. (2016) en Wiezer et al. (2011), die (longitudinaal) lieten zien dat deze groepen risicogevoelig zijn. Daarentegen nam onder de groepen werknemers die in organisaties werkten waar geen inkrimping met gedwongen ontslag(en) plaatsvond, het ziekteverzuimpercentage vanaf 2011 sterk af, zoals figuur 2.7 toont.

2.4.4 Verzuim en baanonzekerheid bij kwetsbare groepen

Trends in baanonzekerheid binnen de kwetsbare groepen

Figuur 2.8 toont de trends in het totaalandaal werknemers die aangeven zich zorgen te maken over het behoud van hun baan en de trends binnen een aantal kwetsbare groepen (die elkaar deels overlappen) die het meest markant afwijken van de 'gemiddelde werk-

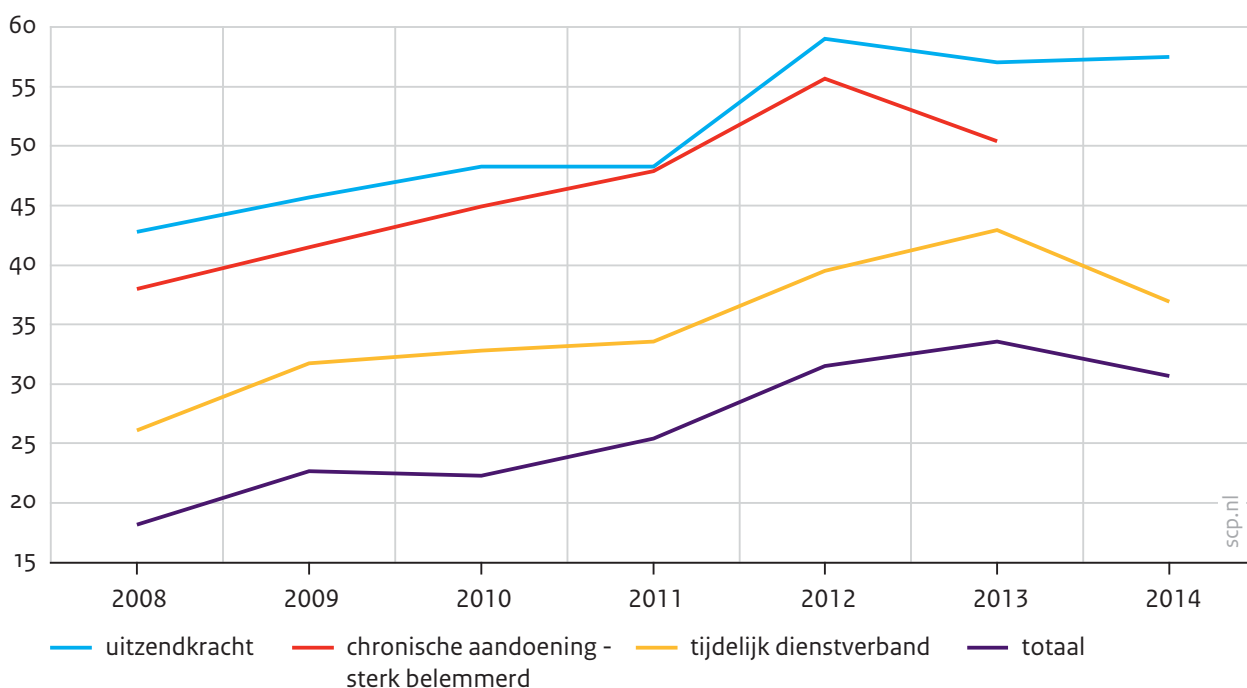
nemer'. Gemiddeld over alle werknemers liep de baanonzekerheid op van 18,2% in 2008 naar 33,6% in 2013, waarna er een afname was tot 30,7% in 2014, de jaren waarin de economie zich stabiliseerde. Uiteraard ervoeren uitzendkrachten in alle jaren de meeste baanonzekerheid. Onder uitzendkrachten maakte in 2008 43% zich zorgen over het behoud van hun baan of dienstverband en dat aandeel steeg naar 57% in 2013 en 2014. De vraag naar deze medewerkers is natuurlijk sterk conjunctureel bepaald. Daarmee fluctueert de samenstelling van deze populatie sterk over de jaren, wat een verklaring kan bieden voor de grote schommelingen ten opzichte van andere groepen.

Werknemers met een chronische aandoening die hen sterk belemmerde in het werk, ervoeren in alle jaren ook een sterke mate van baanonzekerheid. Dat gold voor de helft van deze groep in 2013 en in 2012 zelfs voor 56%. Voor de aanvang van de economische recessie ging het nog om een aanzienlijk kleiner aandeel (38%).

Relatief veel werknemers met een tijdelijk contract maakten zich in 2013 eveneens zorgen over het behoud van hun baan, maar ook bij deze groep nam de baanonzekerheid af, tot 36,9%.

Figuur 2.8

Trends in baanonzekerheid naar een aantal kwetsbare groepen, 15-64-jarigen, 2008-2014 (in procenten maakt zich zorgen over het behoud van de baan)



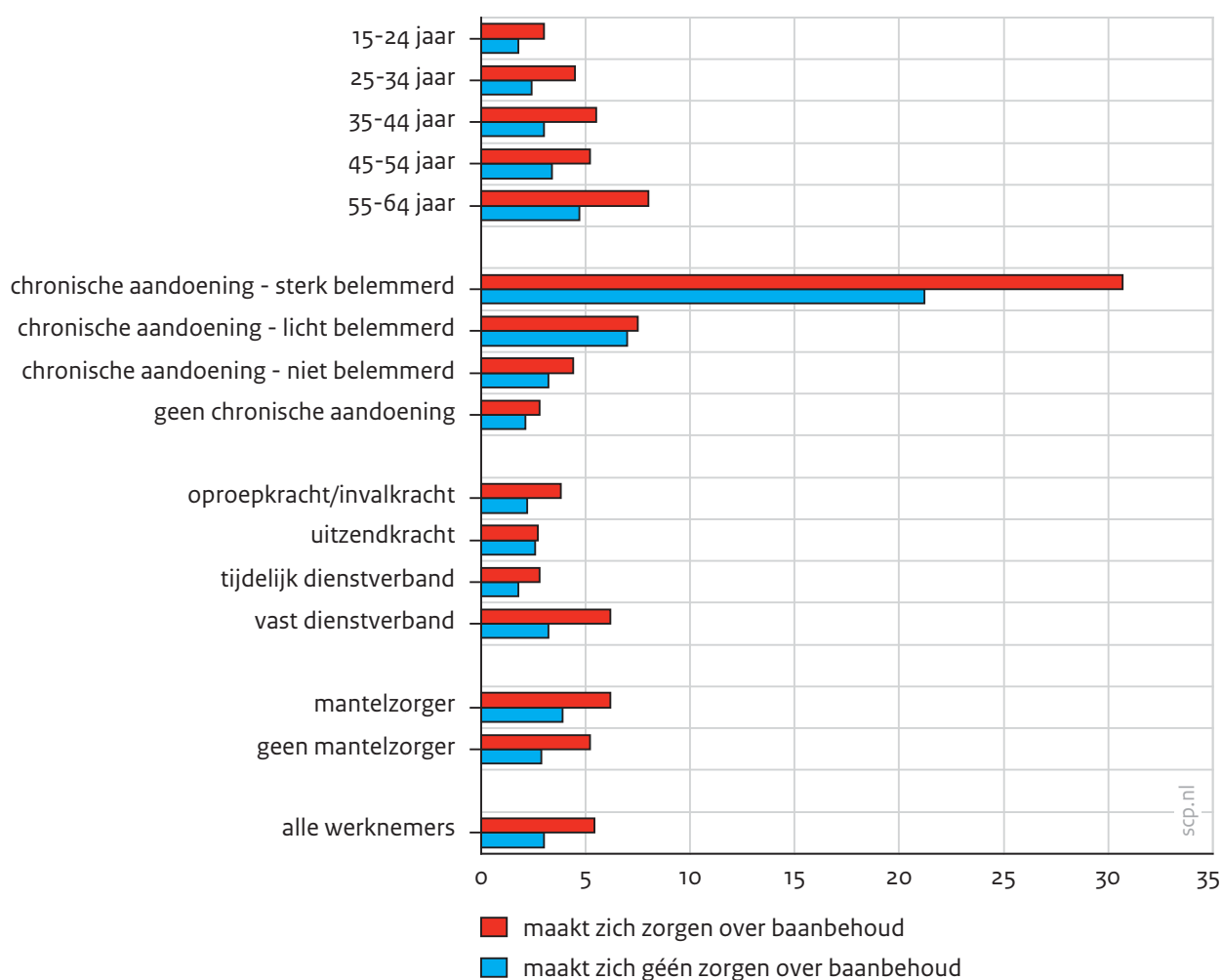
Ziekteverzuim kwetsbare groepen naar baanonzekerheid

Het valt op dat het verzuim bovengemiddeld hoog is in de totale populatie als werknemers zich zorgen maken over het behoud van hun baan (de onderste balk van figuur 2.9; zie ook figuur 2.6). Het omgekeerde speelt overigens ook: werknemers met een hoog verzuim zullen zich eerder zorgen maken over hun baanbehoud.

Met uitzondering van de groep uitzendkrachten en de groep met een chronische aandoening die hen licht belemmert, treedt bij alle hier onderscheiden kwetsbare groepen het verband op van een bovengemiddeld verzuim bij baanonzekerheid. Wel is er een sterk verschil in de mate waarin dat het geval is. Zo is het verband tussen baanonzekerheid en verzuim het sterkst aanwezig binnen de groep werknemers met een sterk belemmerende chronische aandoening. Het verschil in ziekteverzuimpercentage tussen werknemers met zo'n aandoening die zich wel en geen zorgen maken over baanbehoud, bedraagt 10 procentpunten. Ook in de oudste leeftijdscategorie is het verschil in verzuim tussen baanonzekere en baanzekere werknemers wat groter (nl. 3,3 procentpunt) dan tussen baanonzekere en baanzekere werknemers in de groepen jongere werknemers.

Figuur 2.9

Ziekteverzuim naar achtergrondkenmerken en baanonzekerheid, 15-64-jarigen, 2013-2014^a (in procenten)



a De verzuimpercentages naar chronische aandoening zijn die van 2013; die van de overige groepen van 2014.

Bron: TNO/CBS (NEA'13 en '14)

2.4.5 Verzuim van werknemers naar type dienstverband en van zzp'ers naar klassiek en nieuw type

De betaald werkenden in Nederland worden doorgaans onderscheiden in werknemers en zelfstandig ondernemers. Zelfstandig ondernemers met personeel in dienst zijn werkgever, maar een steeds groter deel van de zelfstandigen heeft geen personeel in dienst, de zogeheten zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers). Er wordt onderscheid gemaakt tussen klassieke zzp'ers en nieuwe zzp'ers (zie bv. SER 2010). Klassieke zzp'ers hebben een eigen onderneming, net als ondernemers met personeel, en bieden naast arbeid vooral producten aan (en hebben een bedrijfspand e.d.). Voorbeelden zijn agrarische ondernemers, winkeliers en horecaondernemers. Nieuwe zzp'ers, daarentegen, bieden vooral eigen arbeid, kennis of vaardigheden aan en hebben een beperkte kapitaalinvestering. Te denken valt aan bouwvakkers, adviseurs, commerciële dienstverleners en zelfstandige verpleegkundigen. Ze werken nogal eens op plaatsen waar ook werknemers werken.

Tabel 2.3 vergelijkt het ziekteverzuimpercentage van de nieuwe zzp'ers en ondernemers naar sector, met het ziekteverzuim van werknemers naar contracttype.² Het ziekteverzuim van zelfstandigen is begin 2015 gemeten via de Zelfstandigen enquête arbeid (ZEA) (Janssen et al. 2015). Uit de tabel blijkt dat de nieuwe zzp'ers, de klassieke zzp'ers en met name de ondernemers met personeel, gemiddeld een lager verzuimpercentage hebben dan werknemers met een vast dienstverband. Verklaringen kunnen zijn dat zzp'ers en ondernemers met personeel zelf direct de financiële last van verzuim ervaren en daardoor minder snel verzuimen. Ook hebben zij meer regelruimte dan werknemers om aan hun taakeisen te voldoen en om ziekmakende werkbelasting binnen de perken te houden (zie Van der Torre et al. 2016).

Er zijn echter uitzonderingen op het gemiddeld lage ziekteverzuimpercentage van zzp'ers. Vergeleken met werknemers hebben nieuwe zzp'ers in de sector detail- en groothandel gemiddeld een iets hoger ziekteverzuimpercentage, maar vooral in de zakelijke dienstverlening kenmerken de nieuwe en klassieke zzp'ers zich door een relatief hoog ziekteverzuimpercentage. Een relatief hoog ziekteverzuim hebben ook ondernemers met personeel in de sectoren overige dienstverlening, cultuur, en sport en recreatie.

Tabel 2.3

Ziekteverzuim van werknemers en zelfstandigen, naar sector, 2014 en 2015 (in procenten)

	type dienstverband werknemers			type zelfstandigen			nieuwe zpp'ers		
	totaal werk- nemers	vast	tijdelijk	uitzend- kracht	oproep-/ inval- kracht	totaal zelfstan- digen		zelfstandigen met personeel	klassieke zpp'ers
totaal	3,7	4,0	2,1	2,6	2,7	3,2	2,4	3,4	3,4
landbouw	3,4	3,9	2,3	.	.	2,4	2,2	1,9	2,2
industrie	4,1	4,4	1,4	3,3	1,7	3,5	.	.	3,3
bouwnijverheid	3,4	3,6	2,1	2,3	.	2,9	1,4	.	3,2
groot- en detailhandel	2,9	3,3	2,1	2,3	2,1	3,2	2,0	3,7	5,9
vervoer en opslag	4,0	4,2	3,7	3,0	.	3,7	.	.	5,0
horeca	2,7	3,3	1,7	1,6	2,6	3,0	1,8	.	.
informatie en communicatie	2,6	2,8	1,6	.	.	2,5	.	.	2,5
financiële instellingen	3,0	3,2	1,6	2,3
zakelijke dienstverlening	2,9	3,2	2,1	1,7	2,8	3,6	2,1	5,4	3,7
onderwijs	4,1	4,5	1,6	.	1,9	2,1	.	.	2,2
gezondheids- en welzijnszorg	5,0	5,3	3,2	.	4,1	4,3	4,8	.	3,9
overige dienstverlening/cultuur, sport en recreatie	3,7	4,1	1,5	.	4,1	3,3	4,6	.	2,9
(n)	(34.518)	(27.969)	(3909)	(1001)	(1639)	(4315)	(989)	(754)	(2572)

. Voor groepen van minder dan 50 respondenten zijn geen percentages weergegeven.

Bron: TNO/CBS (NEA'14; ZEA'15) excl. sector overheid; selectie tot 65-jarigen

2.5 Samenvatting en conclusies

Het ziekteverzuim verder verlagen is lonend (Douwes et al. 2014) en daar waar het verzuim nog hoog is – in de organisatie, sector of (risico)groep – is het wellicht mogelijk (in absolute zin) de sterkste daling te realiseren. Het ziekteverzuim lag sinds 2007 lange tijd net boven de 4%. Daarbij daalde vanaf 2013, bij het gunstiger economische tij, het verzuim wel met bijna 0,1 procentpunt per jaar, naar een niveau onder de 4% in 2014, zoals tabel 2.1 liet zien. In 2015, echter, lag het verzuim weer wat hoger – terug op het niveau van 2013. De verzuimpercentages van de aankomende jaren, en nu de economie verder aantrekt, moeten uitsluitel geven over de vraag waar de bodem van het verzuim ligt: was die bereikt, is er nog daling mogelijk of komt er een verdere stijging van het verzuim?

De analyses lieten ook zien dat het aandeel werknemers dat in de afgelopen twaalf maanden minstens één keer verzuimde, in de periode 2007-2015 schommelde tussen de 43% en 52%, waarbij vanaf 2010 tot 2014 een dalende trend aanwezig was, maar van 2014 op 2015 weer een lichte stijging optrad. In 2013 verzuimde 48% van de werknemers een of meer keer per jaar, in 2014 43%, en in 2015 45%. Bij werknemers die aangeven dat er, al dan niet deels, een verband bestaat tussen hun verzuim en het werk, duurt het verzuim meestal langer dan bij werknemers die deze samenhang niet ervaren. In totaal geeft in 2015 22% van de verzuimers aan dat de klacht bij hun laatste verzuimgeval deels dan wel hoofdzakelijk aan het werk gerelateerd was (het laagste percentage voor de periode 2007-2015). Maar doordat een werkgerelateerde verzuimepisode gemiddeld langer duurt dan een niet aan het werk gerelateerde, vormden deze gevallen wel een groot deel van het totaal aan verzuimde werkdagen (zie Douwes et al. 2014).

Verschillen tussen groepen werknemers

Het verzuimpercentage loopt op naarmate werknemers ouder zijn. Medewerkers met een chronische of langdurige ziekte, aandoening of handicap die hen (sterk) belemmert in het werk, hebben gemiddeld een aanzienlijk hoger verzuim dan werknemers zonder een arbeidshandicap. Dat oudere werknemers gemiddeld genomen meer chronische gezondheidsproblemen hebben, vormt in belangrijke mate een verklaring voor het verband met leeftijd. Ook kwam naar voren dat mantelzorgers een hoger ziekteverzuim hebben. Leeftijd blijkt dit verband in sterke mate te verklaren: mantelzorgers zijn doorgaans wat ouder; in de leeftijdsgroepen vanaf 45 jaar zijn zij oververtegenwoordigd. Niettemin vormen mantelzorgers mogelijk een nieuwe kwetsbare groep, die belangrijk is om te monitoren. Ook kwam naar voren dat bij alle onderzochte kwetsbare groepen het verzuim hoger was als de werknemer zich ook zorgen maakte over het behoud van de baan. Zorgen over baanbehoud gaan vooral gepaard met een extra hoog verzuim bij werknemers met een chronische aandoening die hen sterk belemmert in het werk.

Werkloosheid van de beroepsbevolking en ziekteverzuim van werknemers

In 2005 kwam het CPB met gegevens van 1980 tot 2003 tot de bevinding dat bij hoogconjunctuur werknemers zich eerder ziekmelden. Een daling van de werkloosheid met

1 procentpunt leidde naar schatting tot een stijging van het ziekteverzuim met een 0,25 procentpunt. Dit verband was ook aanwezig bij een stijging van de werkloosheid. We gingen deze bevinding na voor de meer recente periode 2007-2014. In dit tijdvak lijkt het verband ook aanwezig, maar pas vanaf circa 2011 en in minder sterke mate. Terwijl het werkloosheidspercentage snel toeneemt, na te zijn afgenomen vanaf 2007, vlakt de lichte toename in het ziekteverzuimpercentage in 2010 af en daalt vervolgens van 2011 tot 2014. Deze bevinding is dus deels in lijn met die van het CPB-onderzoek: bij een ongunstige economische ontwikkeling melden werknemers zich minder (lang) ziek. Er lijkt hierbij wel sprake te zijn van een vertraagd effect: pas twee jaar na de toename in het werkloosheidspercentage trad de verlaging van het gemiddelde verzuim in.

Trends in ziekteverzuimpercentage van kwetsbare groepen

Onder de trends in het ziekteverzuimpercentage van kwetsbare groepen is een aantal opvallende resultaten te zien. De aanvankelijke toename van het ziekteverzuimpercentage onder de groepen werknemers met een chronische aandoening die hen sterk belemmert in het werk, kan erop wijzen dat de aanhoudende economische recessie haar tol ging eisen; de toename in baanonzekerheid die we lieten zien, zal hieraan mede debet zijn. De recessie en ervaren baanonzekerheid kunnen ook een verklaring zijn voor het getoonde kromlijnige verband in deze groep. De afname in het verzuimpercentage na 2011 is mogelijk te verklaren uit selectie-effecten. Nadere inspectie van de samenstelling van deze groep over de jaren laat zien dat het aantal hoger opgeleiden van 2012 op 2013 relatief sterk toeneemt – een groep met een gemiddeld lager verzuim (zie bv. Hooftman et al. 2012).

De trends in het ziekteverzuimpercentage per contracttype laten een grillig, sterk fluctuerend verloop zien bij de groepen uitzendkrachten en oproep- en invalkrachten. Bij de werknemers met een tijdelijk contract zal ook sprake zijn van selectie op verzuim. Als iemand even tussen banen zit en hij is ziek, dan zal die niet worden aangenomen. Daarmee kan ook verwacht worden dat vaste medewerkers altijd een hoger verzuim zullen hebben. Ook zijn tijdelijke krachten veelal jonger en daarmee gemiddeld gezonder.

Economische recessie, reorganisaties en het verzuim

Er lijkt sprake te zijn van een tegenstelling in de besproken resultaten aangaande de samenhang van de economische recessie en reorganisaties met het ziekteverzuim. Enerzijds zijn er aanwijzingen, zoals ook het CPB constateerde, dat er op macroniveau sprake is van een negatief verband tussen het werkloosheidspercentage en het verzuimpercentage, in de zin dat stijgende werkloosheid samengaat met een daling in het verzuimpercentage (hoewel het verzuim dus mogelijk al een bodem bereikt heeft). Anderzijds zien we dat grote reorganisaties, inkrimpingen en allerlei andere vormen van organisatieveranderingen – zoals te verwachten tijdens een recessie – juist gepaard gaan met een stijging van het verzuim. Van een hoger verzuim is vooral sprake onder werknemers die een of meer van dergelijke organisatieveranderingen meemaakten, en vooral als ze zich daarbij zorgen maakten over baanbehoud.

Verklaringen voor deze tegenstelling betreffen effecten en mechanismen die tegelijkertijd kunnen optreden. Zo is de kans groot dat werknemers met gezondheidsklachten en -problemen en hoogverzuimers op den duur werkloos worden of blijven (selectie- en *healthy worker*-effecten: de ongezonden hebben al eerder het arbeidsproces verlaten). Zij tellen dan niet meer mee in het verzuimpercentage, wat leidt tot een uitgesteld effect. Voorts zijn bij organisatieveranderingen, zoals reorganisaties met ontslagen, de achterblijvers (*survivors*) in de organisatie juist verzuimgevoeliger en treedt vaak een stijging van hun verzuim op (zie De Jong et al. 2016; Kivimäki et al. 2000). Daarnaast zou er sprake kunnen zijn van nog een uitgesteld effect, doordat mensen die aanvankelijk bang waren om te verzuimen, hebben doorgewerkt, maar op een gegeven moment toch niet meer doorkonden en/of door het enigszins wegvallen van de druk en angst voor baanverlies, alsnog uitvielen. Het eerste uitgestelde effect zien we vooral in de cijfers op macroniveau (uitval naar werkloosheid), het tweede effect speelt vooral op microniveau en is wellicht kortstondiger (en blijft wel meetellen in het verzuimpercentage).

Verwachtingen voor het toekomstige verzuim

Er zijn zowel negatieve als positieve invloeden te verwachten op de ontwikkeling van de omvang van het ziekteverzuim in Nederland. Door de verhoging van de pensioenleeftijd en de afgenomen regelingen voor vervroegde uittreding, neemt het aantal oudere werknemers toe. Met het stijgen van de leeftijd kunnen echter chronische ziekten en handicaps een grotere rol gaan spelen, waardoor het gemiddelde ziekteverzuim in de komende jaren hoger kan worden. Anderzijds kan de wellicht afnemende baanonzekerheid in de komende jaren leiden tot een afname van het langduriger (psychische) verzuim. Als de toename in het aantal nieuwe zzp'ers en andere flexibele krachten blijft stijgen, kan dat eveneens gepaard gaan met een verlaging van het verzuim. Voor al deze groepen blijft het niettemin van belang dat overheid en bedrijfsleven investeren in duurzame inzetbaarheid van werknemers (in alle leeftijden), om hen zo lang mogelijk gezond aan het werk te houden.

Ziekteverzuimvragen in de Nationale enquête arbeidsomstandigheden (NEA)

In de Nationale enquête arbeidsomstandigheden (NEA) werden de volgende vragen gesteld over de jaarlijkse omvang van het verzuim, en over de aard en de mate van werkgerelateerdheid van het laatste verzuimgeval.

Ziekteverzuim

Onder verzuim wordt verstaan: minder uren of dagen werken dan normaal vanwege ziekte, ongeval of een andere gezondheidsreden. Normaal zwangerschapsverlof wordt niet als ziekteverzuim opgevat.

- a Heeft u de afgelopen 12 maanden wel eens verzuimd?
- ja
 - nee (Ga naar vraag x)
- b Hoe vaak heeft u gedurende de afgelopen 12 maanden verzuimd?
... keer
- c Hoeveel werkdagen heeft u, alles bij elkaar, de afgelopen 12 maanden naar schatting verzuimd?
(tel alleen de dagen waarop u normaal gesproken zou werken. Ook gedeeltelijk ziekteverzuim en therapeutisch werken tellen als verzuim)
... dagen

De laatste keer dat u heeft verzuimd

(eventueel langer dan een jaar geleden)

- a Met wat voor soort klachten heeft u de laatste keer verzuimd?
(kruis alléén de belangrijkste klacht aan)
- rugklachten
 - klachten buik, maag of darmen
 - klachten nek, schouders, armen, polsen, handen
 - huidklachten
 - klachten heup, benen, knieën, voeten
 - klachten oren of ogen
 - klachten hart- en vaatstelsel
 - griep of verkoudheid
 - psychische klachten, overspannenheid, burn-out
 - hoofdpijn
 - vermoeidheid of concentratieproblemen
 - klachten in verband met zwangerschap
 - conflict op het werk
 - overige klachten
 - klachten luchtwegen
 - n.v.t., nog nooit verzuimd (Ga naar vraag x)

- b Hoeveel werkdagen heeft u deze laatste keer verzuimd?
(tel alleen de dagen waarop u normaal gesproken zou werken, ook gedeeltelijk ziekteverzuim en therapeutisch werken tellen als verzuim)
... dagen
- c Heeft u de indruk dat deze klachten het gevolg waren van het werk dat u deed?
- ja, hoofdzakelijk gevolg van mijn werk
 - ja, voor een deel gevolg van mijn werk
 - nee, geen gevolg van mijn werk (Ga naar vraag x)
 - weet niet
-

Noten

- 1 Zie www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/methoden/dataverzameling/korte-onderzoeksbeschrijvingen/kwartaalenquête-ziekteverzuim-art.htm.
- 2 De vraagstellingen over verzuim in de NEA en ZEA zijn niet gelijk. In de ZEA-vragenlijst is de (hoofd)vraag: 'Heeft u de afgelopen twaalf maanden wel eens niet (of minder uren) kunnen werken vanwege ziekte of een andere gezondheidsreden?'. In de NEA luidt deze: 'Heeft u de afgelopen twaalf maanden wel eens verzuimd?', voorafgegaan door een toelichting die vergelijkbaar is met die uit de ZEA-hoofdvraag.

Literatuur

- Douwes, M., W. Hooftman, K. Kraan, R. Steenbeek, A. Venema, E. de Vroome, P. Eysink, H. van der Molen, M. Frings-Dresen en S. van den Bossche (2014). *Arbobalans 2014. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*. Leiden: TNO.
- Hansson, A.S., E. Vingard, B.B. Arnetz en I. Anderzen (2008). Organisational change, health, and sick leave among health care employees. A longitudinal study measuring stress markers, individual, and work site factors. In: *Work & Stress*, jg. 22, nr. 1, p. 69-80.
- Hooftman, W., M. van der Klauw, J. Klein Hesselink, J. Terwoert, M. Jongen, K. Kraan, C. Wevers, I. Houtman en L. Koppes, m.m.v. S. van den Bossche, G. Geuskens en A. Venema (2012). *Arbobalans 2012. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*. Hoofddorp: TNO.
- Hooftman, W.E., G.M.J. Mars, B. Janssen, E.M.M. de Vroome en S.N.J. van den Bossche (2015). *Nationale enquête arbeidsomstandigheden 2014. Methodologie en globale resultaten*. Leiden/Heerlen: TNO/CBS.
- Janssen, B.J.M., W. van der Torre, E.M.M. de Vroome, M. Mol, B. Janssen en S.N.J. van den Bossche (2015). *Zelfstandigen enquête arbeid 2012. Methodologie en beschrijvende resultaten*. Heerlen/Leiden: CBS/TNO.
- Jong, T. de, N. Wiezer, M. de Weerd, K. Nielsen, P. Mattila-Holappa en Z. Mockało (2016). The impact of restructuring on employee well-being. A systematic review of longitudinal studies. In: *Work & Stress*, jg. 30, nr. 1 (doi: 10.1080/02678373.2015.1136710).
- Josten, E. en A. de Boer (2015). *Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kivimäki, M., J. Vahtera, J. Pentti en J.E. Ferrie (2000). Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees. Longitudinal cohort study. In: *BMJ*, 320 (7240) p. 971-975.
- Klein Hesselink, J.H., I. Houtman en S. van den Bossche (2012). Trends in ziekteverzuim. In: M. Versantvoort en P. van Echtelt (red.), *Belemmerd aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen* (p. 26-49). Den Haag: SCP/CBS/TNO/UWV Kenniscentrum.

- Klein Hesselink, J., K. Kraan, A. Venema en S. van den Bossche (2014). *Ziekteverzuim in Nederland in 2012*. Hoofddorp: TNO.
- 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.
- Koppes, L.L.J., E.M.M. de Vroome en S.N.J. van den Bossche (2011). *NEA-cohortonderzoek 2007-2009. Methoden en eerste resultaten*. Hoofddorp: TNO.
- Ploeg, C.P.B. van der, S.M. van der Pal, E.M.M. de Vroome en S.N.J. van den Bossche (2014). *De kosten van verzuim voor werkgevers in Nederland*. Leiden: TNO.
- SER (2010). *Zzp'ers in beeld. Een integrale visie op zelfstandigen zonder personeel* (Advies nr. 2010/04). Den Haag: Sociaal-Economische Raad, Commissie positie zelfstandig ondernemers.
- 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.
- Stegeman, H. (2005). *De conjunctuurgevoeligheid van ziekteverzuim* (CPB-Document nr. 99). Den Haag: Centraal Planbureau.
- Torre, W. van der, H.A. van de Ven, H.J. Dirven, E.M.M. de Vroome, F.J. Schous, P.T.Y. Preenen, P. Daniëlsson en S.N.J. van den Bossche (2016). *Duurzame inzetbaarheid: zzp'ers versus werknemers. De duurzame inzetbaarheid van zelfstandig ondernemers en werknemers vergeleken*. Leiden: TNO.
- Vroome, E.M.M. de, P.G.W. Smulders en I.L.D. Houtman (2010). Longitudinale studie naar oorzaken en effecten van presentisme. In: *Gedrag & Organisatie*, jg. 23, nr. 3, p. 194-212.
- Wiezer, N., K. Nielsen, K. Pahkin, M. Widerszal-Bazyl, T. de Jong, P. Mattila-Holappa en Z. Mockaňo (2011). *Exploring the link between restructuring and employee well-being*. Warsaw: Central Institute for Labour Protection - National Research Institute.
- Zwieten M.H.J. van, E.M.M. de Vroome, M.E.M. Mol, G.M.J. Mars, L.J. Koppes en S.N.J. van den Bossche (2014). *Nationale enquête arbeidsomstandigheden 2013. Methodologie en globale resultaten*. Hoofddorp/Heerlen: TNO/CBS.

3 Trends in arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname

Katinka van Brakel, Cora van Horsen, Jolanda van Rijssen (uwv)

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de trends in de arbeidsongeschiktheidsregelingen (volume en in- en uitstroom). Daarnaast gaan we in op de ontwikkelingen in arbeidsdeelname van mensen met een uitkering wegens (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid. We doen dit op basis van gegevens van uwv.¹

De volgende onderzoeksvragen staan centraal:

- Wat zijn de ontwikkelingen in volume en in- en uitstroom van de arbeidsongeschiktheidsregelingen? Wat zijn verklaringen voor deze ontwikkelingen?
- Wat zijn de ontwikkelingen in de mate van arbeidsdeelname van mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering? Wat zijn verklaringen voor deze ontwikkelingen?

Net als in de laatste trendrapportage (2012) beschrijven we de ontwikkelingen in vier arbeidsongeschiktheidsregelingen. We leggen de focus op de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA, zie kader 3.1 voor uitleg over de WIA-beoordeling) en op de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wajong). Daarnaast besteden we ook aandacht aan de inmiddels afgeschafte regelingen Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ) en de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO). Hoewel de WAO en WAZ voor nieuwe arbeidsongeschikten niet meer toegankelijk zijn, bestaat de huidige groep mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering nog steeds voor het grootste deel uit mensen met een WAO-uitkering. Ook is er nog wel sprake van een beperkte instroom in de WAO en WAZ vanwege zogeheten heropeningen van uitkeringen, doordat mensen na beëindiging van de uitkering opnieuw ziek worden.

Vanaf 1 januari 2015 is de instroom in de Wajong gewijzigd (zie ook kader 3.1). Alleen jonggehandicapten die duurzaam geen arbeidsvermogen hebben, komen nog in de Wajong terecht. Jonggehandicapten die wel arbeidsvermogen hebben, vallen sinds deze datum onder de Participatiewet en vallen daarmee onder de re-integratieverantwoordelijkheid van de gemeente. De Wajongers die zijn ingestroomd voor 1 januari 2015 blijven bij uwv en worden tussen 2015 en 2018 ingedeeld naar arbeidsvermogen. Wajongers met arbeidsvermogen worden door uwv begeleid en krijgen met ingang van 2018 een verlaging van hun uitkering van 5%.

Kader 3.1 Claimbeoordeling wia

De beoordeling voor de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (wia) gebeurt door een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige. Het onderzoek is erop gericht om het verlies aan verdien capaciteit ten gevolge van ziekte vast te stellen. De verzekeringsarts stelt vast of degene die een wia-uitkering aanvraagt een ziekte of handicap heeft en of hij belastbaar is voor werk. Als de verzekeringsarts vaststelt dat de aanvrager (nog) niet belastbaar is voor werk, onderzoekt hij of dit een blijvende situatie is. Is het laatste het geval, dan is die persoon volledig arbeidsongeschikt op medische gronden. Deze heeft dan recht op een iva-uitkering (Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten) en geen verplichting om aan het werk te gaan. Als de aanvrager wél belastbaar is, legt de verzekeringsarts in de functionele mogelijkhedenlijst (FML) diens beperkingen en mogelijkheden vast. Vervolgens bepaalt de arbeidsdeskundige de resterende verdien capaciteit. Dit doet hij door te onderzoeken welke functies de aanvrager, gegeven diens belastbaarheid, kan uitvoeren. Dit kan tot zijn eigen functie behoren, maar doorgaans raadpleegt de arbeidsdeskundige het claimbeoordelings- en borgingssysteem (cbbs). Dit systeem bevat informatie over zo'n 7000 functies in Nederland, waaronder de loonwaarde. De resterende verdien capaciteit wordt vastgesteld op basis van ten minste drie verschillende functies met elk ten minste drie arbeidsplaatsen in Nederland. Het gemiddelde loon dat de aanvrager met deze functies nog kan verdienen, wordt vergeleken met het salaris dat hij in zijn oude functie verdiende voordat hij ziek werd. Zo worden het arbeidsongeschiktheidspercentage en bijbehorende uitkeringsregime vastgesteld. Recht op een wia-uitkering ontstaat bij een verlies van verdien capaciteit van 35% of meer; deze personen hebben een re-integratieverplichting. Uitzondering hierop vormen de mensen met een verlies aan verdien capaciteit van minimaal 80%. Als deze situatie duurzaam is, is de aanvrager volledig en duurzaam arbeidsongeschikt en heeft ook hij recht op een iva-uitkering.

Wajong 2015, Wajong 2010 en oude Wajong

Mensen die op jonge leeftijd (vóór hun 18e jaar of tijdens de studie) door een ziekte of een handicap arbeidsongeschikt zijn geworden, kunnen een beroep doen op de Wet Wajong. De Wajong bestaat sinds 1998 en is in de loop der jaren gewijzigd, waarbij de nadruk werd gelegd op het bevorderen van arbeidsparticipatie. In zijn oorspronkelijke vorm werd het recht op Wajong vastgesteld op basis van de resterende verdien capaciteit. We onderscheiden drie regimes:

- vóór 2010, bekend als oude Wajong (of oWajong);
- 2010 t/m 2014, bekend als Wajong 2010;
- na 2015, ook wel Wajong 2015.

Vóór 2010 werden jonggehandicapten die een uitkering aanvroegen, beoordeeld op hun verlies aan verdien capaciteit. Hierbij werd ook het cbbs gebruikt. Bij een verlies van meer dan 25% ten opzichte van het wettelijk minimumloon kregen zij een Wajong-uitkering. De hoogte van de uitkering hing af van de mate van arbeidsongeschiktheid. Onder de oude Wajong werd 98% van de Wajongers volledig arbeidsongeschikt verklaard, wat inhield dat ze niet in staat waren om zelfstandig het wettelijk minimumloon te verdienen in gangbare arbeid.

Vanaf 1 januari 2010 behoren personen met een verdien capaciteit van meer dan 75% van het wettelijk minimumloon niet meer tot de doelgroep van de Wajong 2010. Dit wordt vastgesteld met behulp van het cbbs. Behoort de persoon wel tot de doelgroep, dan wordt vastgesteld op welke regeling deze persoon recht heeft.

- Jonggehandicapten voor wie een betaalde baan nooit tot de mogelijkheden zal behoren, vallen onder de *uitkeringsregeling* van de Wajong 2010. Voor hen staat inkomensbescherming voorop.
- Jonggehandicapten die studeren of nog op school zitten en studiefinanciering krijgen, vallen onder de *studieregeling*.
- Jonggehandicapten met perspectief op het verrichten van werk, of voor wie het perspectief op arbeid niet uitgesloten kan worden, komen in de *werkregeling*. Bij hen staat het recht op arbeidsondersteuning centraal: hulp bij het vinden en behouden van werk.

Wajongers kunnen, als na verloop van tijd hun mogelijkheden veranderen, overstappen naar een andere regeling. Zo verlaat een scholier of student die klaar is met school de studieregeling en komt vervolgens in de werkregeling of uitkeringsregeling terecht.

Vanaf 2015 wordt de toegang tot de Wajong niet meer bepaald door het verlies aan verdien-capaciteit, maar door de vraag of iemand arbeidsvermogen heeft. Iemand krijgt alleen nog een Wajong-uitkering als hij geen arbeidsvermogen heeft en dit ook niet kan ontwikkelen. Volgens de wet heeft iemand arbeidsvermogen als hij:

- een taak kan uitvoeren in een organisatie, en
- basale werknemersvaardigheden heeft, en
- ten minste één uur aaneengesloten kan werken, en
- ten minste vier uur per dag belastbaar is.

Anders gezegd, iemand moet in staat zijn om in een arbeidsorganisatie te werken. Hij moet zich daarbij als een goed werknemer kunnen gedragen en zijn arbeidsprestatie moet voor een werkgever lonen. Dit betekent dat hij ten minste vier uur per dag kan werken en steeds gedurende één uur zelfstandig.

Als aan een van de vier bovenstaande voorwaarden niet is voldaan en er ook geen mogelijkheden zijn om arbeidsvermogen te ontwikkelen, komt de aanvrager in aanmerking voor een Wajong-uitkering. De uitkering is 75% van het wettelijk minimumloon.

Bij de beschrijving van de ontwikkelingen in de arbeidsdeelname beperken we ons tot de Wajong en de WIA. Binnen de WIA kijken we alleen naar de Regeling werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA). Van de andere regeling, de Inkomensvoorziening volledig en duurzaam arbeidsongeschikten (IVA) tonen we wel de ontwikkelingen in aantal uitkeringen, maar laten we ontwikkelingen in arbeidsparticipatie buiten beschouwing, omdat deze groep duurzaam en volledig arbeidsongeschikt is verklaard en er weinig tot geen arbeidsdeelname van wordt verwacht.

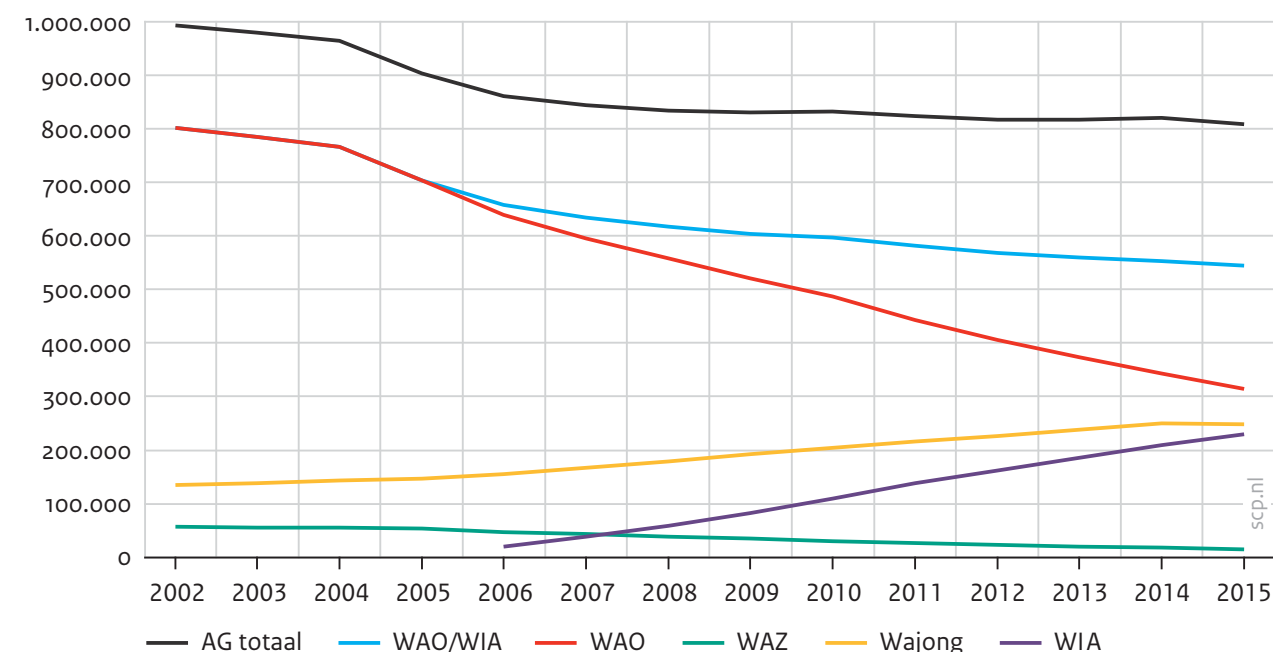
3.1 Ontwikkelingen in arbeidsongeschiktheidsverzekeringen

De gestage stijging van het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen sinds de jaren zeventig was begin deze eeuw aanleiding om het stelsel drastisch te wijzigen. Tot 2002 was er nog sprake van een stijging van het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Daarna is er een kentering gekomen en is het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen gedaald van

ruim 993.000 in 2002 naar ruim 808.000 eind 2015 (figuur 3.1). De daling is vooral het gevolg van de daling van het aantal WAO/WIA-uitkeringen. Dat het volume van de WAO daalt na afschaffing van de WAO is niet verwonderlijk. Echter, ook het totaal van WAO- en WIA-uitkeringen daalt. Dit is onder andere het gevolg van belangrijke beleidswijzigingen, zoals de invoering van de Wet verbetering poortwachter (Wvp), de Wet verlenging loon- doorbetaling bij ziekte (Wvlz) met een verlenging van de loondoorbetalingsverplichting van een naar twee jaar, de verhoging van de arbeidsongeschiktheidsdrempel van 15% naar 35% en het toepassen van strengere criteria waarmee de mate van arbeidsongeschiktheid wordt bepaald (Cuelenaere en Veerman 2011; Van Sonsbeek 2012).

Figuur 3.1

Volumeontwikkelingen in arbeidsongeschiktheidsregelingen, 2002-2015 (in absolute aantallen)



Bron: uwv

Het aantal Wajong-uitkeringen is sinds 2002 gestegen, waarbij er vanaf 2006 sprake is van een sterkere toename dan daarvoor (figuur 3.1). Dat kwam zowel door een sterkere toename van de doorstroom van de bijstand naar de Wajong als door de groei van het aantal leerlingen op het voortgezet speciaal onderwijs (zie § 3.3). In 2010 ging de Wajong 2010 van kracht, met de bedoeling de groei van de instroom in de Wajong te beteugelen. De kern van de Wajong 2010 is dat de nadruk ligt op arbeidsondersteuning van jonggehandicapten in plaats van op inkomensondersteuning. Ook na de invoering van de Wajong 2010 steeg het aantal Wajong-uitkeringen, maar de toename was iets minder sterk dan in de jaren ervoor (namelijk met zo'n 5%, tegen rond de 7% in de voorgaande jaren). Eind 2014 bedroeg het totale aantal uitkeringen van de oude Wajong en Wajong 2010 ruim 250.000. Het aantal Wajongers daalt vanaf 2015, doordat de instroom in de Wajong 2015 beperkt blijft tot volledig en duurzaam jonggehandicapten en herlevingen van eerdere Wajong-

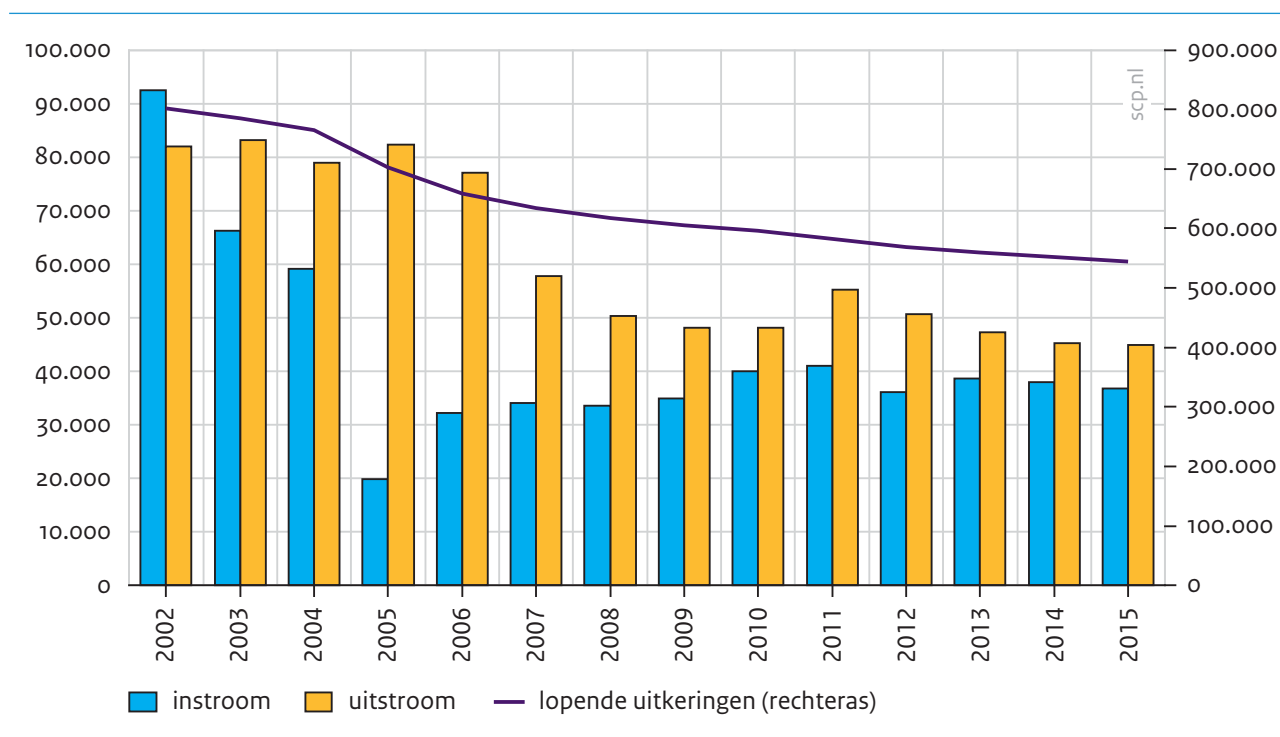
rechten, en de uitstroom groter is dan de instroom. Eind 2015 waren er 248.800 Wajong-uitkeringen.

3.2 Ontwikkelingen in volume, in- en uitstroom wao/wia-uitkeringen

Figuur 3.2 toont de ontwikkeling van de in- en uitstroom in de wao/wia sinds 2002. De blauwe lijn laat de ontwikkeling van het totaal aantal lopende wao/wia-uitkeringen zien. De instroom in de wao/wia is tussen 2002 en 2005 sterk gedaald door de eerdergenoemde beleidswijzigingen. Dankzij de invoering van de Wet verbetering poortwachter en de Wet verlenging loondoorbetaling bij ziekte zouden werkgevers actiever zijn geworden bij verzuimpreventie en de re-integratie van zieke werknemers.

Figuur 3.2

In- en uitstroom wao/wia en lopend bestand wao/wia, 2002-2015 (in absolute aantallen)



Bron: uuv

De effecten van beleidswijzigingen op de uitstroom zijn beperkter. De uitstroom is wel bevorderd door het beoordelen van de wao-populatie aan de hand van strengere criteria tussen oktober 2004 en april 2009. Daarnaast neemt de uitstroom (met enige vertraging) toe nadat de instroom is gestegen. Bij de wao-populatie zijn de belangrijkste redenen voor uitstroom pensionering en overlijden, bij de wia gaat het vooral om herstel en herbeoordeling. Daarnaast is er ook bij de wia uitstroom wegens pensionering of overlijden.

Stijging wia-instroom

Wanneer we alleen naar de instroom van de wia kijken, zien we van 2006 tot en met 2011 een stijging van de instroom (tabel 3.1 en figuur 3.2). Deze stijging komt ten eerste doordat de wia een nieuwe wet is. De teller begon op nul in 2006 en naar verwachting wordt pas een evenwicht in in- en uitstroom bereikt in 2030. Er is sprake van een opbouweffect als gevolg van doorlooptijden van de afhandeling van wia-aanvragen, heropeningen van beëindigde uitkeringen als een aandoening verergert en instroom van mensen bij wie de aanvraag aanvankelijk afgewezen was.

Daarnaast stijgt de instroom ook als de beroepsbevolking toeneemt en van samenstelling verandert. Er gaan meer ouderen en meer vrouwen tot de groep wia-verzekerden behoren (Kenniscentrum uwv 2013a). Het is bekend dat ouderen en vrouwen een grotere kans hebben om in de wia te komen, hoewel het verschil in instroomrisico tussen mannen en vrouwen in 2014 nagenoeg verdwenen is (zie verderop).

Omdat al deze redenen bij elkaar nog niet de hele stijging van de instroom verklaren, heeft uwv in 2012 een onderzoeksprogramma opgezet om diverse hypothetische verklaringen voor de wia-instroom te toetsen. De verschillende deelonderzoeken uit het onderzoeksprogramma leveren echter geen sluitende verklaring op. Wel zijn er aanwijzingen dat de stijging van de groei het gevolg is van de combinatie van een aantal mechanismen: de sterke groei van het aantal tijdelijke dienstverbanden als gevolg van de aantrekkende economie drie jaar vóór de wia-instroom (de groei van tijdelijke dienstverbanden t/m 2007 zien we terug in de groei van de wia-instroom in 2010), en de gevolgen van de recessie die eind 2008 inzette, waardoor veel zieke werknemers met een tijdelijk dienstverband terechtkwamen in de Ziektewet en van daaruit in de wia. Mensen die in de Ziektewet terechtkomen lopen tweemaal zoveel kans om in de wia in te stromen als zieke werknemers die nog een werkgever hebben en van wie het loon wordt doorbetaald bij ziekte (Kenniscentrum uwv 2013a).

Sinds 2011 is de instroom in de wia redelijk stabiel. We zien wel in 2012 een daling van de instroom, maar dat is grotendeels het gevolg van een andere telmethodiek² en de verkorting van de beslissingstermijn voor de wia.

De instroom in de wia bestaat voor ruim driekwart uit mensen met een wga-uitkering; ongeveer een kwart van de instroom in de wia krijgt een iva-uitkering (tabel 3.1). Van de wga'ers is ruim twee derde niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt en bijna een derde gedeeltelijk arbeidsgeschikt.

Volume in- en uitstroom arbeidsongeschiktheidsregelingen, 2002-2015 (in aantal uitkeringen x 1000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
WGA volledig														
instroom	14,9	14,1	15,6	19,0	21,6	21,4	18,5	19,8	19,8	19,7	18,6	19,8	19,7	18,6
uitstroom	1,7	2,2	2,6	3,7	5,5	5,4	5,4	6,1	6,1	6,6	6,8	6,1	6,6	6,8
lopende uitkeringen	12,5	22,8	33,9	47,0	60,4	73,8	84,6	95,4	104,4	104,4	110,2	95,4	104,4	110,2
WGA gedeeltelijk														
instroom	2,4	3,9	4,6	4,8	6,8	8,8	8,8	9,5	8,9	8,9	8,6	9,5	8,9	8,6
uitstroom	0	0,2	0,4	0,7	0,9	1,3	1,9	2,4	2,6	3,1	3,1	2,4	2,6	3,1
lopende uitkeringen	2,8	7,2	11,7	15,7	21,5	28,6	34,3	39,6	43,9	47,4	47,4	39,6	43,9	47,4
IVA														
instroom	3,8	4,3	5,1	5,6	7,3	7,8	6,7	7,9	8,2	8,2	8,5	7,9	8,2	8,5
uitstroom	0,3	0,7	1,2	1,7	2,1	3,1	3,5	4,2	4,9	6,2	6,2	4,2	4,9	6,2
lopende uitkeringen	3,7	8,4	13,9	20,1	28,2	36,0	42,9	51,5	61,3	72,0	72,0	51,5	61,3	72,0
WIA (WGA + IVA)														
instroom	21,1	22,3	25,3	29,3	35,6	37,9	33,9	37,1	36,9	35,8	35,8	37,1	36,9	35,8
uitstroom	2,0	3,1	4,2	6,1	8,5	9,8	10,8	12,7	16,1	16,1	16,1	12,7	14,1	16,1
lopende uitkeringen	19,0	38,4	59,5	82,8	110,1	138,4	161,7	186,5	209,6	229,6	229,6	186,5	209,6	229,6

Tabel 3.1
(Vervolg)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
WAO														
instroom	92,4	66,3	59,2	19,8	11,0	11,7	8,2	5,6	4,3	3,1	2,2	1,5	1,0	0,9
uitstroom	82,0	83,2	78,9	82,3	75,0	54,7	46,1	42,0	39,7	45,5	39,9	34,5	31,2	28,8
lopende uitkeringen	802,5	785,6	765,8	703,1	639,0	569,0	558,0	521,7	486,3	443,9	406,2	373,1	343,0	315,1
WAZ														
instroom	7,8	6,9	6,2	4,7	1,2	1,2	0,6	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
uitstroom	7,4	7,2	6,6	6,8	7,3	5,5	4,9	4,7	4,0	4,6	3,7	3,1	2,5	2,1
lopende uitkeringen	56,2	55,9	55,5	53,4	47,3	43,0	38,7	34,2	30,4	26,0	22,5	19,6	17,2	15,1

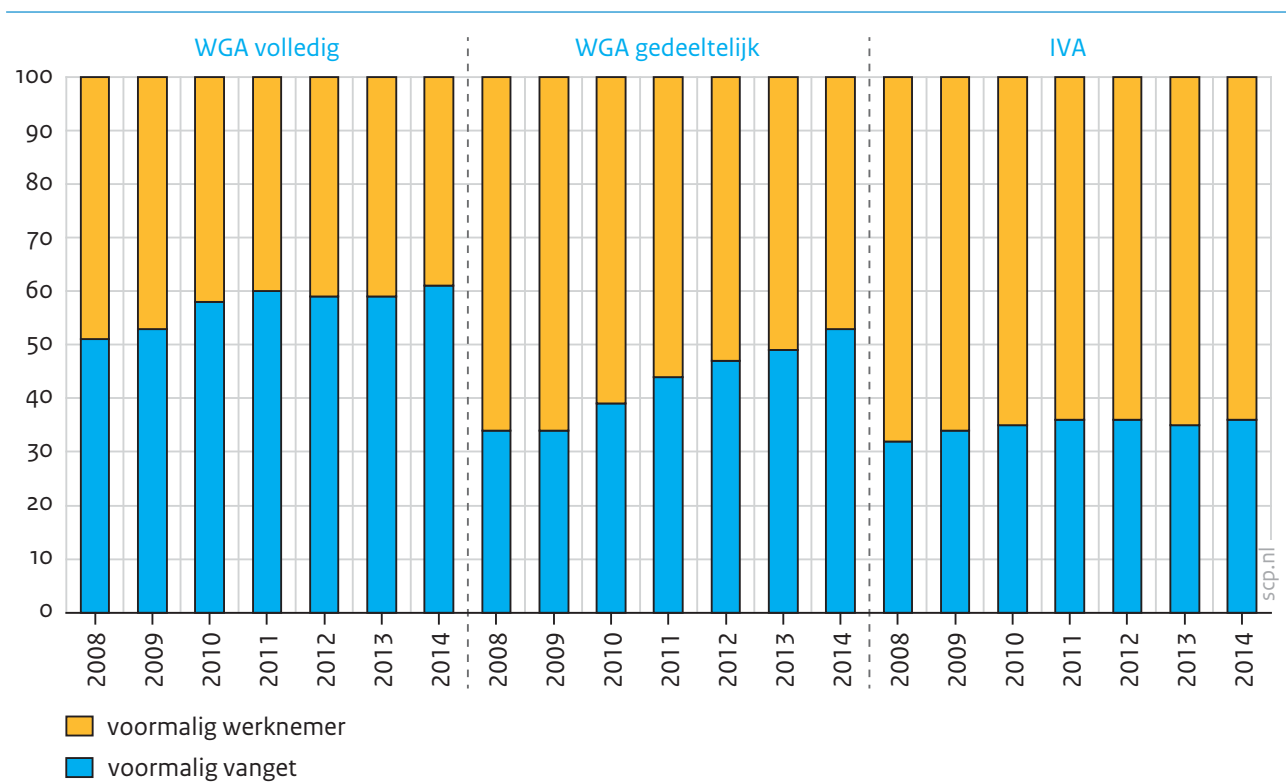
Bron: UWV

Herkomst van de wia-instroom: vangnetters en werknemers

Uitzendkrachten, werknemers van wie het dienstverband tijdens de ziekteperiode afloopt en langdurig zieke ww'ers komen in het vangnet Ziektewet en kunnen van daaruit in de wia terecht komen. Zij hebben op het moment van de claimbeoordeling geen dienstverband meer. Het aandeel van de instroom in de wia dat afkomstig is uit het vangnet Ziektewet is in de afgelopen jaren toegenomen. Was in 2014 meer dan de helft van de totale instroom afkomstig uit het vangnet, in 2008 was dit nog 44% (figuur 3.3, zie voor uitleg kader 3.2). Het aandeel voormalige vangnetters in de instroom over de gehele periode 2008-2014 is het grootst in de wga-volledig en het kleinst in de iva. De stijging in de afgelopen jaren van het aandeel vangnetters in de wia-instroom kan verklaard worden door de stijging van de aantallen flexibele arbeidskrachten en werklozen. In paragraaf 3.4 gaan we verder in op de ontwikkeling van de arbeidsdeelname van voormalige vangnetters en voormalige werknemers in de wia.

Figuur 3.3

Aandeel voormalige vangnetters en voormalige werknemers in de totale instroom in de wia, 2008-2014 (in procenten)



Bron: uwv

Kader 3.2 Het verschil tussen voormalige werknemers en voormalige vangnetters

Voormalige werknemers hebben bij de wia-claimbeoordeling (aan het einde van de wachttijd van 104 weken) een dienstverband voor (meestal) onbepaalde tijd, en daarmee een werkgever. Deze werkgever is tijdens de eerste twee ziektejaren verantwoordelijk voor de re-integratie van zijn zieke werknemers met passend werk in het eigen bedrijf of in een ander bedrijf. Na de wia-claimbeoordeling blijft de werkgever verantwoordelijk voor de re-integratie als hij een eigenrisico-drager is, anders is uwv hiervoor verantwoordelijk. Een werkgever die ervoor heeft gekozen om eigenrisicodrager voor de wga te zijn, draagt voor tien jaar de uitkeringslasten en is in die periode ook verantwoordelijk voor de re-integratie.

Voormalige vangnetters hebben tijdens de eerste twee ziektejaren en/of op het moment van de wia-claimbeoordeling geen werkgever (meer) die verantwoordelijk is voor loondoorbetaling en re-integratie. Daarom komen zij in het vangnet van de Ziektewet terecht. uwv is daarmee verantwoordelijk voor begeleiding en re-integratie, zowel voor als na de wia-claimbeoordeling. Doordat bij deze groep een arbeidsrelatie ontbreekt, is het lastig om er passend werk voor te vinden of te creëren. De groep voormalige vangnetters in de instroom van de wia bestaat voor het grootste deel uit zieke ww'ers en mensen die ziek zijn aan het einde van hun contract en/of dienstverband (eindedienstverbanders) en voor een kleiner deel uit zieke uitzendkrachten.

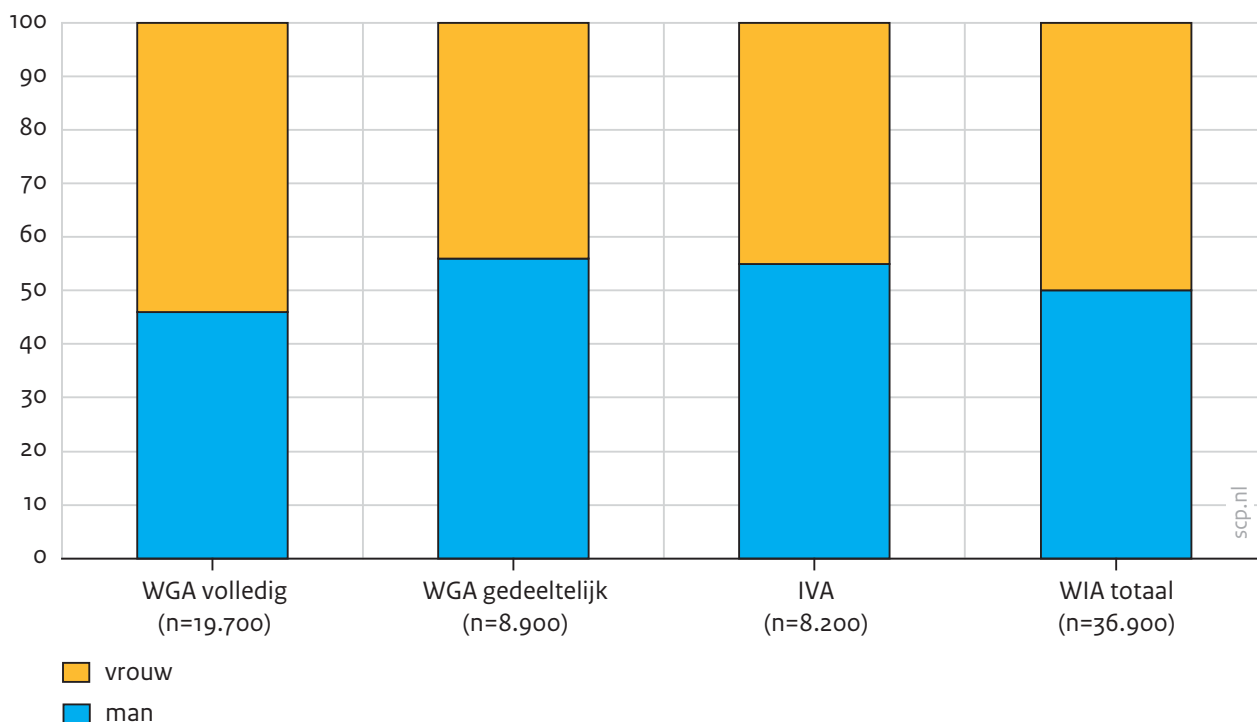
Instroom naar geslacht

In de wao stroomden van oudsher in absolute zin meer mannen dan vrouwen in. Door de toegenomen arbeidsdeelname van vrouwen is de instroom van vrouwen in absolute zin gestegen en is de verhouding van het aantal mannen en vrouwen dat instroomt in de wia nu ongeveer gelijk. Echter, binnen de afzonderlijke arbeidsongeschiktheidsklassen is de verhouding niet gelijk (figuur 3.4). Sinds de invoering van de wia stromen meer mannen in in de wga-gedeeltelijk. Bij de wga-volledig is in 2013 daarentegen het aantal instromende vrouwen iets groter (54%). Mogelijk is dit te verklaren door het verschil in type aandoeningen van mannen en vrouwen; vrouwen stromen vaker in de wga in vanwege psychische aandoeningen en mannen vanwege klachten aan het bewegingsapparaat. Psychische klachten leiden mogelijk vaker tot niet-duurzame volledige arbeidsongeschiktheid dan klachten aan het bewegingsapparaat.

In absolute zin is de instroom van mannen en vrouwen nu weliswaar nagenoeg gelijk, maar als we kijken naar het aantal instromende mannen en vrouwen ten opzichte van het aantal verzekerde mannen en vrouwen voor arbeidsongeschiktheid, zien we dat vrouwen relatief vaker arbeidsongeschikt werden dan mannen.³ Het verschil in instroompercentage was vooral ten tijde van de wao groot, maar nam tussen 2001 en 2004 behoorlijk af. Waarschijnlijk heeft het beleid om de instroom van (jonge) vrouwen (met jonge kinderen) in de wao te beperken vruchten afgeworpen (Jehoel-Gijsbers 2007).

Figuur 3.4

WIA-instroom naar regeling en geslacht, 2014 (in procenten)



Bron: uwv

Tabel 3.2 laat zien dat het verschil na de invoering van de WIA verder blijft afnemen en in 2014 nagenoeg verdwenen is. Wel zijn er binnen de jongste leeftijdsgroepen nog verschillen te zien, vooral in de leeftijdsgroep 25-34 jaar (niet in de tabel). Een logische verklaring lijkt dat bij jongere vrouwen aan zwangerschap gerelateerde aandoeningen vaker voorkomen. Maar het blijkt dat vooral psychische aandoeningen, gevolgd door klachten aan het bewegingsapparaat, oorzaken van arbeidsongeschiktheid zijn bij de jongere vrouwen (Kenniscentrum uwv 2015). Op hogere leeftijd blijven waarschijnlijk de gezonde werkenden over en verschillen werkende mannen en vrouwen naar gezondheidssituatie minder van elkaar.

Tabel 3.2

Ontwikkeling instroompercentage WIA naar geslacht, 2000-2014

	2000	2006	2014
man	1,18	0,41	0,50
vrouw	1,86	0,50	0,53
totaal	1,47	0,45	0,51
verhouding vrouw/man	1,58	1,23	1,05

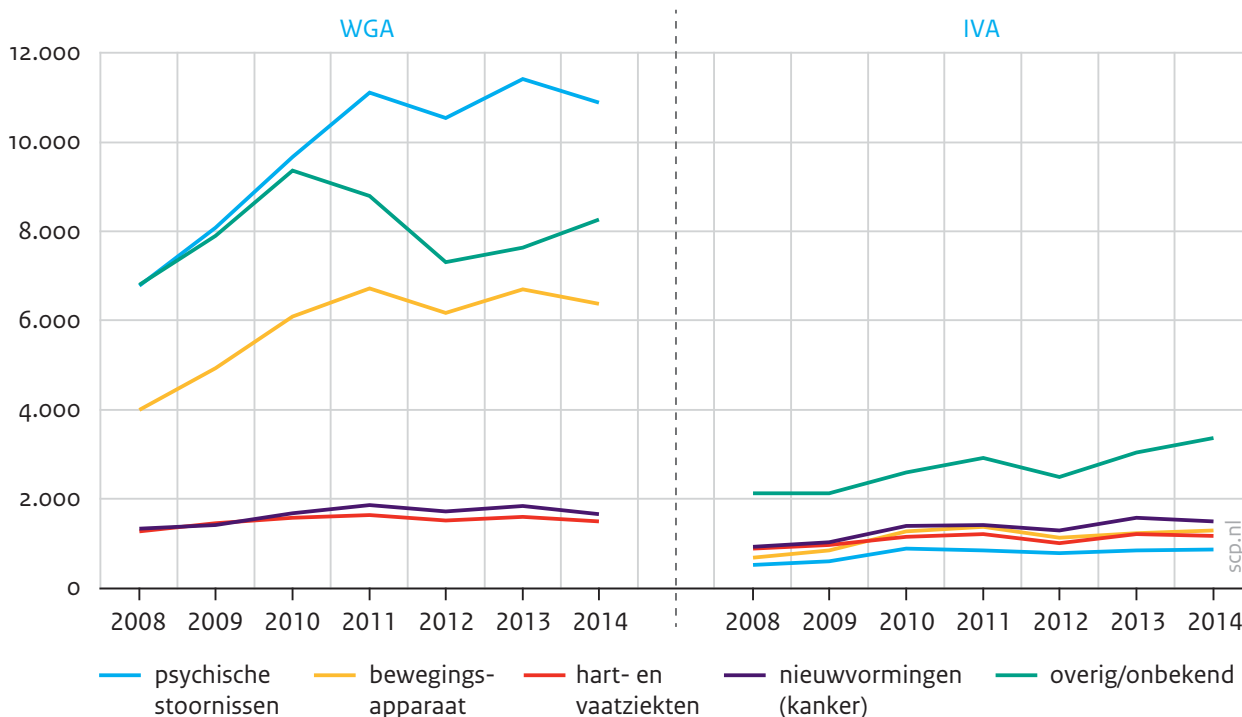
Bron: uwv

Instroom naar diagnose

Een groot deel van de mensen die instromen in de wia heeft een psychische aandoening (zie figuur 3.5). Het aantal mensen dat in de Regeling werkhervatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten (wga) terechtkomt vanwege een psychische aandoening is sterker gestegen dan de instroom vanwege andere typen aandoeningen. De oorzaken hiervan zijn niet duidelijk, maar mogelijk is het door de eisen van de maatschappij lastiger geworden om met psychische beperkingen te functioneren op de arbeidsmarkt.

Figuur 3.5

Instroom wga/iva naar diagnose, 2008-2014 (in absolute aantallen)



Bron: uuv

De tijdelijke daling van de wia-instroom in 2012 om administratieve redenen is bij elke diagnoseklasse terug te zien. Bij de Regeling inkomensvoorziening volledig en duurzaam arbeidsongeschikten (iva) zien we dat de instroom ongeveer gelijk verdeeld is over de verschillende diagnosegroepen. De instroom in de iva bestaat uit mensen met uiteenlopende beperkingen van dusdanige ernst dat zij hierdoor volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn.

3.3 Ontwikkelingen in volume, in- en uitstroom Wajong-uitkeringen

De instroom in de Wajong is in 2014 meer dan verdubbeld ten opzichte van die in 2002. Stroomden in 2002 bijna 8000 mensen in de Wajong in, in 2014 waren dat er meer dan 17.000 (tabel 3.3). De uitstroom is in die periode gestegen van 3900 in 2002 naar 5700 in 2014. Per saldo is het aantal lopende Wajong-uitkeringen in deze periode dus fors geste-

gen, namelijk van 134.400 eind 2002 naar 250.600 eind 2014. Vanaf 2015 daalt de instroom in de Wajong sterk, doordat alleen nog maar volledig en duurzaam jonggehandicapten kunnen instromen in de Wajong 2015 of oude rechten herleven.

Er zijn verschillende verklaringen voor de stijgende instroom. Zo is de stijging deels toe te schrijven aan het feit dat gemeenten in die periode met de invoering van de Wet werk en bijstand (2004) een financiële prikkel kregen om het aantal bijstandsuitkeringen zo laag mogelijk te houden, door mensen aan werk te helpen of ze door te verwijzen naar andere regelingen, waaronder de Wajong (Van Vuuren et al. 2011). De instroom in de Wajong vanuit de bijstand bedroeg tussen 2004 en 2007 jaarlijks tussen de 800 en 3000 personen, waar het voorheen om enkele honderden ging. Een tweede verklaring is de groei van het aantal jongeren dat terechtkomt in het praktijkonderwijs en voortgezet speciaal onderwijs (vso) en van daaruit in de Wajong instroomt. Het aantal leerlingen in het vso is toegenomen van zo'n 10.000 in schooljaar 2001/'02 tot 22.000 in het jaar 2011/'12 (De Roos en Bloem 2014). Deze toename komt mogelijk door betere diagnostische kennis en het sneller onderkennen van gedragsproblemen en vaker doorverwijzen naar speciale scholen (Besseling et al. 2007). Het aantal leerlingen in het speciaal basisonderwijs is niet toegenomen.

Tabel 3.3

Volume in- en uitstroom in de Wajong, 2002-2015 (in aantal uitkeringen x 1000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
oude Wajong														
instroom	7,7	8,2	9,4	10,4	13,6	15,3	16,1	17,6	8,0	1,8	1,5	1,6	1,2	1,1
uitstroom	3,9	4,4	5,0	5,6	4,9	4,4	4,3	4,3	4,5	4,7	4,3	4,3	4,2	4,5
lopende uitkeringen	134,4	138,1	142,5	147,2	155,9	166,8	178,6	192,0	195,4	192,4	189,6	186,9	183,9	180,6
Wajong 2010														
instroom									9,8	14,5	13,8	16,1	16,3	2,0
uitstroom									0,1	0,4	0,8	1,2	1,5	1,9
lopende uitkeringen									9,7	23,8	36,9	51,8	66,7	66,9
Wajong 2015														
instroom														1,3
uitstroom														0
lopende uitkeringen														1,3
Wajong totaal														
instroom	7,7	8,2	9,4	10,4	13,6	15,3	16,1	17,6	17,8	16,3	15,3	17,7	17,5	4,4
uitstroom	3,9	4,4	5,0	5,6	4,9	4,4	4,3	4,3	4,6	5,1	5,1	5,5	5,7	6,4
lopende uitkeringen	134,4	138,1	142,5	147,2	155,9	166,8	178,6	192,0	205,1	216,2	226,5	238,7	250,6	248,8

Bron: UWV

Instroom naar regeling Wajong 2010

Tabel 3.4 laat zien dat de verdeling van de instroom over de drie regelingen in de Wajong 2010⁴ vanaf 2012 vrij stabiel is. Zo'n 57% van de instroom in de Wajong 2010 komt in de werkregeling terecht. Dit betekent dat van deze jonggehandicapten wordt verwacht dat zij (nu of op termijn) arbeidsmogelijkheden hebben voor regulier of beschut werk. Bij de Wajongers in de werkregeling staat niet het recht op inkomensondersteuning centraal, maar het recht op ondersteuning bij het zoeken naar en uitvoeren van betaald werk.

Tabel 3.4

Verdeling over de regelingen bij aanvang Wajong 2010, 2010-2014 (in procenten)

	aandeel instroom 2010	aandeel instroom 2011	aandeel instroom 2012	aandeel instroom 2013	aandeel instroom 2014
uitkeringsregeling	13	8	7	6	6
werkregeling	54	51	55	57	57
studieregeling	34	41	37	37	37
totaal nieuwe uitkeringen	100	100	100	100	100

Bron: uww

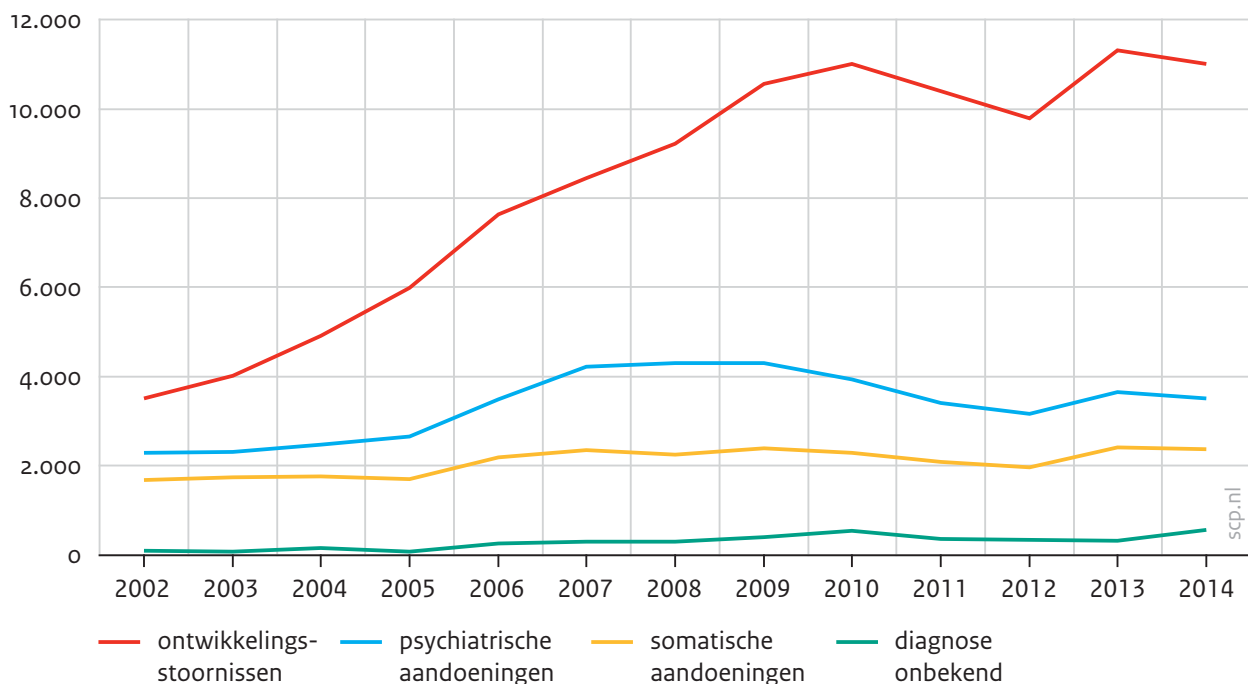
Zo'n 6% komt in de uitkeringsregeling terecht en ruim een derde van de jonggehandicapten stroomt in in de studieregeling. Van de laatsten zal een deel uiteindelijk nog doorstromen naar de werkregeling. Het is ook mogelijk dat mensen vanuit de studieregeling en de werkregeling doorstromen naar de uitkeringsregeling, als na verloop van tijd hun arbeidsmogelijkheden veranderen.

Instroom naar diagnose

In figuur 3.6 is te zien dat het aantal jongeren dat in de Wajong instroomt vanwege een ontwikkelingsstoornis, zoals een verstandelijke beperking, tot 2010 sterk gestegen is. Deze stijging hangt samen met de eerdergenoemde toename van het aantal leerlingen in het voortgezet speciaal onderwijs; het gaat vooral om leerlingen met verstandelijke of lichamelijke beperkingen. Mogelijk speelt bij het toenemen van het aantal leerlingen in het voortgezet onderwijs mee dat door het ingewikkelder worden van de maatschappij het lastiger is om zonder ondersteuning goed te functioneren op school, evenals op de arbeidsmarkt (Woittiez et al. 2014). Na 2010 is het aantal Wajong-toekenningen vanwege een ontwikkelingsstoornis weliswaar afgenomen, maar het blijft nog wel hoog. Tussen 2012 en 2013 zien we opnieuw een stijging in de instroom vanwege een ontwikkelingsstoornis, maar in 2014 neemt de instroom weer iets af.

Figuur 3.6

Instroom Wajong naar diagnosegroep, 2002-2014 (in absolute aantallen)



Bron: uuv

3.4 Ontwikkelingen in arbeidsdeelname van wao'ers en wga'ers

De voorgaande paragrafen lieten de ontwikkelingen in instroom en aantal uitkeringen zien. De volgende paragrafen tonen ontwikkelingen in arbeidsparticipatie van mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het aantal werkende wao'ers is van 2008 tot 2014 jaarlijks gedaald (tabel 3.5).⁵ Dit is niet verwonderlijk, aangezien het aantal uitkeringsgerechtigden in de wao ook is gedaald, vooral doordat wao'ers de pensioengerechtigde leeftijd bereiken. Het aandeel werkende wao'ers daalt echter ook gestaag. Dit is te verklaren door de toenemende gemiddelde leeftijd van de mensen in de wao, mede doordat er geen nieuwe mensen meer in de wao kunnen komen. Doordat de meeste wao'ers al wat ouder zijn, vinden zij na verlies van werk waarschijnlijk erg moeilijk een andere baan. Wel is de groep wao'ers in vergelijking met de andere groepen arbeidsbeperkten nog altijd veruit de grootste groep met in absolute aantallen de meeste werkenden.

Bij de groep gedeeltelijk arbeidsgeschikten in de wga zien we dat het aantal werkenden sinds 2008 jaarlijks is toegenomen. Maar doordat het totaal aantal gedeeltelijk arbeidsgeschikten sneller stijgt dan het aantal werkenden onder hen, is het aandeel werkenden onder hen gedaald.

De groep volledig arbeidsongeschikten in de wga neemt, net als de groep gedeeltelijk arbeidsgeschikten, jaarlijks in aantal toe. Het aantal werkenden steeg aanvankelijk mee, maar begint vanaf 2012 te dalen. Als we kijken naar het aandeel werkende volledige

WGA'ers zien we dat de arbeidsdeelname van deze groep gedurende de hele weergegeven periode daalt.

Tabel 3.5

Arbeidsdeelname van mensen in de WGA en de WAO, 2008-2014 (in absolute aantallen x 1000 en procenten)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
uitkeringsgerechtigden, totaal							
WGA-volledig	33,9	47,0	60,4	73,8	84,6	95,4	104,8
WGA-gedeeltelijk	11,7	15,7	21,5	28,6	34,3	39,6	43,9
WAO	558,0	521,7	486,3	443,9	406,2	373,1	343,0
werkenden							
WGA-volledig	6,4	7,9	8,9	9,8	9,2	9,0	8,8
WGA-gedeeltelijk	6,5	8,5	11,0	14,4	16,0	17,3	18,7
WAO	127,2	115,0	104,4	94,1	83,2	73,3	65,6
werkenden							
% WGA-volledig	19,0	16,7	14,7	13,3	10,9	9,4	8,4
% WGA-gedeeltelijk	55,6	53,9	51,3	50,3	46,7	43,6	42,5
% WAO	22,8	22,0	21,5	21,2	20,5	19,7	19,1

Bron: uwv

Er zijn verschillende verklaringen te geven voor de daling van de arbeidsdeelname van mensen in de WGA. Een eerste is de economische crisis, waardoor werkgevers minder geneigd zijn om mensen met een beperking aan te nemen of in dienst te houden. Begin 2014 bereikte de werkloze beroepsbevolking een recordhoogte van circa 700.000 en het aantal openstaande vacatures eind 2013 een dieptepunt onder de 100.000. Ook het aantal banen maakte een ongunstige ontwikkeling door. Na een toename van het aantal banen in 2010 en begin 2011, is dat aantal vanaf het tweede kwartaal van 2011 afgenomen tot ongeveer 7,7 miljoen (CBS 2014). Waarschijnlijk dragen deze ontwikkelingen ertoe bij dat het voor werkgevers lastig is om mensen met een arbeidsbeperking in dienst te nemen en/of te houden. Vanaf 2014 is er weer sprake van een voorzichtig herstel, met economische groei en een toename van de werkgelegenheid.

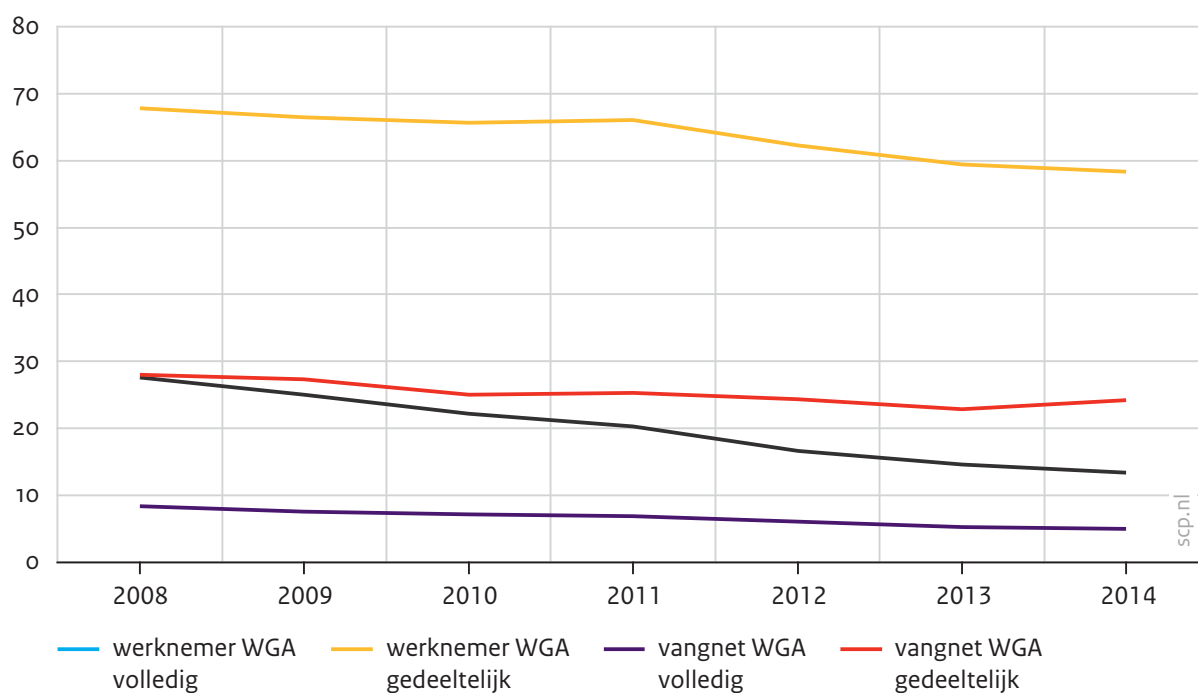
Een tweede verklaring is dat de groep WGA'ers steeds meer bestaat uit mensen die al langere tijd een uitkering ontvangen. De WIA is een relatief nieuwe wet en het lopende bestand met WGA-gerechtigden is nog een bestand in opbouw. In de eerste jaren na de invoering van de WIA hadden mensen nog maar kort een uitkering; inmiddels bestaat het lopende bestand ook uit mensen die al een langere tijd een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen. In het begin van de arbeidsongeschiktheid is de mate van arbeidsdeelname vaak wat hoger. Vooral de groep WGA-gedeeltelijk zal in het begin nog vaak bij de huidige werkgever in dienst kunnen blijven. Naarmate de groep WGA'ers voor een groter deel bestaat uit mensen die al wat langer een uitkering ontvangen, daalt de arbeids-

deelname, doordat bij een deel van de mensen de klachten verergeren en/of mensen niet langer bij hun werkgever in dienst kunnen blijven. De gedeeltelijke wga'ers die wel in staat zijn om te (blijven) werken, zullen voor een deel uitstromen uit de uitkering.

Een derde verklaring voor de daling van de arbeidsdeelname is een verandering van de samenstelling van de groep wga'ers. De mensen die een wia-uitkering aanvragen, zijn door de jaren heen gemiddeld steeds ouder geworden en het aandeel mensen onder hen met een psychische aandoening is gestegen. Bekend is dat mensen met deze kenmerken een kleinere kans hebben op succesvolle arbeidsdeelname. Ook is het aandeel mensen zonder binding met de arbeidsmarkt, de voormalige vangnetters, in de groep wga'ers toegenomen. Het verschil tussen voormalige vangnetters en voormalige werknemers staat beschreven in kader 3.2. De arbeidsdeelname van mensen zonder binding met de arbeidsmarkt die uit het vangnet van de Ziektewet afkomstig zijn, is gemiddeld een stuk lager dan die van mensen die, voordat ze in de wia terechtkwamen, tijdens de ziekteperiode een vast contract bij een werkgever hadden.

Figuur 3.7

Aandeel werkenden in de wga, 2008-2014 (in procenten)



Bron: uwv

Vervolganalyses van het Kenniscentrum uwv zullen meer inzicht geven in de mate waarin de veranderde samenstelling van de populatie van invloed is op de daling van de arbeidsparticipatie.⁶ Het lijkt erop dat de daling bij de groep wga-gedeeltelijk voor meer dan een derde het gevolg is van de veranderde samenstelling, en dan met name het grotere aandeel vangnetters in de populatie. Maar ook de conjunctuur speelt een grote rol.

Figuur 3.7 maakt het grote verschil in arbeidsdeelname tussen WGA'ers met en WGA'ers zonder binding met de arbeidsmarkt goed inzichtelijk. Zowel bij de gedeeltelijk als bij de volledig arbeidsongeschikten is het aandeel werkenden onder de voormalige vangnetters grofweg een factor 2,5 lager dan dat onder de voormalige werknemers. Positief is dat het aandeel werkende vangnetters WGA-gedeeltelijk iets toeneemt.

3.5 Ontwikkelingen in arbeidsdeelname van Wajongers

Tabel 3.6 geeft inzicht in de arbeidsdeelname van mensen met een Wajong-uitkering. Bij de interpretatie van het aandeel werkenden is het belangrijk te weten dat het in het databestand nog niet mogelijk is onderscheid te maken tussen de personen die wel en die geen arbeidsvermogen hebben. In de oude Wajong werd namelijk (in tegenstelling tot de Wajong 2010) geen onderscheid gemaakt op dit vlak. Dit geeft een wat vertekend beeld, doordat mensen met arbeidsmogelijkheden vanzelfsprekend vaker aan het werk zijn dan mensen zonder arbeidsmogelijkheden. Als in 2018 de herindeling naar arbeidsvermogen afgerond is, zal dit onderscheid wel gemaakt kunnen worden.

Tabel 3.6

Arbidsdeelname van mensen in de Wajong, 2008-2014 (in absolute aantallen en procenten)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
werkende Wajongers totaal ^a	46.000	47.600	50.400	54.000	53.000	53.100	55.600
% werkende Wajongers totaal	25,7	24,8	24,6	25,0	23,4	22,2	22,2
% Wajongers werkend bij een reguliere werkgever	11,5	11,4	12,1	13,2	12,2	11,7	12,1
% Wajongers werkend in of via sociale werkvoorziening	14,2	13,4	12,5	11,7	11,2	10,5	10,1

a Het aantal werkende Wajongers bestaat eind 2014 voor nog bijna 80% uit Wajongers die onder de oude Wajong vallen.

Bron: uww

Tabel 3.6 maakt inzichtelijk dat het aantal werkenden jaarlijks stijgt, met name als gevolg van een stijging van het aantal uitkeringsgerechtigde Wajongers. Het aandeel Wajongers dat werkt, is echter tot 2011 jaren stabiel geweest. Tussen 2008 en 2011 schommelde het namelijk rond een kwart. In 2012 heeft zich vervolgens een daling ingezet, die in 2013 is doorgegaan. Om wat meer over deze daling te zeggen, zoomen we in op de twee subgroepen van werkende Wajongers: degenen die werken bij een reguliere werkgever en degenen die werken in of via de sociale werkvoorziening.

In de groep die bij een reguliere werkgever werkt, zien we een redelijk stabiel beeld bij het aandeel werkenden. Na een licht stijgende lijn in het aandeel werkenden vanaf 2009, zien we na 2011 een lichte daling, gevolgd door weer een lichte stijging in 2014. Het gaat om rond de 12% van de Wajongers die werken bij reguliere werkgevers. De economische crisis is de meest logische verklaring voor de daling na 2011. Een daling van de werkgelegenheid in combinatie met een stijging van het aantal werkloze jongeren, maakt het ook voor jongeren met een beperking vermoedelijk lastiger om aan het werk te komen en blijven. In absolute aantallen is het aantal Wajongers dat werkt bij een reguliere werkgever toegenomen met 9700 naar 30.300 Wajongers eind 2014 (niet in de tabel).

Onder de Wajongers die in of via de sociale werkvoorziening werken, is een andere ontwikkeling te zien, namelijk een dalende trend in het aandeel werkenden, die zich van 2008 tot aan 2013 gestaag heeft voortgezet. Dit is het gevolg van het continue aantal arbeidsplaatsen dat beschikbaar is in de sociale werkvoorziening, namelijk ongeveer 100.000. Daarbinnen is er relatief weinig verloop. Als resultaat van het toenemende aantal Wajongers dat werkt, daalt dan het aandeel werkenden in deze groep; het aantal werkende Wajongers lag eind 2014 rond de 25.300 (in 2008 ging het om 25.400, niet in de tabel).

Een noemenswaardige ontwikkeling is het gegeven dat er sinds 2011 voor het eerst meer Wajongers bij een reguliere werkgever werken dan in of via de sociale werkvoorziening. Deze trend sluit aan bij het beleid om mensen in de Wajong in principe te begeleiden naar werk bij een reguliere werkgever. Mogelijk heeft hierbij de aandacht voor Wajongers in het kader van de in 2015 ingevoerde Participatiewet een rol gespeeld. De afspraken over extra banen voor mensen uit de doelgroep van de Participatiewet (de Wet banenafpraak en quotum arbeidsbeperkten) zullen in de toekomst wellicht voor een verdere stijging van de arbeidsdeelname van deze groep zorgen, te meer aangezien is afgesproken dat mensen met een Wajong-uitkering of Wsw-indicatie in 2015 en 2016 voorrang krijgen op deze banen. Dit neemt niet weg dat voor deze doelgroep het werken bij een reguliere werkgever vaak veel inspanningen vergt. Voor een groot deel van de doelgroep is (langdurige) ondersteuning een voorwaarde om het werk bij een reguliere werkgever te kunnen behouden. Uit de *uwv Monitor arbeidsparticipatie 2015* (uwv 2016) blijkt dat bijna 60% van de Wajongers die werken bij een reguliere werkgever, een of meerdere vormen van ondersteuning krijgt, bijvoorbeeld loondispensatie en/of een jobcoach.

3.6 Samenvatting en conclusies

Nadat eind 2002 een recordhoogte van zo'n 993.000 arbeidsongeschiktheidsuitkeringen was bereikt, nam het aantal uitkeringen af tot ruim 808.000 eind 2015. De grootste daling vond plaats tussen eind 2004 en 2006. De daling is vooral het gevolg van beleidsmaatregelen die de instroom sterk hebben beperkt, zoals de verlenging van loondoorbetaling bij ziekte, de verhoging van de arbeidsongeschiktheidsdrempel van 15% naar 35% en het toepassen van strengere criteria waarmee de mate van arbeidsongeschiktheid wordt bepaald.

De WAO en WAZ zijn afschaft en de WIA is ingevoerd in 2006. Het aantal WIA-uitkeringen neemt wel nog steeds toe, maar dat komt doordat het een nog relatief nieuwe wet is en de balans tussen de in- en uitstroom pas bereikt wordt rond 2030. Ten tijde van de WAO was het risico op een arbeidsongeschiktheidsuitkering voor vrouwen een stuk hoger dan voor mannen, maar dat verschil is inmiddels nagenoeg verdwenen.

De arbeidsparticipatie van WAO'ers daalt al jaren achter elkaar. Dit komt vooral doordat de WAO-populatie steeds ouder wordt. Bij de WIA zien we verschillende ontwikkelingen in de arbeidsparticipatie van mensen met een uitkering. Door een stijging in het aantal uitkeringen in de groep WGA-gedeeltelijk neemt ook het aantal werkenden uit die groep toe. Het aandeel werkenden onder hen neemt echter af. Bij de groep WGA-volledig is er sprake van een daling van zowel het aantal als het aandeel werkenden.

Er zijn diverse oorzaken voor de daling van het aandeel werkende WGA'ers. Ten eerste bestaat de groep WGA'ers steeds meer uit mensen die al langer arbeidsongeschikt zijn. Dit zijn de mensen voor wie het moeilijker is om weer aan het werk te komen. Ook de samenstelling van de groep verandert. Er zijn meer ouderen, een groter aandeel van de groep WGA'ers heeft een psychische beperking en het aandeel voormalige vangnetters binnen de WGA is gestegen. Daarnaast heeft de economische crisis waarschijnlijk een grote impact gehad, doordat het voor werkgevers lastig was om mensen met een beperking in dienst te houden of te nemen.

Het aantal Wajong-uitkeringen is tussen eind 2002 en 2014 met zo'n 116.000 toegenomen tot 250.600 uitkeringen. Het lukt maar weinig Wajongers om uit de uitkering te stromen en de instroom is tussen 2002 en 2008 sterk gestegen. Deze stijging hangt samen met de sterke doorstroom van jonggehandicapten van de bijstand naar de Wajong en de toename van het aantal leerlingen op het voortgezet speciaal onderwijs en het praktijkonderwijs. Vanaf 2015 kunnen alleen nog maar jonggehandicapten die duurzaam geen arbeidsvermogen hebben in de Wajong instromen. Eind 2015 waren er 248.800 Wajong-uitkeringen en dit aantal zal de komende jaren gaan dalen.

Ook al stromen Wajongers niet snel uit een uitkering, ze kunnen wel degelijk aan het werk zijn. Eind 2014 zijn er 55.600 Wajongers aan het werk, dat is 22% van de totale Wajong-populatie. Een aantal jaren geleden lag het aandeel werkende Wajongers nog rond de 25%. Mogelijk werd het door de economische crisis toch lastiger om Wajongers aan het werk te krijgen en te houden, en in de sociale werkvoorziening kwamen er geen nieuwe plaatsen bij. Een positieve ontwikkeling is dat er steeds meer Wajongers aan het werk zijn bij reguliere werkgevers; inmiddels werken er meer Wajongers bij reguliere werkgevers dan in de sociale werkvoorziening. Wel houdt werken bij reguliere werkgevers vaak aangepast werk in en heeft een ruime meerderheid van de werkende Wajongers (langdurige) ondersteuning nodig, bijvoorbeeld in de vorm van een jobcoach of loondispensatie.

Noten

- 1 Voor alle tabellen en grafieken in dit hoofdstuk geldt dat de bron uwv is. De data hebben betrekking op uitkeringen van personen. Een persoon kan meerdere uitkeringen hebben, maar dat komt bij arbeidsongeschiktheidsuitkeringen maar weinig voor. Waar mogelijk zijn data tot en met eind 2015 gebruikt.
- 2 De wijziging in telmethodiek houdt in dat vanaf juni 2012 per kalendermaand wordt geteld in plaats van per transactiemaand. Als gevolg daarvan werden er in 2012 eenmalig minder weken meegeteld en daardoor minder uitkeringen. Vanaf 2013 gaan de jaartellingen weer over alle weken in een jaar. Voor meer informatie zie Kenniscentrum uwv (2013b: art. 1).
- 3 Het instroompercentage is een maat voor de kans op arbeidsongeschiktheid. Het instroompercentage wia is gedefinieerd als: $[\text{Instroom (jaar)} / \text{verzekerde personen (jaar-2)}] \times 100\%$.
- 4 Het betreft hier de instroom in de Wajong 2010, die in 2010 is ingevoerd, en niet de Wajong die vanaf 2015 geldt voor jonggehandicapten zonder arbeidsvermogen.
- 5 De definitie van werk is dat er in de laatste maand van het verslagjaar een inkomstenverhouding is en dat het loon Sociale Verzekering in die maand groter dan nul is. Een baan telt dus ook mee als er nog maar weinig loon is verdiend in die maand.
- 6 Het Kenniscentrum uwv publiceert in september 2016 een artikel over de mate waarin veranderingen in de samenstelling van de WGA-populatie van invloed zijn op de ontwikkelingen in arbeidsparticipatie.

Literatuur

- Besseling, J., B. Hagen, S. Andriessen, A. te Peele, M. Crone, L. Kok en E. de Vos (2007). *Toename gebruik ondersteuning door jongeren met een gezondheidsbeperking* (rapportnr. 385). Den Haag: TNO.
- CBS (2014). *De Nederlandse economie 2013*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Cuelenaere, B. en T. Veerman (2011). *Onderzoek evaluatie wia*. Leiden: Astri Beleidsonderzoek en -advies.
- Jehoel-Gijsbers, G. (red.) (2007). *Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kenniscentrum uwv (2013a). *uwv Kennisverslag 2013-3*. Amsterdam: uwv.
- Kenniscentrum uwv (2013b). *uwv Kennisverslag 2013-1*. Amsterdam: uwv.
- Kenniscentrum uwv (2015). *uwv Kennisverslag 2015-2*. Amsterdam: uwv.
- Roos, M. de en M. Bloem (2014). Uit het voortgezet speciaal onderwijs en dan? In: *Sociaaleconomische trends 2014*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Sonsbeek J.M. van en R.H.J.M. Gradus (2012). Estimating the effects of recent disability reforms in the Netherlands. In: *Oxford Economic Papers*, jg. 65, nr. 4, p. 832-855.
- uwv (2016). *uwv Monitor arbeidsparticipatie 2015. Aan het werk zijn, komen en blijven van mensen met een arbeidsbeperking*. Amsterdam: uwv.
- Vuuren, D. van, F. van Es en G. Roelofs (2011). *CPB policy brief 2011/09. Van bijstand naar Wajong*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Woittiez, I., L. Putman, E. Eggink en M. Ras (2014). *Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

4 Arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering

Patricia van Echtelt¹

4.1 Gezondheid en samenleving

Het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering is een van de fundamenteën van onze verzorgingsstaat. De vraag is echter wie daar aanspraak op kan maken en wie niet (Roulstone 2015). Na een periode van groei in het aantal arbeidsongeschikten, zijn de toetredingscriteria voor de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen de laatste decennia aangescherpt: men komt minder snel in aanmerking voor een uitkering. Van groepen die voorheen werden vrijgesteld van werk, zoals ouderen en mensen met gezondheidsbeperkingen, wordt nu verwacht dat zij naar vermogen participeren. Het beleid is vooral bedoeld om de verzorgingsstaat ook op langere termijn betaalbaar te houden. Daarnaast wordt verondersteld dat werk uiteindelijk ook goed is voor de mensen zelf; het biedt naast inkomen ook mogelijkheden voor sociale contacten en zelfontplooiing (STAR 2013). De wijze waarop in Nederland naar ziekte en werk wordt gekeken, is de afgelopen decennia aan verandering onderhevig geweest. Er is meer aandacht gekomen voor activering en re-integratie; gezondheidsbeperkingen zijn minder dan voorheen een vrijbrief om zich, gesteund door een uitkering, aan het arbeidsproces te onttrekken.

In een periode waarin de toetredingsdrempels voor een uitkering zijn verhoogd en er meer nadruk ligt op activering, wordt de vraag saillant hoe het mensen met gezondheidsbeperkingen vergaat op de arbeidsmarkt. In hoeverre is een slechte gezondheid een reden om niet aan het arbeidsproces deel te nemen? In hoofdstuk 3 is de arbeidsdeelname van mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering uitgebreid aan de orde geweest. Er zijn echter ook mensen met een gezondheidsbeperking die geen recht hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, bijvoorbeeld omdat zij geen arbeidsverleden hebben of omdat hun beperking niet aanwijsbaar tot verlies aan (ten minste 35%) verdien capaciteit leidt. Maar ook voor de groep die geen recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering speelt gezondheid vanzelfsprekend een belangrijke rol bij de arbeidsdeelname. Dit hoofdstuk gaat na in hoeverre gezondheidsbelemmeringen voor deze groep een reden zijn om geen betaald werk te verrichten.

Maatschappelijke opvattingen over ziekte en arbeid: theoretisch perspectief

Het socialezekerheidsstelsel was aanvankelijk bedoeld om inkomensondersteuning te bieden aan mensen die door ziekte of gebrek niet in staat zijn zelfstandig in hun levensbehoefte te voorzien. Het is echter lang niet altijd eenduidig vast te stellen of iemands gezondheidstoestand het hem belet om te werken. Zo kan een blinde weliswaar worden

aangemerkt als gehandicapt, maar tegelijkertijd is hij onder bepaalde omstandigheden prima in staat om betaalde werkzaamheden te verrichten. De socioloog Parsons (1902-1979) beschrijft in zijn klassiek geworden – en tevens veel bekritiseerde – werk de rol van gezondheid in relatie tot arbeid in een samenleving. Hij maakt onderscheid tussen een ‘ziekte hebben’ (*disease*) en het ‘ziek zijn’ (*illness*) (Boot 2001). Terwijl het eerste een min of meer medische aangelegenheid is, heeft het ziek zijn een sterk sociale en maatschappelijke component. Ziek zijn betekent ook dat iemand wordt vrijgesteld van de eisen en normen in een samenleving, zoals de geldende norm om betaald werk te verrichten. Parsons stelt dat de zieke wel aan bepaalde voorwaarden moet voldoen en zich niet zonder meer kan onttrekken aan de eisen van de maatschappij omtrent betaald werk. Zo moet hij er alles aan doen om weer beter te worden (Boot 2001: 132; Kerkhoff 2007; Parsons 1978: 21 en 229). Volgens de theorie kan de zieke zich, volgens de geldende normen, ook te veel terug te trekken uit de samenleving, zonder zich verplicht te voelen beter te worden of een zinvolle bijdrage te leveren. In dat geval is er volgens Parsons sprake van deviant gedrag (Kerkhoff 2007).

Deze theoretische benadering benadrukt dat het niet hoeven werken voor mensen met een beperking als een opluchting gezien kan worden, omdat het hun zwaar valt om aan de geldende eisen van de samenleving omtrent werk te voldoen. Parsons stelt bijvoorbeeld dat sommige mensen door hun beperking minder energie hebben om te werken. Een veelgehoorde kritiek op het model van Parsons is dat mensen met gezondheidsbeperkingen vaak wel willen participeren, maar dat zij hiertoe geen kans krijgen, bijvoorbeeld doordat werkgevers hen niet in dienst willen nemen. De rol van zieke kan ook werken als een self-fulfilling prophecy: iemand kiest ervoor niet te werken omdat hij denkt daarvoor ongeschikt te zijn, terwijl dat niet zo is (Abma 2007; Boot 2001).

Het huidige overheidsbeleid benadrukt juist de plicht om te werken en het uitgangspunt is dat iedereen, ziek of gezond, zou moeten kunnen deelnemen op de arbeidsmarkt. Van sommige mensen wordt uiteraard wel erkend dat ze ziek zijn, al moeten ze – de ernstige gevallen uitgezonderd – er alles aan doen om weer aan het werk te kunnen. Het gaat dan om mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering en mensen die onder de loondoorbetalingsregeling of de Ziektewet vallen. Ook personen die een bijstandsuitkering ontvangen kunnen op medische gronden vrijgesteld worden van de arbeidsplicht, wanneer zij volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn.

Het is de vraag hoe het mensen vergaat op de arbeidsmarkt die weliswaar gezondheidsproblemen ervaren, maar niet onder de arbeidsongeschiktheidsregelingen vallen. Zij zijn niet arbeidsongeschikt en er wordt van hen verwacht dat zij werken, maar ze ondervinden mogelijk wel hinder van hun beperkingen. Misschien hebben zij minder kans op werk doordat werkgevers hen niet willen aannemen. Maar misschien ook kiezen mensen er zelf voor zich terug te trekken van de arbeidsmarkt of minder uren te werken vanwege een slechte gezondheid, bijvoorbeeld omdat ze te weinig energie hebben en werken te zwaar vinden.

In dit hoofdstuk gaan we onder andere na in hoeverre mensen zelf hun gezondheid als motief aandragen voor hun arbeidsmarktkeuzes.

Opzet en vraagstelling

Dit hoofdstuk heeft als doel een beschrijving te geven van de mate waarin gezondheid een rol speelt bij de arbeidsdeelname. We richten ons op personen die geen arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen, maar mogelijk wel gezondheidsbelemmeringen ervaren.² In het navolgende gaan we eerst in op de arbeidsmarktpositie van mensen met een arbeidshandicap. Vervolgens beschrijven we in hoeverre een slechte gezondheid voor mensen een reden is om niet te werken. Tot slot gaan we in paragraaf 4.3 na hoe mensen met gezondheidsbeperkingen betaald werk beleven. Dit doen we door drie aspecten te belichten. Het eerste aspect is het arbeidsethos. In navolging van het model van Parsons gaan we in op het naleven van normen omtrent betaald werk in de samenleving. We beschrijven in hoeverre arbeidsgehandicapten er andere opvattingen op nahouden met betrekking tot de maatschappelijke plicht tot werken. Het tweede aspect is het levensgeluk, dat volgens de overheid positief beïnvloed wordt door het hebben van werk. We gaan na in hoeverre betaald werk inderdaad een bijdrage levert aan het levensgeluk van mensen met en zonder een arbeidshandicap. Het derde aspect zijn de kansen die arbeidsbeperkten hebben op de arbeidsmarkt. Het is mogelijk dat mensen met gezondheidsbeperkingen wel willen werken, maar dat werkgevers hen niet toelaten. We gaan kort in op de vraag hoe het tijdelijke werknemers met gezondheidsproblemen vergaat op de arbeidsmarkt.

De volgende vragen staan in dit hoofdstuk centraal.

- Welk aandeel van de bevolking heeft een arbeidshandicap zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering? Wat is de arbeidsdeelname van deze personen en hoe heeft zich dit ontwikkeld in het afgelopen decennium? Hoe verhoudt de arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen in Nederland zich tot die in andere Europese landen? (§ 4.2)
- In hoeverre is gezondheid een motief voor mensen om niet te werken, minder uren te werken of vervroegd uit te treden? (§ 4.3)
- In hoeverre verschillen mensen met en zonder arbeidshandicap in hun opvattingen over de morele plicht tot werken (arbeidsethos) en in hun inschatting in hoeverre betaald werk bijdraagt tot hun levensgeluk? Hoe vergaat het tijdelijke werknemers met gezondheidsproblemen op de arbeidsmarkt? (§ 4.4)

4.2 Arbeidsgehandicapten en arbeidsdeelname

Deze paragraaf beschrijft welk aandeel van de bevolking een arbeidshandicap heeft, wat hun arbeidsmarktpositie is en in hoeverre zij afhankelijk zijn van een uitkering. We maken hierbij gebruik van de Enquête beroepsbevolking (EBB) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Dit is een grootschalige, langlopende enquête onder personen van

15 jaar en ouder in Nederland over de relatie tussen mens en arbeidsmarkt. Respondenten worden gedurende twaalf maanden vijfmaal bevraagd. In 2014 deden er in de eerste peiling 123.000 personen binnen 51.000 huishoudens mee (zie CBS 2015). Iemand heeft een arbeidshandicap als hij naar eigen zeggen last heeft van een of meer langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps die (in lichte of sterke mate) belemmeren bij het uitvoeren of verkrijgen van werk. Voor deze indicator geldt dat wordt afgegaan op het subjectieve oordeel van de respondenten en niet op hun feitelijke medische toestand.

4.2.1 Samenstelling van de potentiële beroepsbevolking naar arbeidshandicap

Tabel 4.1 toont het aandeel van de bevolking van 15-64 jaar met een arbeidshandicap (kolom 1), het aandeel personen in de bevolking dat geen arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt, maar wel een arbeidshandicap heeft (kolom 2), en het aandeel van de bevolking dat noch een arbeidshandicap, noch een arbeidsongeschiktheidsuitkering heeft (kolom 3). Het gaat om drie verschillende groepen die elkaar niet uitsluiten of aanvullen, waardoor de percentages niet tot 100% optellen.

Van de bevolking van 15-64 jaar heeft ongeveer een op de zeven personen (13%) naar eigen zeggen last van een of meer langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps die hen (in lichte of sterke mate) belemmeren bij het uitvoeren of verkrijgen van werk (tabel 4.1, eerste kolom). Zij worden arbeidsgehandicapt genoemd. Dit aandeel lijkt de laatste jaren tamelijk constant.³

Voor de tweede kolom van tabel 4.1 zijn vervolgens de arbeidsgehandicapten geselecteerd die geen arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen. De kolom toont het aandeel personen in de bevolking van 15-64 jaar dat geen arbeidsongeschiktheidsuitkering heeft, maar wel gezondheidsproblemen ervaart die hen belemmeren bij het uitvoeren of verkrijgen van werk. Van de bevolking van 15-64 jaar geeft bijna een op de tien personen (9%) aan dat dit het geval is.

Tot slot toont de derde kolom van tabel 4.1 het aandeel personen in de bevolking dat noch een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt, noch gezondheidsbelemmeringen ervaart bij het uitvoeren of verkrijgen van werk. De gegevens laten zien dat in 2014 85% van de (potentiële beroeps)bevolking geen gezondheidsbeperking heeft, dat wil zeggen dat ze geen arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen en geen arbeidshandicap ervaren.

Tabel 4.1

Aandelen personen met of zonder arbeidshandicap^a, 15-64-jarigen in particuliere huishoudens, 2003-2014^b (in procenten)

	met arbeidshandicap (totaal)	met arbeidshandicap en geen arbeidsongeschiktheids- uitkering	geen arbeidshandicap en geen arbeidsongeschiktheids- uitkering
2003	17	11	82
2004	17	11	82
2005	16	11	82
2006	16	11	83
2007 ^c	-		
2008 ^c	-		
2009	15	10	84
2010	14	9	85
2011	13	8	86
2012	12	8	86
2013	14	9	85
2014	13	9	85

a Het gaat om drie verschillende groepen die elkaar niet uitsluiten of aanvullen. De cijfers tellen daardoor niet op tot 100%.

b Tijdreeksen moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd door wijzigingen in de onderzoeksofzet van de EBB na 2009 en 2012 (zie noot 3 bij dit hoofdstuk).

c Voor 2007 en 2008 zijn geen gegevens beschikbaar over arbeidsgehandicapten.

Bron: CBS (EBB'03-'14) SCP-bewerking

In tabel 4.2 zijn de drie genoemde groepen uitgesplitst naar achtergrondkenmerken. Wederom geldt dat de percentages niet optellen tot 100, omdat het om drie verschillende groepen gaat. De rechterkolom toont dat mannen, jongeren, hoger opgeleiden en autochtonen gemiddeld genomen vaker geen gezondheidsbeperking hebben (niet arbeidsongeschikt en geen arbeidshandicap) dan vrouwen, ouderen, lager opgeleiden en niet-westerse migranten en hun kinderen/nakomelingen. Verder blijkt uit de tabel (tweede kolom) dat 11% van de vrouwen van 15-64 jaar zegt dat hun gezondheid hen belemmert bij het werk, zonder dat zij een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen, tegen 7% van de mannen. In de leeftijdsgroep 55-64-jarigen is het aandeel arbeidsgehandicapten 15%, terwijl dit in groep 15-24-jarigen 5% is. Ook naar opleidingsniveau zien we grote verschillen: van degenen met een laag opleidingsniveau heeft 13% een arbeidshandicap en geen arbeidsongeschiktheidsuitkering, tegenover 5% bij de hoogopgeleiden. De verschillen naar herkomst zijn kleiner: niet-westerse migranten en hun kinderen/nakomelingen hebben iets vaker een arbeidshandicap en geen arbeidsongeschiktheidsuitkering (11%) dan autochtonen (9%).

Tot slot is in tabel 4.2 het aandeel arbeidsgehandicapten weergegeven onder mensen met een werkloosheidsuitkering (ww) of een bijstandsuitkering. Het aandeel is relatief hoog onder mensen met een werkloosheidsuitkering (12%) en is aanzienlijk onder bijstandsontvangers. Ongeveer de helft van de bijstandspopulatie (48%) behoort tot de groep die volgens hun eigen opgave een arbeidshandicap heeft en geen arbeidsongeschiktheidsuitkering. Nog niet de helft van de bijstandsontvangers is zonder gezondheidsbeperking, dat wil zeggen niet arbeidsongeschikt en geen arbeidshandicap.

Tabel 4.2

Arbeidsgehandicapten naar achtergrondkenmerken^a, 15-64-jarigen, 2014 (in procenten)

	met arbeidshandicap (totaal)	met arbeidshandicap en geen arbeids- ongeschiktheids- uitkering	geen arbeidshandicap en geen arbeids- ongeschiktheids- uitkering
totaal	13	9	85
man	12	7	87
vrouw	16	11	83
15-24 jaar	7	5	92
25-34 jaar	9	6	90
35-44 jaar	12	8	87
45-54 jaar	17	10	83
55-64 jaar	25	15	73
laagopgeleid	21	13	77
middelbaar opgeleid	14	9	85
hoogopgeleid	8	5	92
autochtoon	14	9	85
niet-westerse migrant	15	11	84
westerse migrant	15	10	84
ww-uitkering	14	12	86
bijstand, IOAW, IOAZ	51	48	49

a Het gaat om drie verschillende groepen die elkaar niet uitsluiten of aanvullen. De cijfers tellen daardoor niet op tot 100%.

Bron: CBS (EBB'14) SCP-bewerking

Zoals eerder aangegeven, is het mogelijk dat een deel van de groep bijstandsontvangers is vrijgesteld van de arbeidsplicht op medische gronden, maar hierover is geen informatie beschikbaar. In paragraaf 2.3 gaan we verder in op de uitkeringsafhankelijkheid van mensen met een arbeidshandicap.

4.2.2 Arbeidsdeelname arbeidsgehandicapten zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering

In deze paragraaf beschrijven we de arbeidsdeelname⁴ van mensen met een arbeids handicap. Tabel 4.3 (kolom 2) laat zien dat ruim 45% van de arbeidsgehandicapten zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering betaald werk verricht. Bij personen zonder arbeidsbeperking (geen arbeidshandicap en niet arbeidsongeschikt) is dit 80% (rechterkolom). Zoals eerder getoond, is de groep arbeidsgehandicapten naar achtergrondkenmerken anders samengesteld dan de groep zonder arbeidshandicap; zij zijn onder andere ouder en lager opgeleid. Dit is uiteraard ook van invloed op hun arbeidsmarktpositie. Echter, ook wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in achtergrondkenmerken, blijft het verschil tussen mensen met en zonder arbeidshandicap bestaan (niet in de tabel).

Tabel 4.3

Arbeidsdeelname personen met en zonder arbeidshandicap, 15-64-jarigen, 2014 (in procenten)

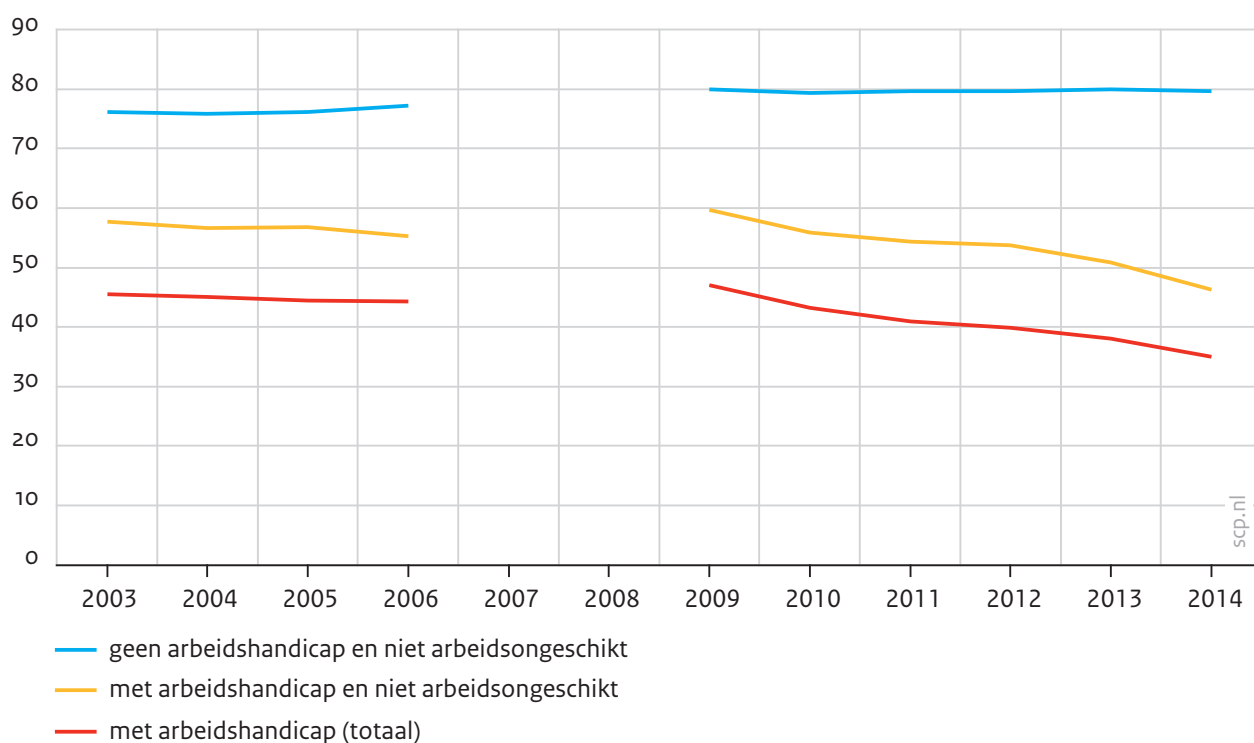
	met arbeidshandicap (totaal)	met arbeidshandicap en geen arbeids- ongeschiktheids- uitkering	geen arbeidshandicap en geen arbeids- ongeschiktheids- uitkering
totaal	35	46	80
vrouwen	33	43	75
mannen	38	51	84
laagopgeleid	24	30	64
middelbaar opgeleid	39	51	81
hoogopgeleid	56	70	90
15-29 jaar	34	42	69
30-49 jaar	40	52	89
≥ 50 jaar	32	43	78

Bron: CBS (EBB'14) SCP-bewerking

De laatste jaren laat de arbeidsdeelname van arbeidsgehandicapten een dalende tendens zien (figuur 4.1). Dit heeft ongetwijfeld te maken met de economische crisis. Niettemin valt op dat deze dalende tendens minder zichtbaar is bij mensen zonder arbeidshandicap. Dit kan erop duiden dat mensen met een arbeidshandicap harder getroffen zijn door de economische crisis (zie ook ROA 2015; Versantvoort 2012). Daarbij moet wel worden opgemerkt dat door wijzigingen in bevraging in de EBB een vergelijking over de tijd moeilijk is te maken (zie § 2.1). De resultaten moeten dus met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Figuur 4.1

Arbeidsdeelname personen met en zonder arbeidshandicap, 15-64-jarigen, 2003-2014^{a, b} (in procenten)



a Voor 2007 en 2008 zijn geen gegevens beschikbaar over arbeidsgehandicapten.

b Tijdreeksen moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd door wijzigingen in de onderzoekopzet van de EBB na 2009 en 2012 (zie noot 3 bij dit hoofdstuk).

Bron: CBS (EBB'03-'14) SCP-bewerking

Arbeidsduur werkenden

Werkenden met een arbeidshandicap zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering werken gemiddeld minder uren per week (28 uur) dan mensen zonder arbeidshandicap (32 uur) (tabel 4.4). Het verschil is vooral gelegen in het kleinere aandeel dat voltijds werkt (in dit geval ten minste 33 uur per week). Mannen, hoger opgeleiden en ouderen werken gemiddeld meer uren per week. Ook wanneer gecorrigeerd wordt voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, blijft het verschil tussen mensen met en zonder arbeidshandicap bestaan (niet in de tabel).

Tabel 4.4

Wekelijkse arbeidsduur personen met en zonder arbeidshandicap, werkende 15-64-jarigen, 2014 (in uren en procenten)

	met arbeidshandicap (totaal)	met arbeidshandicap en geen arbeids- ongeschiktheids- uitkering	geen arbeidshandicap en geen arbeids- ongeschiktheids- uitkering
gemiddelde wekelijkse arbeidsduur (in uren)			
totaal	27	28	32
vrouwen	22	23	26
mannen	32	35	37
laagopgeleid			
middelbaar opgeleid	25	26	27
hoogopgeleid	26	28	31
15-29 jaar	29	30	34
30-49 jaar	22	22	25
≥ 50 jaar	28	29	34
wekelijkse arbeidsduur (in procenten)			
≤ 12 uur	17	16	13
13-24 uur	28	24	17
25-32 uur	19	19	16
≥ 33	36	40	55

Bron: CBS (EBB'14) SCP-bewerking

4.2.3 Werkloosheid en uitkeringsafhankelijkheid arbeidsgehandicapten

Werkloosheid

Personen met een arbeidshandicap (en geen arbeidsongeschiktheidsuitkering) zijn relatief vaak werkloos (tabel 4.5). Van de personen van 15-64 jaar met arbeidshandicap en zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering is in 2014 7,6% werkloos, terwijl dit bij gezonde personen 5,8% is. Werkloos wil hier zeggen dat zij beschikbaar zijn voor werk en actief op zoek zijn naar werk.⁵ Bijna de helft (46%) van de arbeidsgehandicapten behoort niet tot de beroepsbevolking, dat wil zeggen dat ze niet werkzaam zijn en ook niet op zoek zijn naar betaald werk. Dit aandeel is beduidend hoger dan onder personen zonder arbeidshandicap (15%).

Het aandeel personen van 15-64 jaar met een arbeidshandicap dat werkloos is, is in de periode 2009-2014 verdubbeld (tabel 4.5). Het aandeel dat tot de niet-beroepsbevolking behoort (niet werkzaam en niet werkzoekend) nam toe met ruim 10 procentpunten, terwijl

dit aandeel bij personen zonder arbeidshandicap iets daalde. Personen met een arbeidshandicap lijken dus meer dan gemiddeld getroffen te zijn door de economische crisis. Daarbij moet worden opgemerkt dat arbeidsgehandicapten ook wat betreft hun achtergrondkenmerken gemiddeld een minder gunstige positie hebben op de arbeidsmarkt: ze zijn lager opgeleid, ouder en vaak niet-westerse migrant. De tijdreeks over arbeidsgehandicapten moet vanwege een wijziging in de opzet van de EBB met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd (zie § 2.1). De resultaten komen echter overeen met ander onderzoek waaruit blijkt dat een slechtere gezondheid het risico op werkloosheid vergroot (Merens en Josten 2016).

Tabel 4.5

Aandeel werkloos en niet-beroepsbevolking, personen met en zonder arbeidshandicap, 15-64-jarigen, 2003-2014^{a, b} (in procenten)

	werkloos			niet-beroepsbevolking		
	met arbeids-handicap (totaal)	met arbeids-handicap en geen arb.ongesch.-uitkering	geen arbeids-handicap en geen arb.ongesch.-uitkering	met arbeids-handicap	met arbeids-handicap en geen arb.ongesch.-uitkering	geen arbeids-handicap en geen arb.ongesch.-uitkering
2003	3,5	3,7	3,6	50,9	38,6	20,1
2004	4,6	4,9	4,1	50,3	38,3	20,1
2005	4,7	5,2	4,4	50,9	38,0	19,5
2006	4,5	4,9	3,6	51,2	39,8	19,2
2007	-	-	-	-	-	-
2008	-	-	-	-	-	-
2009	3,6	3,7	3,5	49,4	36,6	16,6
2010	4,1	4,6	3,9	52,7	39,5	16,8
2011	4,2	4,7	3,8	54,9	41,0	16,5
2012	5,0	6,0	4,6	55,2	40,3	15,7
2013	6,0	6,7	5,7	56,0	42,4	14,4
2014	6,4	7,6	5,8	58,5	46,2	14,5

a Voor 2007 en 2008 zijn geen gegevens beschikbaar over arbeidsgehandicapten.

b Tijdreeksen moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd door wijzigingen in de onderzoeksopzet van de EBB na 2009 en 2012 (zie noot 3 bij dit hoofdstuk).

Bron: CBS (EBB'03-'14) SCP-bewerking

Uitkeringsafhankelijkheid

Personen met een arbeidshandicap ontvangen relatief vaak een uitkering (tabel 4.6). Zij hebben niet alleen vaak een arbeidsongeschiktheidsuitkering, maar ook relatief vaak een bijstandsuitkering. In 2014 had ruim de helft (53%) van de personen met een arbeidshandicap een uitkering op grond van arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of bijstand. Met name de verschillen in de bijstand zijn groot. Van de personen met een arbeidshandicap heeft 14% een bijstandsuitkering, tegenover 2% bij mensen zonder arbeidshandicap. Bij de

ontvangers van een ww-uitkering zien we hierin minder grote verschillen. Onder invloed van de economische crisis nam het aandeel bijstandsonvangers (met en zonder arbeidshandicap) de laatste jaren toe. Bij arbeidsgehandicapten is die toename echter veel sterker dan bij personen zonder arbeidshandicap.

Tabel 4.6

Uitkeringsafhankelijkheid van personen met en zonder een arbeidshandicap (incl. arbeidsongeschikten), 15-64-jarigen, 2003-2014^{a, b} (in procenten)

	met arbeidshandicap				geen arbeidshandicap			
	arb.ong.- uitkering	ww- uitkering	bijstand	arb.ong., ww of bijstand	arb.ong.- uitkering	ww- uitkering	bijstand	arb.ong., ww of bijstand
2003	35,9	3,1	10,1	46,8	1,8	1,9	2,2	5,9
2004	34,5	3,3	10,7	46,4	1,8	2,4	2,3	6,3
2005	34,3	3,7	10,0	45,7	1,8	2,5	2,3	6,4
2006	32,8	3,3	11,0	45,3	1,5	2,1	2,0	5,5
2007	-	-	-	-	-	-	-	-
2008	-	-	-	-	-	-	-	-
2009	33,0	2,5	10,3	44,7	1,5	2,1	1,6	5,1
2010	35,1	3,1	9,8	46,8	1,7	2,4	1,8	5,8
2011	35,6	2,7	11,2	48,5	1,8	2,5	1,8	6,0
2012	38,0	3,1	10,6	50,5	1,6	2,9	1,9	6,4
2013	36,4	3,5	12,1	50,5	1,3	3,7	2,1	7,0
2014	36,8	3,9	13,5	52,7	1,3	4,1	2,1	7,4

a Tijdreeksen moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd door wijzigingen in de onderzoeksopzet van de EBB na 2009 en 2012 (zie noot 3 bij dit hoofdstuk).

b Voor 2007 en 2008 zijn geen gegevens beschikbaar over arbeidsgehandicapten.

Bron: CBS (EBB'03-'14) SCP-bewerking

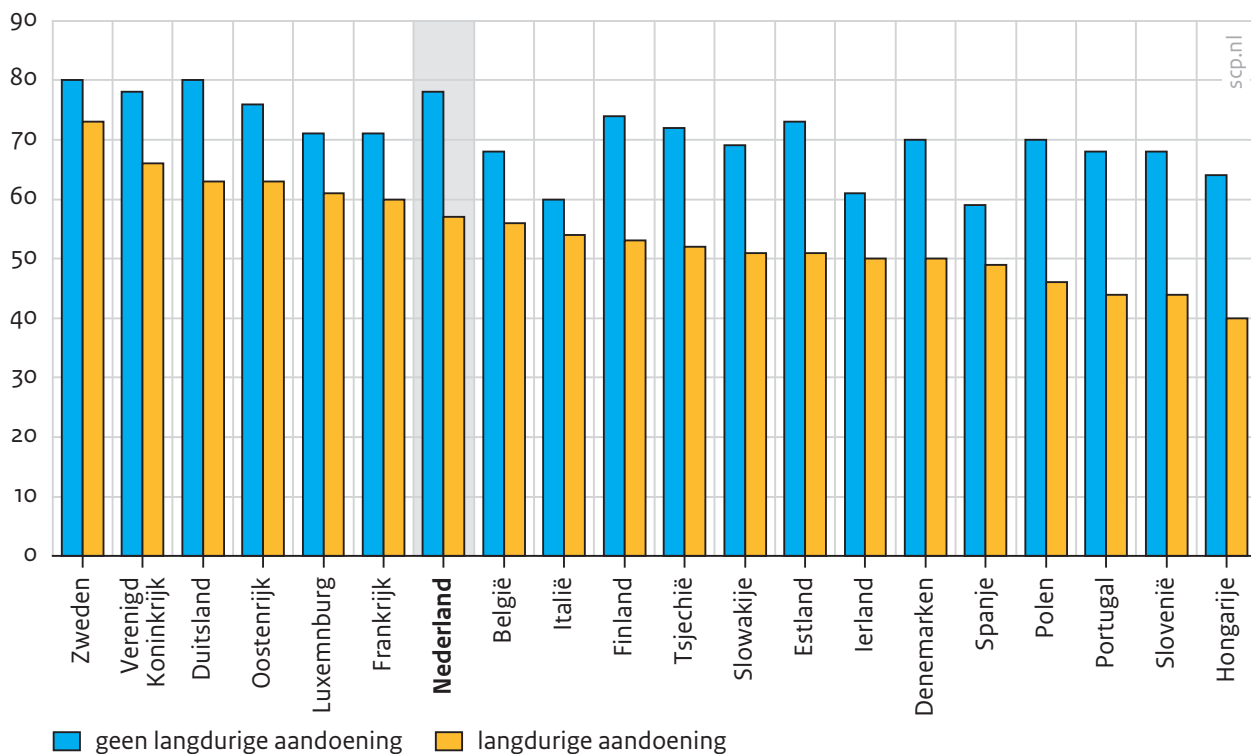
4.2.4 Arbeidsdeelname in internationaal perspectief

Hoewel het een bekend gegeven is dat mensen met gezondheidsbeperkingen minder participeren op de arbeidsmarkt dan gezonde mensen (zie bv. Van Rijssen en Van Deursen 2012; Schuring 2010), is de mate waarin dit gebeurt niet vanzelfsprekend. Dit komt onder meer naar voren als we de arbeidsdeelname van mensen met beperkingen in verschillende landen met elkaar vergelijken. Verschillen zullen mede afhankelijk zijn van het gevoerde arbeidsmarktbeleid en de nadruk die hierin gelegd wordt op re-integratie en participatie (zie Van Echtelt 2012). Zo verschillen landen in de mate waarin werkgevers verantwoordelijk zijn voor de kosten en re-integratie van zieke werknemers en in de mate van ontslagbescherming van (zieke) werknemers. In Nederland is een relatief grote verantwoordelijkheid neergelegd bij werkgevers. Nederland kenmerkt zich met name door de loondoorbetalingsverplichting bij ziekte, die twee jaar duurt, terwijl dat elders vaak maar enkele weken of maanden is. Maar ook is er hier een vrij hoge ontslagbescherming voor zieke werknemers en heeft de werkgever een relatief grote verantwoordelijkheid voor de re-integratie van zieke werknemers. De laatste jaren is er veel aandacht geweest voor de arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen, zowel in Nederland als binnen Europa. De Verenigde Naties hebben in 2006 een Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap opgesteld. Begin 2016 heeft Nederland het VN-verdrag geratificeerd. Om een beeld te krijgen van hoe Nederland zich verhoudt tot andere landen binnen Europa, maken we gebruik van gegevens van de *European Union statistics on income and living conditions* (EU-SILC). Dit is een enquête naar inkomen en levensomstandigheden onder huishoudens en personen binnen Europa. Het databestand voor het Nederlandse onderzoek in 2013 bevat bijna 15.000 personen van 20-64 jaar. In de enquête is in alle deelnemende landen gevraagd of iemand een of meer langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps heeft. Of iemand werkt, is bepaald aan de hand van de zelfgerapporteerde arbeidsmarktstatus. Omdat landen sterk verschillen in arbeidsongeschiktheidsregelingen, zijn arbeidsongeschikten in deze analyses wel meegenomen. De definities in EU-SILC zijn niet exact hetzelfde als in andere bronnen, waardoor de resultaten kunnen afwijken van die andere bronnen. Maar omdat de vragen in alle landen hetzelfde zijn gesteld, leent het databestand zich wel goed om de situatie in Nederland met die in andere landen te vergelijken.

Figuur 4.2 geeft de arbeidsdeelname weer van mensen met en zonder langdurige aandoening in twintig EU-landen. Allereerst zien we dat de arbeidsdeelname in Nederland in het algemeen hoog is: de participatie van mensen zonder langdurige aandoening (78%) behoort tot de hoogste binnen Europa. Echter, met betrekking tot de arbeidsdeelname van mensen met arbeidsbeperkingen loopt Nederland niet voorop. Van de mensen met een langdurige aandoening neemt hier 57% deel aan het arbeidsproces, waarmee Nederland behoort tot de middencategorie in Europa.

Figuur 4.2

Arbeidsdeelname van personen met en zonder langdurige aandoening in twintig EU-landen, 20-64-jarigen, 2012 (in procenten)



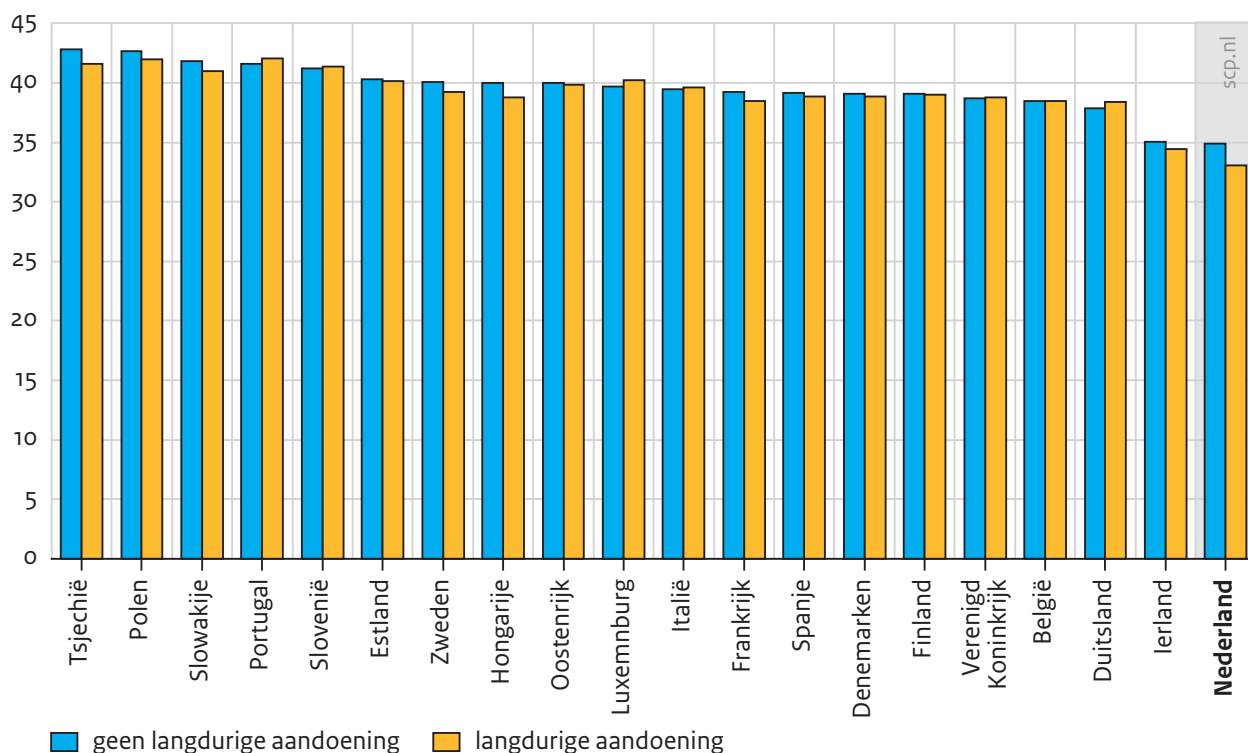
Bron: EU-SILC'12

Hoewel de arbeidsdeelname in Nederland relatief hoog is, staat ons land ook bekend om het grote aandeel personen dat in deeltijd werkt (Portegijs en Keuzenkamp 2008).

Figuur 4.3 geeft voor een aantal EU-landen de gemiddelde arbeidsduur weer voor personen met en zonder een langdurige aandoening, dat wil zeggen de totale feitelijke arbeidsduur in een gemiddelde werkweek. Van de gepresenteerde landen is de arbeidsduur in Nederland het kortst. Dit geldt voor zowel mensen met als mensen zonder een langdurige aandoening. Wel valt op dat het verschil in arbeidsduur tussen deze twee groepen in Nederland relatief groot is.

Figuur 4.3

Arbeidsduur van werkenden met en zonder langdurige aandoening in twintig EU-landen, 20-64-jarigen, 2012 (in uren per week)



Bron: EU-SILC'12

Aan werkenden die minder dan dertig uur per week werken, is tevens gevraagd wat hiervoor de belangrijkste reden is (tabel 4.7). Bijna een op de tien personen in Nederland werkt in deeltijd vanwege ziekte of arbeidsongeschiktheid. Dit aandeel ligt in Nederland iets hoger dan het gemiddelde van de twintig gepresenteerde EU-landen, maar de verschillen zijn klein. De meest genoemde reden om in deeltijd te werken is huishoudelijk werk en de zorg voor kinderen of anderen. Dit motief voor deeltijd wordt in Nederland veel vaker genoemd dan elders in Europa. Ook voor mensen met een langdurige aandoening is dit het meest genoemde motief. Het aandeel personen dat meer uren zou willen werken maar geen baan kan vinden, ligt in Nederland (15%) lager dan binnen Europa (23%). In Nederland lijkt deeltijdwerk dus iets vaker een bewuste of vrijwillige keuze (Portegijs en Keuzenkamp 2008).

Tabel 4.7

Reden om in deeltijd te werken in twintig EU-landen^a, 20-64-jarigen, 2012 (in procenten)

	totaal		geen langdurige aandoening		langdurige aandoening	
	EU-20	NL	EU-20	NL	EU-20	NL
ziek of arbeidsongeschikt	6	9	1	2	19	23
wil meer uren, maar kan geen werk vinden	23	15	24	15	20	15
wil niet meer werken	19	20	20	22	19	18
huishoudelijk werk, zorg voor kinderen of anderen	28	40	31	47	22	26
overige redenen	24	16	24	15	21	18

a Oostenrijk, België, Tsjechië, Duitsland, Denemarken, Estland, Spanje, Finland, Frankrijk, Hongarije, Ierland, Italië, Luxemburg, Nederland, Polen, Portugal, Zweden, Slovenië, Slowakije, Verenigd Koninkrijk.

Bron: EU-SILC'12

4.3 Gezondheid als motief om niet of minder te werken

Voor het verband tussen gezondheid en arbeidsdeelname worden doorgaans twee verklaringen gegeven (Merens en Josten 2016; Van Rijssen en Van Deursen 2012; Schuring 2010). De eerste is dat een slechte gezondheid van invloed kan zijn op de mogelijkheden om te werken en de kansen op de arbeidsmarkt. Mensen met een slechte gezondheid willen misschien minder vaak betaald werk verrichten of ze willen wel, maar krijgen daartoe minder kansen omdat werkgevers hen niet willen aannemen. De tweede verklaring gaat uit van het omgekeerde: werkloos zijn leidt tot een slechtere gezondheid, bijvoorbeeld doordat mensen steeds minder gaan doen en weinig voldoening halen uit hun dagelijkse bezigheden. Deze twee mechanismen zijn empirisch moeilijk te scheiden. In deze paragraaf beschrijven we in hoeverre mensen zelf hun gezondheid als motief aandragen voor hun arbeidsmarktsituatie. In tegenstelling tot de vorige paragraaf gaat het er niet om of mensen een arbeidshandicap ervaren, maar vragen we hun expliciet of hun gezondheid bepalend is voor hun arbeidsmarktpositie. Hoewel we geen inzicht hebben in de feitelijke medische toestand van de respondenten, geeft het wel een indruk van het aandeel mensen in de beroepsbevolking voor wie gezondheid in de eigen beleving bepalend is voor het arbeidsmarktgedrag. We gaan na in hoeverre gezondheid een rol speelt bij de keuze om niet te gaan werken, om minder uren te werken en om vervroegd uit te treden. Hierbij laten we, net als in de vorige paragraaf, mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering veelal buiten beschouwing.

Voor beantwoording van de vraag maken we gebruik van het Arbeidsaanbodpanel (AAP). Dit is een langlopend onderzoek onder werkenden en niet-werkenden en bevat vragen over de feitelijke arbeidssituatie, maar ook over motieven voor de keuzes die mensen maken op de arbeidsmarkt. Op deze manier kan rechtstreeks aan respondenten gevraagd

worden in hoeverre hun gezondheid een rol speelt bij de arbeidsdeelname. In 2012 werden ongeveer 4500 werkenden en niet-werkenden ondervraagd (zie Van Echtelt et al. 2016 voor meer informatie over het Arbeidsaanbodpanel).

Gezondheid als motief om niet te werken

In het Arbeidsaanbodpanel is een aantal vragen opgenomen over de motieven om geen werk te zoeken. Dit geeft een indicatie van de relatieve rol die gezondheid speelt bij het arbeidsmarktgedrag. Van de niet-werkenden (16-64 jaar) zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering is een derde (35%) op zoek naar een betaalde baan, en is dus 65% niet op zoek (tabel 4.8). Bij personen met een minder dan goede gezondheid en bij arbeidsgehandicapten ligt het aandeel niet-zoekenden hoger (75% resp. 81%).

Gezondheidsproblemen zijn voor bijna de helft (47%) van de totale groep niet-werkenden de belangrijkste reden om niet naar werk te zoeken. Tellen we degenen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering niet mee, dan geldt dit voor bijna een kwart (23%). Redenen die vaker genoemd worden dan gezondheid, zijn vervroegd pensioen, ander zinvolle bezigheden thuis en de gezinssituatie. Door mannen wordt gezondheid wat vaker als motief genoemd om niet te werken dan door vrouwen. Vooral voor de groep 45-54-jarigen is gezondheid een motief om niet te werken: drie op tien niet-werkenden zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering noemt dit als belangrijkste reden. Bij de groep 55-plussers is dit een stuk lager (19%). Dit is opvallend, omdat gezondheidsproblemen toenemen met de leeftijd (zie § 2.3). Mogelijk noemen mensen met een slechte gezondheid in deze groep pensioen als belangrijkste reden, terwijl gezondheid wel een rol heeft gespeeld bij de keuze hiervoor. Op de relatie tussen gezondheid en uittredeleeftijd komen we later in deze paragraaf terug.

Tabel 4.8

Belangrijkste reden om geen baan te zoeken, niet-werkende 16-64-jarigen^a, 2014 (in procenten)

	totaal (incl. arb.ong.)	exclusief arbeidsongeschikten					
		totaal	man	vrouw	16-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar
niet op zoek naar werk							
totaal	68	65	39	74	48	58	89
minder dan goede gezondheid	81	75	54	84	51	83	94
arbeidshandicap	83	81	21	84	63	80	97
belangrijkste reden zoekt geen werk							
pensioen, vut, prepensioen, rentenieren	13	14	42	9	0	2	29
andere zinvolle werkzaamheden thuis	12	21	1	25	15	33	20
gezinssituatie	8	13	2	16	31	6	4
gezondheidsproblemen	47	23	35	21	26	30	19
er is toch geen werk voor mij	3	6	3	7	1	10	8
andere zinvolle werkzaamheden buitenshuis	4	5	4	5	1	7	7
volgt op dit moment dagopleiding	0	0	1	0	1	0	0
anders	13	16	12	17	25	11	12

a Exclusief studenten.

Bron: SCP (AAP'14)

Redenen om minder te willen werken

Aan werkenden is gevraagd of ze tevreden zijn met hun huidige arbeidsduur of dat ze meer of minder willen werken (er rekening mee houdend dat het inkomen dan ook stijgt of daalt). Mensen met een minder dan goede gezondheid of arbeidshandicap hebben wat vaker dan gezonde mensen de wens om de arbeidsduur naar beneden bij te stellen (tabel 4.9). Bij de eerstgenoemden heeft ongeveer een op de zeven (14%) deze wens, terwijl dit in de totale groep werkenden 7% is. Om te zien of gezondheidsmotieven hieraan ten grondslag liggen, is ook gevraagd naar de reden om minder te willen werken. Bijna de helft van mensen met een minder dan goede gezondheid of arbeidshandicap geeft gezondheid als een reden op, terwijl dit aandeel in de totale groep veel lager ligt. Andere veelgenoemde redenen zijn de zorg voor kinderen of anderen, en meer vrije tijd.

Tabel 4.9

Tevredenheid met arbeidsduur en redenen om minder te willen werken, in loondienst werkende 16-64-jarigen^a, 2014 (in procenten)

	totaal	minder dan goede gezondheid	arbeidshandicap
tevredenheid arbeidsduur			
wil minder uren	7	14	13
tevreden	83	77	77
wil meer uren	10	9	10
redenen minder willen werken ^b			
kind- of mantelzorg	25	19	16
meer vrije tijd	66	54	56
gezondheid	20	44	48

a Exclusief studenten.

b Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk. Percentages tellen daardoor niet op tot 100%.

Bron: SCP (AAP'14)

Gezondheid als motief voor deeltijdwerk

Van de werkenden in het Arbeidsaanbodpanel werkt 40% in deeltijd.⁶ In overeenstemming met de cijfers op basis van de EBB werken mensen met een arbeidshandicap vaker dan gemiddeld in deeltijd (50%). De belangrijkste reden die mensen zelf opgeven om in deeltijd te werken, heeft echter niet zo vaak met hun gezondheidstoestand te maken (tabel 4.10). Als we arbeidsongeschikten buiten beschouwing laten, geeft 5% gezondheid als belangrijkste motief om in deeltijd te werken. Dit geldt voor vrouwen en mensen boven de 45 jaar iets vaker (6% resp. 8%). De voornaamste reden om in deeltijd te werken is gelegen in de zorg voor anderen en het huishouden. Dit geldt voor zowel mannen als vrouwen.

Een klein deel van de werkenden heeft in de twee jaar voorafgaand aan enquêtering de arbeidsduur aangepast en is minder gaan werken (n = 186). Ook aan hen is gevraagd wat hiervoor het motief was (niet in de tabel). Voor 8% van de werkenden (zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering) was de gezondheidstoestand een reden om minder te gaan werken. Dat dit aandeel wat hoger ligt dan in tabel 4.9, komt waarschijnlijk doordat mensen zich niet hoefden te beperken tot de belangrijkste reden, maar meerdere motieven mochten geven.

Tabel 4.10

Belangrijkste reden om in deeltijd te werken, werkende 16-64-jarigen, 2014 (in procenten)

	totaal (incl. arb.ong.)	exclusief arbeidsongeschikten					
		totaal	man	vrouw	16-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar
werkt in deeltijd							
totaal werkenden	40	39	15	68	35	44	46
minder dan goede gezondheid	49	47	17	75	45	46	49
arbeidshandicap	50	48	16	74	47	47	50
belangrijkste reden voor deeltijd							
huishoudelijk taken en zorg voor kinderen of anderen	50	53	29	58	58	55	34
kan bij werkgever niet meer uren werken	21	21	26	20	23	18	21
hobby's, sport	10	10	16	8	5	9	21
volgt onderwijs of cursus	2	2	5	1	3	1	0
gezondheid	8	5	4	6	2	8	8
heeft een tweede baan	3	4	9	2	3	3	5
anders	6	6	11	5	5	6	11

Bron: SCP (AAP'14)

Ouderen op de arbeidsmarkt: gezondheid als motief om vervroegd uit te treden

De arbeidsdeelname van ouderen is de laatste decennia fors gestegen (Van Echtelt et al. 2016). Tabel 4.11 laat de arbeidsdeelname zien voor 55-64-jarigen naar gezondheidskenmerken in de periode 2004-2014. Ook hieruit blijkt dat de participatie van 55-plussers sterk steeg. De stijging sinds 2004 geldt zowel voor 55-plussers met een goede ervaren gezondheid of zonder arbeidshandicap als voor degenen met een minder dan goede gezondheid of met een arbeidshandicap. Wel valt op dat in 2014 de arbeidsdeelname van ouderen met gezondheidsbeperkingen sterker daalde dan gemiddeld.

Tabel 4.11

Arbeidsdeelname naar gezondheid, 55-64-jarigen, 2004-2014 (in procenten)

	2004	2006	2008	2010	2012	2014
inclusief arbeidsongeschikten						
totaal	45	47	56	58	61	60
minder dan goede gezondheid	31	35	47	50	50	43
arbeidshandicap	30	32	41	45	48	40
exclusief arbeidsongeschikten						
totaal	59	53	61	64	73	74
minder dan goede gezondheid	55	47	58	63	68	66
arbeidshandicap	50	42	50	56	66	60

Bron: SCP (AAP'04-'14)

Naast de feitelijke arbeidsdeelname is in het Arbeidsaanbodpanel gevraagd naar wensen en naar opvattingen over de rol van de gezondheid bij het vervroegd uit dienst treden. In de eerste plaats is gevraagd naar de leeftijd waarop men denkt te zullen stoppen met werken en de leeftijd waarop men wil stoppen met werken. Tabel 4.12 laat zien dat de opvattingen van werkenden met een goede en met een minder goede gezondheid niet zoveel uit elkaar liggen als het gaat om de leeftijd waarop men denkt te zullen stoppen. De meerderheid verwacht te stoppen als ze 65 jaar zijn, en ongeveer 15% denkt dat dit tussen de 60 en 65 jaar zal zijn (meting 2014). De leeftijd waarop men wil stoppen, verschilt iets meer tussen de groepen, waarbij mensen met een minder dan goede gezondheid en personen met een arbeidshandicap wat eerder lijken te willen stoppen, maar de verschillen zijn klein. Overigens wil van de totale groep slechts een derde doorwerken tot hun 65e jaar. In de tweede plaats is gevraagd of mensen ineens willen stoppen met werken of eerst minder uren willen gaan werken. De meerderheid (75%) wil het werk afbouwen en eerst minder uren gaan werken. Mensen met een minder goede gezondheid of een arbeidshandicap verschillen daarin niet zoveel van de totale groep.

Tabel 4.12

Leeftijd en manier waarop men denkt te stoppen met werken, naar gezondheid, werkende 16-64-jarigen, 2014 (in procenten)

	16-59 jaar	60-64 jaar	≥ 65 jaar	eerst minder werken
denkt te gaan stoppen				
totaal	3	13	84	
minder dan goede gezondheid	3	14	83	
arbeidshandicap	3	16	82	
wil stoppen				
totaal	18	48	34	
minder dan goede gezondheid	17	53	30	
arbeidshandicap	17	52	31	
eerst minder uren werken i.p.v. in één keer stoppen met werken				
totaal				75
minder dan goede gezondheid				71
arbeidshandicap				74

Bron: SCP (AAP'14)

Tot slot is aan werkenden gevraagd welke factoren ze van belang vinden bij hun keuze voor de leeftijd waarop zij gaan stoppen met werken (tabel 4.13). Gezondheid is verreweg de belangrijkste overweging en weegt voor vrijwel iedereen – mannen en vrouwen en in alle leeftijdsgroepen – het zwaarst. Andere factoren, zoals financiële overwegingen en meer tijd voor familie en vrienden, worden vooral door de jongere leeftijdsgroepen belangrijk gevonden.

Tabel 4.13

Redenen^a om op bepaalde leeftijd te stoppen met werken, werkende 16-64-jarigen, 2014 (in procenten)

	totaal	man	vrouw	16-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar
mijn gezondheid	97	97	97	97	97	96
gevolgen voor inkomen	91	90	91	93	90	86
voldoening van het werk	90	89	92	91	90	87
meer tijd voor familie en vrienden	84	82	87	88	82	78
gevolgen voor pensioen-opbouw	78	77	80	82	75	74
meer tijd voor hobby's of vrijwilligerswerk	75	74	76	76	75	72
sociale contacten via het werk	71	65	78	72	69	71
meer tijd voor reizen	62	61	63	62	61	62

a Vindt overweging (heel) belangrijk voor de keuze van de leeftijd waarop men wil stoppen met werken.

Bron: SCP (AAP'14)

4.4 Arbeidsethos, levensgeluk en kansen op de arbeidsmarkt van mensen met gezondheidsbeperkingen

Opvattingen over werken

We gaan na of opvattingen over de plicht tot werken verschillen tussen mensen met en zonder arbeidshandicap. In een samenleving heersen waarden en normen over de betekenis van arbeid in het leven van individuen en in de samenleving als geheel. Dit wordt ook wel het arbeidsethos genoemd (Van Hoof 2006: 257). Het arbeidsethos bestaat uit verschillende dimensies. Een daarvan betreft de mate waarin mensen arbeid zien als een morele plicht die men heeft tegenover de maatschappij (de normatieve dimensie). Een tweede dimensie betreft de centraliteit van de arbeid, dat wil zeggen opvattingen over de plaats van arbeid in relatie tot andere levensdomeinen, zoals familie, vrienden, vrije tijd, enzovoort (Van Echtelt 2010; Van Hoof 2006). Tabel 4.14 laat zien dat mensen met en zonder arbeidshandicap niet zoveel verschillen in de mate waarin zij de plicht tot werken onderschrijven (de normatieve dimensie). Arbeidsgehandicapten zijn het wat vaker eens met de stelling dat doen waar je zin in hebt pas kan nadat je je plicht hebt gedaan, maar ze zijn het juist minder vaak eens met de stelling dat als je van het leven wilt genieten, je bereid moet zijn er hard voor te werken. Wel zien we dat arbeidsgehandicapten – hoewel ze feitelijk minder vaak werken – betaald werk centraler stellen in het leven dan mensen zonder arbeidshandicap. Ze zijn het minder vaak eens met de stelling dat er nog belangrijker dingen in het leven zijn dan werken. Dit geldt vooral niet-werkende arbeidsgehandicapten.

Tabel 4.14

Arbeidsethos naar arbeidshandicap, 16-64-jarigen^a, 2014 (in procenten 'helemaal' mee eens')

	met arbeidshandicap	met arbeidshandicap en niet arbeidsongeschikt	geen arbeidshandicap en niet arbeidsongeschikt
normatieve dimensie			
werken is een plicht die je hebt tegenover de maatschappij	59	58	59
doen waar je zin in hebt, kun je pas als je je plicht hebt gedaan	59	58	54
mensen verzaken hun plicht als ze in volle gezondheid vóór hun 65e jaar stoppen met werken	13	11	10
werken moet altijd op de eerste plaats komen, ook als het minder vrije tijd betekent	13	11	10
als iemand van het leven wil genieten, moet hij bereid zijn er hard voor te werken	43	42	53
centraliteit van de arbeid			
er zijn nog belangrijker dingen in het leven dan werken	77	79	83
niet-werkend	68	65	74
werkend	83	83	84

a Exclusief studenten.

Bron: SCP (AAP'14)

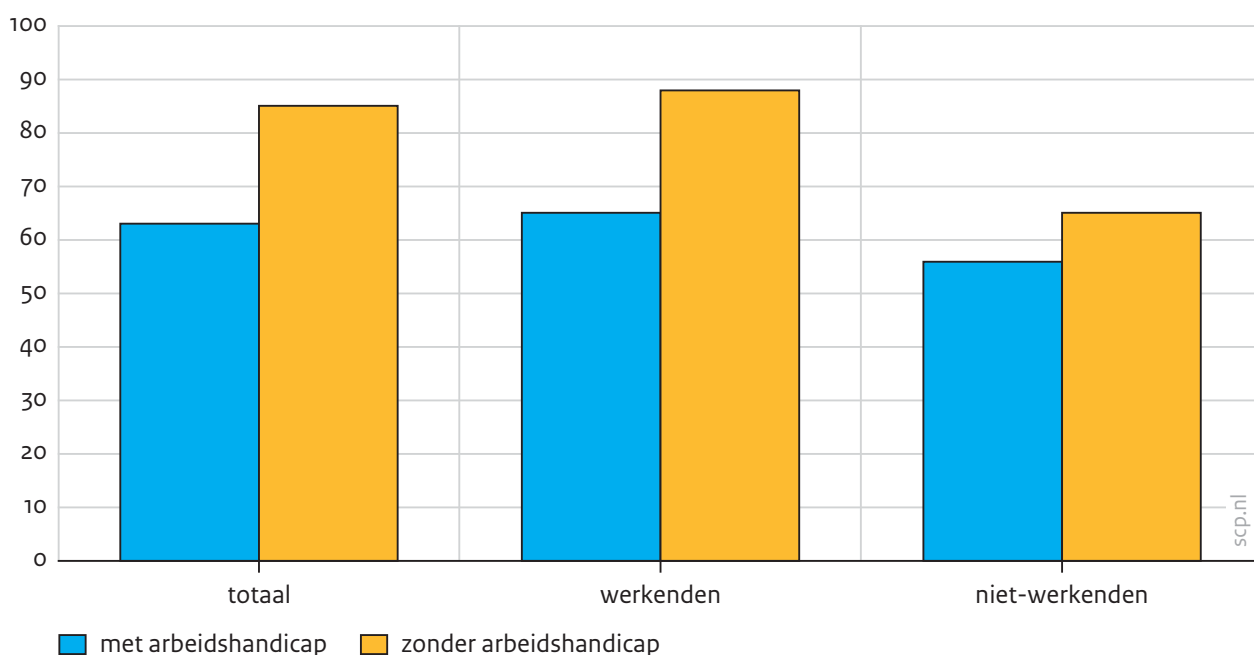
Tevredenheid met het leven

Het activerend overheidsbeleid gaat mede uit van de gedachte dat werk goed is voor mensen. Het biedt niet alleen inkomen, maar bijvoorbeeld ook mogelijkheden tot sociale contacten en zelfontplooiing. Eerder onderzoek laat zien dat werkenden inderdaad meer tevreden zijn met het leven dan werklozen en arbeidsongeschikten (Van Echtelt 2010). Dat niet-werkenden minder tevreden zijn met hun leven dan werkenden wordt voor een groot deel verklaard door hun ervaren gezondheid: een goede gezondheid is een van de belangrijkste factoren voor iemands levensgeluk (Boelhouwer et al. 2015). In het voorgaande zagen we dat mensen met een arbeidsbeperking relatief vaak de wens hebben om minder uren te werken of vervroegd uit te treden. Dit roept de vraag op of werk net zo belangrijk voor het levensgeluk is voor mensen met een arbeidshandicap, als voor gezonde mensen, of misschien wel minder belangrijk, bijvoorbeeld omdat het werk hun vanwege hun beperking zwaarder valt.

Figuur 4.4 laat zien dat mensen met een arbeidshandicap veel minder vaak tevreden zijn met het leven dat zij op dit moment leiden (63%) dan mensen zonder arbeidshandicap (85%) (zie ook Boelhouwer et al. 2015). Dit geldt voor zowel werkenden als niet-werkenden. Ook laat de figuur zien dat werkenden (met of zonder arbeidshandicap) gemiddeld tevredener zijn met het leven dan niet-werkenden. Aanvullend is bekeken of de samenhang van het hebben van betaald werk met de mate van tevredenheid verschilt tussen mensen met en zonder arbeidshandicap (niet in de tabel).⁷ Hieruit komt naar voren dat bij arbeidsgehandicapten het verschil in tevredenheid tussen werkenden en niet-werkenden kleiner is dan bij mensen zonder arbeidshandicap. Met andere woorden, het hebben van betaald werk lijkt voor arbeidsgehandicapten minder bij te dragen aan de algemene levenstevredenheid dan voor mensen zonder arbeidshandicap. Hoewel een verklaring op basis van deze eenvoudige analyses moeilijk is te geven, zou dit kunnen komen doordat het werk hun zwaarder valt. Overigens heeft per saldo betaald werk ook voor arbeidsgehandicapten een positieve samenhang met levensgeluk.

Figuur 4.4

Tevredenheid met het leven, 16-64-jarigen^a, 2014 (in procenten '(zeer) tevreden')



a Exclusief arbeidsongeschikten en studenten.

Bron: SCP (AAP'14)

Gezondheid en tijdelijk werk

De flexibilisering van de arbeidsmarkt zou ertoe kunnen leiden dat een slechte gezondheid een groter risico vormt. Werkgevers kunnen gemakkelijker selecteren op gezondheid door het tijdelijke contract van zieke werknemers niet te verlengen, ten gunste van werknemers met een goede gezondheid. In eerdere analyses op het Arbeidsaanbodpanel (Vlasblom et al. 2015) is onderzocht in hoeverre ziekteverzuim bij tijdelijke werknemers nadelige gevolgen heeft voor hun arbeidsmarktpositie. Daaruit blijkt dat tijdelijke werknemers die in het voorafgaande kalenderjaar ten minste twee achtereenvolgende weken niet hebben kunnen werken door ziekte, twee jaar later relatief vaak niet meer in dienst zijn (tabel 4.15). Zij zijn dan vaker werkloos of niet-participerend. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat het aantal respondenten klein is, waardoor de cijfers met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Ook kan er sprake zijn van zelfselectie: mensen die zich niet op hun plek voelen in hun baan, melden zich mogelijk vaker ziek.

Tabel 4.15

Arbeidsmarktpositie twee jaar later, naar gezondheidskenmerken, werknemers met een vast en tijdelijk dienstverband, 16-55-jarigen, 2006-2014^{a, b} (samengevoegd; in procenten)

	arbeidsmarktpositie twee jaar later	
	loondienst	werkzoekend/niet-participerend
ziekteverzuim		
werknemers in vaste dienst		
geen ziekteverzuim	97	2
wel ziekteverzuim	94	4
totaal	97	2
tijdelijke werknemers		
geen ziekteverzuim	91	6
wel ziekteverzuim	84	12
totaal	90	7
minder dan goede gezondheid		
werknemers in vaste dienst		
goede gezondheid	97	2
minder dan goede gezondheid	95	4
totaal	97	2
tijdelijke werknemers		
goede gezondheid	92	5
minder dan goede gezondheid	84	12
totaal	90	6
arbeidshandicap		
werknemers in vaste dienst		
goede gezondheid	97	1
minder dan goede gezondheid	95	4
totaal	97	2
tijdelijke werknemers		
goede gezondheid	91	6
minder dan goede gezondheid	88	10
totaal	90	6

a Om voldoende aantallen te krijgen is deze tabel over een langere periode gemaakt dan de voorgaande tabellen.

b De overige uitstroom (o.a. de personen die als zelfstandige zijn gaan werken) is weggelaten vanwege de kleine aantallen. De percentages tellen daardoor niet op tot 100%.

Wanneer we in plaats van ziekteverzuim, ervaren gezondheid of arbeidshandicap als indicator gebruiken, zien we hetzelfde patroon (tabel 4.15). Werknemers die in een bepaald jaar een minder dan goede ervaren gezondheid of een arbeidshandicap hebben, zijn twee jaar later relatief vaak uitgestroomd uit loondienst. Dat geldt voor vaste werknemers, maar voor tijdelijke werknemers zijn de verschillen in uitstroom tussen gezonde en minder gezonde werknemers nog wat groter. Hoewel de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden vanwege de kleine aantallen, komt het resultaat overeen met de vignetstudie in hoofdstuk 5, waaruit blijkt dat werkgevers selecteren op gezondheid.

4.5 Samenvatting en conclusies

Ook voor mensen die geen recht hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, kan een slechte gezondheid van invloed zijn op hun positie op de arbeidsmarkt, met betrekking tot hun arbeidsdeelname, hun arbeidsduur en vervroegde uittreding. Gezien het streven van de overheid om de arbeidsdeelname verder te verhogen, is het van belang inzicht te hebben in de rol van de gezondheid bij de arbeidsdeelname. Dit hoofdstuk ging in op de subjectieve beleving van de rol van de gezondheid. We gingen na in hoeverre mensen zelf ervaren dat hun gezondheid hen belemmert bij het werk, en in hoeverre een slechte gezondheid voor henzelf een motief is om niet of minder te werken. Hoewel het hoofdstuk dus geen feitelijke informatie geeft over het al dan niet kunnen werken, geeft het wel inzicht in de mate waarin gezondheid als belemmering wordt ervaren. Het hoofdstuk probeert met name een beeld te schetsen van de mensen zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering. Deze laatste groep is immers door hun wettelijke status meer in beeld bij beleidsmakers en kwam ook in het vorige hoofdstuk al uitgebreid aan bod.

De resultaten laten zien dat een aanzienlijk deel van de bevolking door de gezondheid belemmerd wordt bij het verrichten van betaald werk. Bijna een op de tien personen van 15 tot 65 jaar zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering heeft een arbeidshandicap, dat wil zeggen dat hun gezondheid hen naar eigen zeggen belemmert bij het uitoefenen of verkrijgen van werk. Deze groep werkt minder vaak en minder uren dan de groep die geen arbeidshandicap heeft, en is ook relatief vaak werkloos. Bijna de helft (48%) van de bijstandspopulatie en 12% van de ww-uitkeringsgerechtigden heeft een arbeidshandicap. Nederland neemt binnen Europa een middenpositie in als het gaat om de arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen.

Voorts laten de resultaten zien dat een aanzienlijk deel van de potentiële beroepsbevolking (zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering) hun gezondheid als belangrijkste motief noemt om niet te werken. Gezondheid is voor veel mensen die nu geen betaald werk verrichten een reden om geen werk te zoeken, al is het niet de vaakst genoemde reden. Bijna een kwart (23%) van de niet-werkenden die niet op zoek zijn naar werk, noemt dit als belangrijkste motief; dit geldt vooral voor mensen tussen de 45 en 55 jaar. Voor deeltijdwerk wordt gezondheid echter nauwelijks als motief genoemd.

Bij het beleidsdoel de arbeidsdeelname verder te verhogen, moet de rol van gezondheid dus niet worden onderschat. Het gaat hierbij niet alleen om mensen met een uitkering, die reeds in beeld zijn bij overheidsinstanties die hen begeleiden naar werk. Ook voor veel mensen die buiten deze regimes vallen, is een slechte gezondheid een belangrijk motief om niet aan het werk te gaan.

De toetredingscriteria voor de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen zijn de laatste decennia aangescherpt en mensen komen minder snel in aanmerking voor een uitkering. Het overheidsbeleid benadrukt het belang dat iedereen – gezond of niet gezond – participeert in de samenleving. Parsons, aan wiens theorie wij kort refereerden in de inleiding, stelt dat het voor sommige mensen met gezondheidsbeperkingen moeilijk kan zijn om aan deze norm in de samenleving te voldoen, bijvoorbeeld doordat betaald werk voor hen relatief zwaar is (bv. door vermoeidheid of pijnklachten). Wij gingen na of mensen met en zonder gezondheidsbeperkingen verschillen in hun opvattingen over en beleving van betaald werk. Het blijkt dat de gewenste arbeidsduur bij arbeidsgehandicapten vaker afwijkt van de feitelijke arbeidsduur dan bij mensen zonder arbeidshandicap; eerstgenoemden zouden vaker minder willen werken en zouden ook graag eerder uittreden. Blijkbaar participeren zij wel, maar zouden ze dit liever wat minder doen.

Het uitgangspunt van het overheidsbeleid dat betaald werk mensen goeddoet, zien we wel in de cijfers terug. Een betaalde baan draagt voor zowel mensen met als mensen zonder arbeidshandicap bij aan het levensgeluk. Voor arbeidsgehandicapten is deze samenhang echter wel kleiner dan voor gezonde mensen.

Een belangrijke groep niet-werkenden zijn de bijstandsontvangers. Soms wordt verondersteld dat het merendeel van deze groep aan het werk zou kunnen, als zij zich hier meer voor zouden inzetten (zie bv. Van der Linden 2015). Van arbeidsongeschikten staat min of meer vast welke belemmeringen zij hebben en wat hun verdien capaciteit is. Ook mensen in de bijstand kunnen op medische gronden vrijgesteld worden van de maatschappelijke plicht tot werken. Het is opvallend dat er bij deze groep uitkeringsontvangers vrijwel geen zicht op is of dit in de praktijk gebeurt en om hoeveel mensen het gaat. Er zijn op dit moment geen betrouwbare cijfers over het aandeel bijstandsontvangers dat ontheven is van de arbeidsplicht vanwege medische gronden.⁸ Wel zijn er regelingen om de werkgever te compenseren voor de verminderde loonwaarde en de grotere risico's van bijstandsontvangers met gezondheidsproblemen (loonkostensubsidie, no-riskpolis, enz.), zodat ook deze groep aan de slag kan. Uiteindelijk wil de overheid dat iedereen deelneemt op de arbeidsmarkt, gezond of minder gezond. Voor veel mensen lijkt betaald werk echter nog een stap te ver. Een slechte gezondheid blijkt voor een aanzienlijk deel van de bevolking een belangrijk motief om niet deel te nemen op de arbeidsmarkt.

Noten

- 1 Dit hoofdstuk is tot stand gekomen met medewerking van Henk Amptmeijer en John Michiels van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het CBS stelde data beschikbaar van de Enquête beroepsbevolking (EBB) en het Stelsel van sociaal-statistische bestanden (SSB) en maakte de gegevens gebruiksklaar.
- 2 Personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering worden in dit hoofdstuk veelal buiten beschouwing gelaten. Overige groepen, zoals bijstandsontvangers die vrijgesteld zijn van de arbeidsplicht op medische gronden en personen die onder de Ziektewet vallen, zijn wel meegenomen in de analyses.
- 3 Door wijzigingen in de onderzoeksopzet van de EBB is een tijdreeks niet goed te maken. In het eerste kwartaal van 2009 zijn geen vragen over arbeidshandicap gesteld. Vanaf het derde kwartaal van 2010 zijn de vragen over een arbeidshandicap opgenomen in de derde peiling van de EBB, die telefonisch wordt afgenomen, in plaats van in de eerste peiling, die face-to-face plaatsvindt. Dit ging gepaard met een methodebreuk in de uitkomsten. In 2013 en 2014 is de vraag over het hebben van een langdurige aandoening niet gesteld aan personen die aangeven niet of niet meer uren te kunnen werken vanwege ziekte of arbeidshandicap. Zij zijn gerekend tot de personen met een langdurige aandoening.
- 4 Personen behoren tot de werkzame beroepsbevolking als ze ten minste één uur per week betaald werk verrichten.
- 5 Hierbij is gepercenteerd op de potentiële beroepsbevolking en niet op de beroepsbevolking, dat wil zeggen dat de aandelen werkenden, werklozen en niet-beroepsbevolking optellen tot 100%. Tot de werkloze beroepsbevolking behoren de personen die niet werkzaam zijn, maar wel beschikbaar zijn en actief zoeken naar werk. De niet-beroepsbevolking zijn de personen die niet gerekend worden tot de werklozen of werkzamen.
- 6 Dit is gemeten met de vraag 'Bent u werkzaam in voltijd of in deeltijd?' (zonder toelichting of definitie van deeltijdwerk), waarna de vraag volgt wat hiervoor de belangrijkste reden is. De wekelijkse arbeidsduur is in deze vraag niet gespecificeerd.
- 7 In het multivariate regressiemodel is gecontroleerd voor de relevante achtergrondkenmerken geslacht, leeftijd, opleiding, partner en thuiswonende kinderen. Dat het effect van betaald werk op tevredenheid kleiner is voor arbeidsgehandicapten dan voor mensen zonder arbeidshandicap, blijkt uit de negatieve en significante interactieterm tussen arbeidshandicap en betaald werk.
- 8 Als indicatie voor het aandeel bijstandsontvangers met een ontheffing van de arbeidsplicht wordt, op basis van CBS-cijfers, 22% genoemd in 2012 (Inspectie SZW 2013). Deze cijfers zijn echter vanwege databeperkingen niet officieel gepubliceerd door het CBS en bovendien is geen onderscheid te maken naar reden van ontheffing.

Literatuur

- Abma, R. (2007). Psychologisering van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, jg. 62, nr. 11, p. 929-940.
- Boelhouwer, J., G. Kraaykamp en I. Stoop. (2015). *Nederland in Europees perspectief. Tevredenheid, vertrouwen en opinies*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boot, J.M.D. (2001). *Inleiding in de medische sociologie*. Assen: Van Gorcum.
- CBS (2015). *Methoden en definities Enquête beroepsbevolking 2014*. Geraadpleegd november 2015 via www.cbs.nl/NR/rdonlyres/1BB3C645-47CC-4F58-9031-89F490AEE981/0/methodenendefinitie-ebb2014.pdf.
- Echtelt, P. van (2010). *Een baanloos bestaan. De betekenis van werk voor werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Echtelt, P. van (2012). Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in internationaal perspectief. In: M. Versantvoort en P. van Echtelt (red.), *Belemmerd aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen* (p. 84-104). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Echtelt, P. van, C. Croezen, J.D. Vlasblom en M. de Voogd-Hamelink (2016). *Aanbod van arbeid 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Hoof, J. van (2006). Arbeidsethos in verandering. In: J. van Ruysseveldt en J. van Hoof (red.), *Arbeid in verandering* (p. 257-280). Deventer: Kluwer.
- Inspectie szw (2013). *Ontheffing wwv. Nota van bevindingen 13/02a*. Den Haag: Inspectie szw.
- Kerckhoff, A.H.M. (2007). *De samenleving in schema's. Een inleiding in het sociologische denken van Talcott Parsons*. Budel: Damon.
- Linden, van der, F. (2015). Labbekakken met uitkeringen moeten aan het werk. In: *de Volkskrant*, 24 juni 2015.
- Merens, A. en E. Josten (2016). *Werkloos toezien? Gevolgen van de crisis voor emancipatie en welbevinden*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Parsons, T. (1978). *Action theory and the human condition*. New York: The Free Press.
- Portegijs, W. en S. Keuzenkamp (2008). *Nederland deeltijdland. Vrouwen en deeltijdwerk*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rijssen, J. van en C. van Deursen (2012). Gezondheidsbeleving en arbeidsdeelname. In: M. Versantvoort en P. van Echtelt (red.), *Belemmerd aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen* (p. 174-193). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- ROA (2015). *De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2020*. Maastricht: Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA-R-2015/6).
- Roulstone, A. (2015). Personal independence payments, welfare reform and the shrinking disability category. In: *Disability & Society*, jg. 30, nr. 5, p. 673-688.
- Schuring, M. (2010). *The role of health and health promotion in labour force participation* (proefschrift). Rotterdam: Erasmus University Medical Centre.
- STAR (2013). *Perspectief voor een sociaal én ondernemend land: uit de crisis, met goed werk, op weg naar 2010. Verantwoordelijkheid nemen en dragen, kansen creëren en benutten (Sociaal akkoord)*. Den Haag: Stichting van de Arbeid. Geraadpleegd januari 2016 via www.stvda.nl.
- Versantvoort, M. (2012). Synthese en aandachtspunten voor beleid. In: M. Versantvoort en P. van Echtelt (red.), *Belemmerd aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen* (p. 216-222). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

5 Verzuimbeleid tijdens recessiejaren: het werkgeversperspectief

Irene Houtman en Karolus Kraan (TNO)

5.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken zijn diverse ontwikkelingen beschreven op het gebied van werknemers met (en zonder) gezondheidsklachten, verzuim, langdurige uitval, en terugkeer naar werk. In dit hoofdstuk beschrijven we deze ontwikkelingen vanuit het perspectief van de werkgever. Het accent ligt op de ontwikkelingen over de periode van 2008-2014. In deze periode was voor een groot deel sprake van een recessie. Vanaf 2013 gaven werkgevers in het SCP Arbeidsvraagpanel al wel aan meer vertrouwen te hebben in de toekomst (Van Echtelt et al. 2015).

In hoofdstuk 2 hebben we gezien dat het verzuim tijdens een recessie over het algemeen daalt, terwijl het werkloosheidspercentage stijgt (zie ook Stegeman 2005). Als verklaring werd gegeven dat werknemers ten tijde van een recessie minder snel geneigd zijn zich ziek te melden, mogelijk uit angst voor baanverlies. In dit hoofdstuk zoeken we naar een antwoord op de vraag hoe werkgevers invulling geven aan hun beleid op het gebied van arbeid en gezondheid, verzuim en re-integratie, en of dit de afgelopen jaren is veranderd, al dan niet onder invloed van de economische recessie.

Naast aandacht voor arbozorg en verzuimbeleid, heeft de laatste jaren de focus gelegen op het duurzaam inzetbaar houden van het personeel. De reden is de vergrijzing van de beroepsbevolking en het ook op langere termijn in stand kunnen houden van ons pensioen- en socialezekerheidsstelsel. Het ondersteunen van langer doorwerken van werknemers door werkgevers is een belangrijke voorwaarde om dit daadwerkelijk te bewerkstelligen. Dit is met name belangrijk bij het ouder worden van werknemers, wanneer zij (chronische) gezondheidsproblemen gaan ontwikkelen.

De aandacht voor het langer doorwerken vertaalt zich ook naar de vraag hoe bedrijven omgaan met kwetsbare groepen. Daaronder worden werknemers verstaan die in potentie tot de beroepsbevolking behoren, maar bij baanverlies moeilijk een nieuwe baan vinden. We doelen dan op ouderen, laagopgeleiden, mensen met een chronische aandoening en werknemers met een tijdelijk contract. Ook zij worden geacht langer door te werken.

De recessie zou de kansen van deze kwetsbare groepen om aan het werk te blijven dan wel te komen sterk bemoeilijken (o.a. Van Echtelt et al. 2015; Van Gaalen et al. 2011). Zo geven in 2013 werkgevers aan minder prioriteit te geven aan investeringen in het personeelsbeleid, zoals scholing. Met name waar het het aantrekken van werknemers met gezondheidsbeperkingen betreft, geeft slechts 9% van de bedrijven (zowel in 2011 als 2013) hieraan prioriteit (Van Echtelt et al. 2015).

Het overheidsbeleid is echter nog steeds gericht op het stimuleren van arbeidsmarktkansen van zwakkeren op de arbeidsmarkt. Dientengevolge is per 1 januari 2015 de Participatiewet van kracht geworden, waaronder iedereen valt die kan werken maar daarbij ondersteuning nodig heeft (szw 2015). De wet heeft ten doel dat zoveel mogelijk mensen met of zonder arbeidsbeperking werk vinden. Overigens is deze wet niet gericht op werkgevers; het zijn de gemeenten die er verantwoordelijk voor zijn dat iedereen die kan werken aan de slag gaat en waar nodig ondersteund wordt.

De SER heeft recentelijk in een advies een toekomstvisie gepresenteerd voor een kwalitatief betere zorg voor werkenden, waarin hij onder andere aangeeft dat deze zorg rekening dient te houden met ontwikkelingen op de arbeidsmarkt (SER 2014). De groep werkenden met een andere arbeidsrelatie dan een vast dienstverband dient eveneens toegang te hebben tot adequate en kwalitatief goede zorg voor werkenden. Ook daarom is het interessant om te zien hoe werkgevers omgaan met arbo- en vooral verzuimbeleid voor werknemers met een flexibel dienstverband, vergeleken met werknemers met een vast dienstverband.

De vragen die we in dit hoofdstuk willen beantwoorden zijn de volgende:

- Wat zijn de trends in arbo- en verzuimbeleid binnen bedrijven? Ervaren werkgevers ten tijde van een recessie inderdaad minder prikkels om aan arbo- en verzuimbeleid te doen?
- Hoe staan werkgevers tegenover het langer doorwerken van werknemers? Wat is hun beleid op dit punt en is dit veranderd tijdens de periode van recessie?
- Zien we in de afgelopen jaren van recessie ook een verminderde aandacht in het bedrijfsbeleid ten aanzien van kwetsbare groepen, zoals mensen met chronische gezondheidsproblemen of een tijdelijk contract?
- Wat drijft werkgevers om werknemers te behouden en is de recessie hierop van invloed?

In dit hoofdstuk bespreken we allereerst welke data gebruikt zullen worden. Vervolgens gaan we in op de trends in het arbo- en verzuimbeleid van ondernemingen in Nederland en de tevredenheid met de arbodienstverlening, dat wil zeggen met dat deel van de arbozorg dat bedrijven van anderen betrekken. Vervolgens bespreken we het beleid van organisaties zelf dat zich richt op duurzame inzetbaarheid van werknemers, en vervolgens het bedrijfsbeleid specifiek gericht op kwetsbare groepen, zoals werknemers met (chronische) gezondheidsklachten of met een tijdelijk contract. Tot slot bespreken we de resultaten van een vignettenstudie die is uitgevoerd onder werkgevers, waarin in kaart gebracht is wat werkgevers drijft wanneer zij beslissingen moeten nemen ten aanzien van het behoud van werknemers. In alle paragrafen van dit hoofdstuk wordt specifiek ingegaan op de (mogelijke) effecten van de recessie op het hier besproken bedrijfsbeleid.¹

5.2 Gebruikte data

De onderzoeksvragen worden overwegend beantwoord aan de hand van analyse van de Werkgevers enquête arbeid (WEA; Emmerik et al. 2015; Oeij et al. 2011, 2013). De WEA geeft informatie over de stand van zaken op het gebied van arbeid in bedrijven en instellingen, bekeken door de ogen van werkgevers. Het gaat dus om werkgeversgedrag. Hoofddoel van de WEA is het monitoren van trends en ontwikkelingen in het arbeidsbeleid, en van het effect van dat arbeidsbeleid op bedrijfsresultaten en ziekteverzuim. De bronpopulatie van de WEA wordt gevormd door alle Nederlandse vestigingen van profit- en non-profit-bedrijven en instellingen met ten minste twee werkzame personen in het LISA-bestand, een databestand met gegevens over alle vestigingen in Nederland waar betaald werk wordt verricht. De WEA bevat daarmee geen zzp'ers. Gemiddeld worden voor dit tweejaarlijkse onderzoek 24.000 vestigingen benaderd, waarvan er circa 5500 daadwerkelijk deelnemen.² De enquête wordt doorgaans ingevuld door de directeur (midden- en kleinbedrijf) of de manager HRM/P&O (midden- en grootbedrijf). De verzamelde gegevens worden door weging op sector en bedrijfsgrootte representatief gemaakt voor de totale Nederlandse vestigingspopulatie; daardoor is het mogelijk om op basis van de WEA valide uitspraken te doen over alle Nederlandse vestigingen van bedrijven en instellingen. De tweejaarlijkse WEA is in 2008 voor het eerst uitgevoerd. In dit hoofdstuk worden gegevens gerapporteerd van de WEA 2008, 2010, 2012 en 2014.

In alle tabellen op basis van de WEA wordt ieder jaargegeven steeds getoetst aan de rest van de jaren. De significanties worden weergegeven op het significantieniveau alsook ten opzichte van een relevantiecriteria (Cohen's d; zie voetnoot bij de tabellen). Een vetgedrukt cijfer duidt op zowel significantie als relevantie van het betreffende cijfer.

Basisinformatie over de vragenlijst, de steekproeftrekking en de tabellenboeken van de WEA zijn te vinden op: www.monitorarbeid.tno.nl/databronnen/wea.

Voor beantwoording van de laatste vraag ('wat drijft werkgevers') maken we gebruik van een vignettenstudie die in 2012 is uitgevoerd als vervolgmeting op de WEA-steekproef 2010 (zie Houtman et al. 2013). Dit onderzoek richtte zich vooral op het in kaart brengen van de voorkeuren van werkgevers bij het aannemen, maar vooral ook bij het behouden van werknemers onder de volgende omstandigheden: contractverlenging, krimp als gevolg van een reorganisatie, en verzuim. In de vignettenstudie werden kenmerken van de werknemer zoals leeftijd, type contract, gezondheidssituatie, alsook van de situatie (recessie of niet) per vignet of situatieschets random gevarieerd. Door werkgevers herhaaldelijk een keuze te laten maken ten aanzien van het behoud van een werknemer bij de random variërende kenmerken, kon een voorkeursprofiel per vignet of situatieschets worden vastgesteld. De recessie was in dit onderzoek geoperationaliseerd als een te variëren omgevingskenmerk.

5.3 Trends in arbo-, verzuim- en reïntegratiebeleid van organisaties

5.3.1 Het arbo- en verzuimbeleid en arbodienstverlening

In deze paragraaf belichten we het arbo- en verzuimbeleid van de werkgever. Een aantal arbo- en verzuimactiviteiten is volgens de Arbowet verplicht. Zo zijn er verplichtingen als het periodiek (laten) uitvoeren van een risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) en het op basis hiervan opstellen van een plan van aanpak en voeren van een verzuimbeleid waarbij arbodeskundige expertise moet worden betrokken. Andere activiteiten, zoals het implementeren van specifieke maatregelen, bijvoorbeeld om werkdruk of fysieke belasting aan te pakken, zijn niet wettelijk verplicht, tenzij dit risico's zijn die in de organisatie aanwezig zijn. In dat geval stelt de wet dat deze risico's in het kader van de RI&E moeten worden geïnventariseerd en geëvalueerd en als het als risico wordt geïdentificeerd moet worden opgenomen in een plan van aanpak.³

In tabel 5.1 wordt een overzicht gegeven van ontwikkelingen vanaf 2008 in de mate waarin bedrijven arbo- en verzuimbeleid voeren. Het blijkt dat sinds 2012 iets minder vaak een RI&E in de vestiging aanwezig is. Naar aanleiding van een RI&E moet een plan van aanpak worden gemaakt. Aanvankelijk gebeurde dit steeds vaker vanaf 2008, maar in 2014 komt het minder vaak voor dan in 2012. De mate waarin dit het geval is, is sterk gebonden aan de bedrijfsgrootte. Vele statistieken laten zien dat grote bedrijven er meestal wel één hebben, en dat het vooral bij de kleine bedrijven ontbreekt. Maar er zijn wel heel veel kleine bedrijven. Een belangrijke vraag die ook veel nationale en internationale beleidsinstanties zich stellen, is hoe het MKB meer kan worden gestimuleerd de RI&E als basis voor hun arbo- en verzuimbeleid te gebruiken (zie ook EU-OSHA 2016).

Volgens de Arbowet is elk bedrijf verplicht om zich deskundig te laten ondersteunen bij het arbo- en verzuimbeleid. In 2005 heeft de Europese rechter beslist dat Nederland zijn arbowetgeving moest aanpassen aan de Kaderrichtlijn 89/391/EEG wat betreft de deskundige ondersteuning. Die moest vooral intern worden georganiseerd. Dit leidde onder andere tot de invoering van de preventiemedewerker en de maatwerkregeling.⁴ Sinds 1 juli 2005 moeten alle bedrijven (minimaal) één preventiemedewerker hebben; dit is een medewerker van de eigen organisatie die arbotaken op zich neemt. Bij bedrijven met minder dan vijftien werknemers mag de ondernemer de taak van preventiemedewerker zelf op zich nemen. In 2012 ligt het aandeel vestigingen met een preventiemedewerker op ongeveer 64% van alle vestigingen in Nederland. Het percentage in 2014 is nagenoeg gelijk aan dat in 2012.

Tabel 5.1

Ontwikkelingen in arbo- en verzuimbeleid en arbodienstverlening, 2008-2014 (in procenten)

	2008	2010	2012	2014
heeft uw vestiging een RI&E? (% ja) (n)	49,1△ (5368)	49,3△ (5518)	46,0▽ (5218)	45,6▽ (5109)
heeft uw vestiging naar aanleiding van de RI&E een plan van aanpak gemaakt? (% ja) (n)	74,4▼ (2627)	81,9△ (2715)	83,9△ (2392)	77,8▽ (2328)
zijn er in uw vestiging een of meer werknemers als preventiemedewerker aangewezen? (% nee) (n)	- (n)	32,7▽ (5517)	36,5△ (5226)	36,0 (5109)
hoe heeft u de verplichting tot inschakeling van een bedrijfsarts of arbodienstverlener geregeld? (meerdere antwoorden mogelijk)				
ik heb dit geregeld in mijn contract met een externe arbodienst	-	43,3△	39,5	37,2▽
ik heb dit geregeld via de interne arbodienst	-	2,7	2,2	2,5
ik heb dit geregeld via mijn verzuimverzekeraar/zorgverzekeraar	-	23,5	24,0	22,1▽
ik heb dit geregeld via mijn assurantietussenpersoon/arboadviseur	-	7,8▽	9,4	10,0△
ik huur zelf een bedrijfsarts in	-	3,5	3,0▽	3,9△
ik huur zelf een andere gecertificeerde arbodienstverlener in	-	1,8	1,4▽	2,1△
ik heb hierover niets geregeld	-	15,4▽	16,3	17,3△
andere regeling bedrijfsarts of arbodienstverlener	-	4,3△	3,4	3,3
weet niet (regeling bedrijfsarts of arbodienstverlener) (n)	- (n)	3,7▼ (5518)	7,1△ (5230)	8,9△ (5109)

▲: $p < 0,05$ (en ▼): significant positief (negatief) verschil (tweezijdig getoetst), én Cohen's d (effectgrootte) is ten minste 0,20.

△ (en ▽): significant, maar Cohen's d (effectgrootte) is kleiner dan 0,20 (Cohen 1988).

Bron: TNO/SZW (WEA'08-'14)

De verplichting voor bedrijven om arbodeskundigheid binnen de organisatie te hebben (of hiervoor op te leiden) door het aanstellen van een preventiemedewerker ging gepaard met de beschikking dat de verplichte contractering van een arbodienst kwam te vervallen als een bedrijf kiest voor een maatwerkregeling en een bedrijfsarts of andere arbodeskundige contracteert. Een bedrijf kan alleen voor een maatwerkregeling kiezen als de werknemers hiermee akkoord zijn en hierover overeenstemming bereikt in de cao, met de ondernemingsraad of de personeelsvertegenwoordiging. Steeds minder organisaties sluiten een contract met een arbodienst; slechts een heel klein en afnemend percentage organisaties heeft een interne arbodienst. Steeds vaker regelt men de bedrijfsgeneeskundige of arbo-expertise via de verzekeraar, tussenpersoon of arboadviseur. Slechts een klein deel van de organisaties huurt zelf een bedrijfsarts of andere gecertificeerde dienstverlener in. Echter, steeds vaker, in 2014 bij ruim 17% van de bedrijven, komt het voor dat er op het gebied van arbo niets geregeld is. De Inspectie-szw moet naleving van de Arbowetgeving handhaven en kan een organisatie een boete opleggen wanneer dat niet of onvoldoende gebeurt. De kans dat er een inspectie door de Inspectie szw plaatsvindt is echter niet groot, doordat de dekkinggraad van de Arbeidsinspectie in Nederland laag is (Scoreboard 2009⁵).

5.3.2 Door werkgevers gesignaleerde arborisico's en genomen arbomaatregelen

In tabel 5.2 en 5.3 wordt een overzicht gepresenteerd van de (o.a. op basis van de RI&E) belangrijkste arborisico's die werkgevers in hun vestiging signaleren en nieuwe arbomaatregelen die zijn getroffen in de afgelopen twee jaar.

Werkgevers vinden werkdruk veruit het belangrijkste arborisico (tabel 5.2). Tussen 2010 en 2014 is het aandeel werkgevers dat dit het belangrijkste risico vindt bovendien gestegen, van 41% naar ruim 45%. Lichamelijke belasting is een goede tweede, maar sinds 2008 is het belang van dit risico gedaald. Daarnaast onderkent ongeveer een kwart van de werkgevers dat beeldschermwerk een arbeidsrisico is. Dit percentage stijgt ook.

Een stabiele 14% à 15% van de werkgevers geeft over de periode 2010-2014 aan dat er geen arborisico's zijn.

Tabel 5.2

De belangrijkste arborisico's in de vestiging volgens de werkgever, 2008-2014 (in procenten aangekruist; meerdere antwoorden mogelijk)

	2008	2010	2012	2014
werkdruk	42,9	41,2▽	44,3	45,2△
emotioneel zwaar werk	7,1	6,9▽	8,0	8,2△
agressie en geweld	5,1	5,0	4,9	4,5
lichamelijke belasting (tillen, duwen en/of trekken)	40,7△	37,8	35,9▽	33,7▽
beeldschermwerk	23,5▽	26,3△	24,9	25,9
langdurig in dezelfde (ongemakkelijke) houding werken	13,9	14,2	13,9	14,6
lawaai	16,7▲	14,0	10,7▽	12,4▽
knel-, plet- of snijgevaar	6,6△	5,8	5,0▽	6,3
valgevaar	8,8△	7,2	6,0▽	5,5▽
aanrijdgevaar	5,5	6,9△	4,7▽	4,6▽
gevaarlijke (chemische of biologische) stoffen	5,1△	3,6▽	3,8▽	4,8△
straling	1,0	0,6▽	1,1	1,2△
onregelmatige werktijden (niet gevraagd in 2008)	-	12,3▲	11,0	11,1
repetitief werk (niet gevraagd in 2008)	-	5,8	6,6△	5,3▽
andere arbeidsrisico's	-	4,6	4,3	5,2▲
geen arbeidsrisico's	-	15,2	15,2	14,1
weet niet	-	4,2	4,9	4,9
helemaal geen antwoord	21,2	22,6	23,1△	21,4
(n)	(5387)	(5516)	(5230)	(5109)

▲: $p < 0,05$ (en ▼): significant positief (negatief) verschil (tweezijdig getoetst), én Cohen's d (effectgrootte) is ten minste 0,20.

△ (en ▽): significant, maar Cohen's d (effectgrootte) is kleiner dan 0,20 (Cohen 1988).

Bron: TNO/SZW (WEA'08-'14)

Wanneer we echter kijken naar wat er dan aan (deels nieuwe) maatregelen in de twee jaar voorafgaand aan het invullen van de WEA is getroffen ligt dit het vaakst op het gebied van de persoonlijke beschermingsmiddelen, technische verbeteringen (bv. afscherming van machineonderdelen), aanpassingen in het werk (bv. functies of roosters), verzuimbegeleiding en organisatorische verbeteringen (tabel 5.3). Opvallend is bovendien dat het percentage bedrijven dat zegt dat het organisatorische en technische maatregelen alsook maatregelen gericht op persoonlijke beschermingsmiddelen neemt, sinds 2010 afneemt en het percentage dat geen maatregelen treft toeneemt.

In de WEA is werkgevers ook gevraagd of men specifieke maatregelen heeft getroffen voor medewerkers die niet in loondienst zijn, zoals werknemers met een tijdelijk contract of uitzendkrachten. Gemiddeld 84% van de werkgevers zegt dat ze niet specifiek voor deze groep medewerkers maatregelen treffen (tabel 5.3).

Tabel 5.3

Nieuwe arbo- en verzuimmaatregelen getroffen in de afgelopen twee jaar volgens de werkgever, 2008-2014 (in procenten; meerdere antwoorden mogelijk)

	2008 ^a	2010	2012	2014
organisatorische verbeteringen	-	17,8△	12,9▽	11,8▽
technische verbeteringen	-	23,2△	16,8▽	17,3▽
persoonlijke beschermingsmiddelen	-	27,9▲	19,9▽	21,2▽
onderzoek naar arbeidsrisico's en klachten	-	12,1△	10,5	9,8▽
bevorderen van een gezonde leefstijl	-	8,8	7,7▽	9,6△
algemeen/integraal beleid voor veilig en gezond werken	-	14,5△	10,6▽	12,4
prikkels om verzuim te voorkomen of terug te dringen	-	14,4△	12,1	11,5▽
begeleiding bij verzuim en re-integratie	-	15,7△	13,6	13,3▽
voorlichting, training en deskundigheidsbevordering	-	12,7△	12,0	11,0▽
aanpassingen in het werk	-	16,6	16,4	14,4▽
andere maatregelen arbo en verzuim	-	7,1	7,8	6,7
geen maatregelen arbo en verzuim	-	30,1▽	37,2△	36,9△
weet niet maatregelen arbo en verzuim	-	3,6▽	3,6▽	5,0△
(n)	-	(5518)	(5230)	(5109)
maatregelen getroffen specifiek gericht op arbeidsomstandigheden en/of verzuim van medewerkers niet in loondienst van vestiging? (meerdere antwoorden mogelijk)				
ja, voor zzp'ers/freelancers	-	7,3△	6,0	6,3
ja, voor uitzendkrachten en/of gedetacheerden	-	6,1△	5,3	4,9▽
ja, voor vrijwilligers	-	1,8	1,3▽	1,9
nee	-	83,3▽	85,4▲	84,3
weet niet	-	4,5	4,6	5,0
(n)	-	(5518)	(5230)	(5109)

a In 2008 zijn deze vragen niet meegenomen.

▲: $p < 0,05$ (en ▼): significant positief (negatief) verschil (tweezijdig getoetst), én Cohen's d (effectgrootte) is ten minste 0,20.

△ (en ▽): significant, maar Cohen's d (effectgrootte) is kleiner dan 0,20 (Cohen 1988).

Bron: TNO/SZW (WEA'08-'14)

Een arbocatalogus is een belangrijk document en instrument voor het arbo- en verzuimbeleid in een organisatie of sector. In een arbocatalogus wordt beschreven wat de wet vereist op het gebied van arbeid en gezondheid van een werkgever en een werknemer in het betreffende bedrijf of sector, welke cao-afspraken op het gebied van de arbeidsomstandigheden relevant zijn, welke risico's in een bepaalde sector of bepaald bedrijf vaak voorkomen, hoe je dit kunt meten, hoe je het kunt aanpakken en voorbeelden van hoe risico's of het verzuim in de branche of sector succesvol zijn aangepakt of hoe succesvol werk-

hervatting is bewerkstelligd. De arbocatalogus moet zijn goedgekeurd door de Inspectie SZW.

In circa 22% van de bedrijven of vestigingen is een arbocatalogus opgesteld. Bijna 45% van de werkgevers of hun vertegenwoordigers weet niet of er een arbocatalogus aanwezig is of weet misschien niet eens wat het is (citaat uit een werkgeversinterview: 'Een arbocatalogus... daar bestel ik nooit iets uit'). Het aandeel van hen dat zegt dat er zo'n arbocatalogus in het bedrijf is, neemt in ieder geval wel toe en het aandeel dat zegt het niet te weten, neemt af. Van de bedrijven die zelf een arbocatalogus opstellen of waarvan de sector er één heeft, zegt 70% dat ze deze ook daadwerkelijk gebruikt.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat er sinds 2008 minder vaak een R&E op een vestiging aanwezig is (in 2014 slechts 46%), en er minder vaak een plan van aanpak wordt gemaakt (in 2014 is dat in 78% van de vestigingen het geval). Dit zijn opvallende gegevens, omdat het gaat om zaken die wettelijk verplicht zijn. Ook worden er minder contracten met arbodiensten gesloten. Dit laatste heeft ongetwijfeld te maken met de wijziging in de Arbowet (2007), die de verplichte winkelnering van bedrijven bij een arbodienst afschafte. De arbo-expertise wordt vaker via de verzekeraar, een tussenpersoon of door het bedrijf zelf ingehuurd. De preventiemedewerker is nog slechts bij een derde van de bedrijven aanwezig; dit aandeel is behoorlijk stabiel.

Vertegenwoordigers van de vestigingen waar de WEA wordt gehouden, geven aan dat werkdruk het belangrijkste arboprobleem is, en vinden dit ook vaker een probleem. Anderzijds neemt men nauwelijks maatregelen op dit gebied; bovendien neemt het nemen van organisatorische maatregelen (net als andere maatregelen) af. Ruim een derde (37%) van de vestigingen neemt helemaal geen arbomaatregelen en dit percentage is de afgelopen jaren toegenomen.

Al met al lijkt de recessie, waar sinds 2008 sprake van is geweest, niet voortdurend te hebben geleid tot een afname van arbo- en verzuimactiviteiten in bedrijven en vestigingen, en zien we dat de situatie in 2014 terug is op het niveau van 2008.

Zo'n 84% van de organisaties treft geen specifieke maatregelen voor medewerkers met een tijdelijk contract of andere werknemers die niet vast in loondienst zijn.

5.4 Trends in het beleid van organisaties gericht op duurzame inzetbaarheid van werknemers

Nederlanders worden geacht langer door te werken. Met het ouder worden nemen de gezondheidsklachten doorgaans toe. Dat maakt het een interessante vraag wat werkgevers doen om hun personeel inzetbaar te houden. Uiteraard gaat het niet alleen om ouderen, maar om al hun werknemers. Gezondheid is daarbij een belangrijk aspect, maar het gaat ook om maatregelen specifiek gericht op het ondersteunen van het langer doorwerken en het verder ontwikkelen en verbreden van kennis en vaardigheden, zodat medewerkers niet alleen nu, maar ook in de toekomst inzetbaar blijven. Een belangrijke factor voor het langer kunnen en willen doorwerken is dat werknemers zelf invloed kunnen uit-

oefenen op hun werk. Hierbij gaat het zowel om de werkinhoud, als om de werkwijze en de werktijden (Geuskens et al. 2012, 2014).

Tabel 5.4 laat zien dat ongeveer een kwart van de werkgevers het doorwerken tot het pensioen belangrijk vindt. Aanvankelijk was er hier sprake van een toename sinds 2008, maar deze zet vanaf 2012 niet verder door. Doorwerken na het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd vindt slechts een ruime 7% van de werkgevers belangrijk.

Tabel 5.4

De mate waarin vestigingen de duurzame inzetbaarheid van hun werknemers ondersteunen, 2008-2014 (in procenten)

	2008	2010	2012	2014
is het voor de personele bezetting in uw vestiging belangrijk dat werknemers tot hun pensioen doorwerken? (% ja)	22,9▽	24,0	26,8△	24,5
(n)	(5325)	(5507)	(5214)	(5109)
is het voor de personele bezetting in uw vestiging belangrijk dat werknemers ook na hun pensioengerechtigde leeftijd doorwerken? (% ja)	7,6	7,1	7,5	7,2
(n)	(5326)	(5504)	(5214)	(5109)
in onze vestiging treffen we maatregelen zodat werknemers langer kunnen doorwerken				
(helemaal) mee oneens	-	17,3△	16,3	13,4▽
neutraal	-	50,6△	47,1	46,7▽
(helemaal) mee eens	-	32,1▼	36,6	39,9△
(n)	-	(5439)	(5163)	(5109)

▲: $p < 0,05$ (en ▼): significant positief (negatief) verschil (tweezijdig getoetst), én Cohen's d (effectgrootte) is ten minste 0,20.

△ (en ▽): significant, maar Cohen's d (effectgrootte) is kleiner dan 0,20 (Cohen 1988).

Bron: TNO/szw (WEA'08-'14)

Werkgevers zijn daarnaast ook van mening dat de maatregelen die zij in het kader van dat langer doorwerken treffen, bijdragen aan de regelruimte van medewerkers, zoals het kunnen meebepalen van de werkmethode, de werkverdeling, werktijden en pauzes, en het kunnen oplossen van operationele problemen of verstoringen in het productie- of werkproces. Het kunnen meebepalen blijkt volgens onderzoek bij te dragen aan het langer kunnen en willen doorwerken (Geuskens et al. 2012, 2014). Werkgeversvertegenwoordigers zijn het sinds 2010 vaker (helemaal) eens met de stelling dat hun vestiging maatregelen treft zodat hun werknemers langer kunnen doorwerken. Het aandeel werkgevers dat dit vindt, is gestegen van zo'n 32% in 2010 naar bijna 40% in 2014.

De antwoorden van werkgevers op deze vragen stroken echter niet met wat zij zeggen aan concrete maatregelen te hebben getroffen. In tabel 5.5 zien we dat het meest frequent maatregelen worden aangeboden als het kunnen opnemen van extra vrije dagen door oudere werknemers. Het aanbod van deze voorziening neemt echter af van bijna een kwart van de organisaties in 2010 tot 19% in 2014. Daarnaast is er de mogelijkheid om op individuele basis aanpassingen van werktijden te realiseren. Deze wordt bij bijna 15% geboden in 2010, maar ook dit neemt af tot 12% in 2014. De mogelijkheid om vervroegd uit dienst te treden loopt eveneens duidelijk terug, van 10% van de bedrijven in 2010 tot 6% in 2014. Hieruit kan worden geconcludeerd dat het nemen van ontzietmaatregelen om (oudere) werknemers langer in dienst te houden terugloopt. Dit is in lijn met de bevindingen uit het werkgeverspanel van het SCP (Van Echtelt et al. 2015).

Andere maatregelen die in organisaties worden getroffen om werknemers langer in dienst te houden, zijn taakverlichting of aanpassing van het takenpakket, loopbaan- en/of functioneringsgesprekken en aanpassing van de werkplek.

De meeste concrete maatregelen en voorzieningen ten behoeve van het langer doorwerken nemen af. Een significante (maar niet relevante) toename van concrete maatregelen is te zien in maatregelen gericht op taakverlichting of aanpassing van het takenpakket, maar deze toename is kleiner dan het relevantie criterium dat we hanteren. De algehele trend in tabel 5.5 is eenzelfde als die we zien ten aanzien van algemene en specifieke arbomaatregelen: bedrijven nemen over de periode 2008-2014 minder concrete maatregelen om werknemers langer te kunnen laten doorwerken. Er is dus sprake van een daling van zowel maatregelen gericht op het ontzien van de oudere werknemers vanwege de (op basis van gemiddelde cijfers aantoonbare) afgenomen belastbaarheid van oudere werknemers, als van maatregelen gericht op het ontwikkelen van de capaciteiten van (oudere) werknemers.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat (slechts) een kwart van de werkgevers het belangrijk vindt dat werknemers tot hun pensioen doorwerken. Slechts 7% vindt het belangrijk dat mensen ook na hun pensioen doorwerken. Een toenemend aandeel werkgevers (bijna 40% in 2014) is het (helemaal) eens met het treffen van maatregelen om werknemers langer te laten doorwerken. De helft van de werkgevers is hierin neutraal. Als maatregelen voor het stimuleren van langer doorwerken zien werkgevers vooral extra vrije dagen voor oudere werknemers, een kortere werkweek of aanpassing van werktijden op individuele basis, en taakverlichting of aanpassing van het takenpakket. Er is over de periode 2008-2014 echter sprake van een algehele afname van concrete (ontzie- en ontwikkel)maatregelen gericht op het verbeteren van de duurzame inzetbaarheid.

Tabel 5.5

Concrete maatregelen en voorzieningen in bedrijven of vestigingen ten behoeve van het langer doorwerken van werknemers, 2008-2014^a (in procenten; meerdere antwoorden mogelijk)

	2008 ^a	2010	2012	2014
deeltijd vervroegde uittreding (deeltijd-vut)	-	10,0 Δ	7,7	6,0 ∇
oudere werknemers vrijstellen van onregelmatige en ploegendienst	-	5,5	5,0	5,7
kortere werkweek/aanpassing werktijden op individuele basis	-	14,6	15,6 Δ	12,2 ∇
extra vrije dagen bij oudere werknemers	-	24,1 Δ	22,2	18,8 ∇
stimuleren scholings- en/of cursusdeelname	-	6,2	6,9	6,6
taakverbreding/taakroulatie	-	4,1	4,0	3,6
taakverlichting en/of aanpassing takenpakket (jobcrafting)	-	9,8 ∇	10,7	11,8 Δ
loopbaan- en/of functioneringsgesprekken	-	8,4	9,0	9,3
omscholen naar een andere baan/functie	-	2,0	2,1	1,7
teruggang in salaris/functie (demotie)	-	1,9	1,8	1,8
aanpassing van de werkplek	-	7,5	8,2 Δ	5,6 ∇
gezondheidsbeleid/stimuleren van gezondheid ingevoerd	-	3,5	3,9	3,4
er zijn geen voorzieningen/maatregelen getroffen	-	63,7 Δ	63,2	(60,7 ∇)
andere voorzieningen/maatregelen ten behoeve van langer doorwerken (gevraagd sinds 2014)	-	-	-	6,8
(n)	-	(5518)	(5229)	(5109)

a In 2008 zijn deze vragen niet meegenomen.

\blacktriangle : $p < 0,05$ (en \blacktriangledown): significant positief (negatief) verschil (tweezijdig getoetst), én Cohen's d (effectgrootte) is ten minste 0,20.

Δ (en ∇): significant, maar Cohen's d (effectgrootte) is kleiner dan 0,20 (Cohen 1988).

Bron: TNO/szw (WEA'08-'14)

5.5 Trends in het bedrijfsbeleid ten aanzien van kwetsbare groepen

De overheid wil meer mensen met een arbeidsbeperking of anderszins kwetsbare groepen laten instromen op de arbeidsmarkt en beter het potentieel benutten van hen die al wel een baan hebben. Kwetsbare groepen zijn werknemers die, als ze eenmaal hun baan verliezen, moeilijk weer aan het werk komen, zoals ouderen, laagopgeleiden en mensen met een chronische aandoening, maar ook werknemers met een tijdelijk contract. In deze paragraaf wordt de trend in het bedrijfsbeleid ten aanzien van kwetsbare groepen beschreven. Tabel 5.6 laat zien dat de inzet van kwetsbare groepen in nog niet een op de tien organisaties een expliciet onderdeel is van hun missie. Dit aandeel was in 2008 echter nog maar iets meer dan 4% en is in 2014 gestegen naar 8,5%. Het percentage werkgevers dat in de afge-

lopen twee jaar personen uit deze groep in dienst heeft genomen, fluctueert sinds 2008 en is in 2014 ruim 16%.

Tabel 5.6

Trends in bedrijfsbeleid ten aanzien van kwetsbare groepen, 2008-2014 (in procenten)

	2008	2010	2012	2014
is het inzetten van kwetsbare groepen expliciet onderdeel van de missie van uw vestiging? (% ja)	4,2▼	4,9	3,8▼	8,5△
(n)	(5330)	(5483)	(5193)	(5102)
heeft uw vestiging in de afgelopen twee jaar bewust personen in dienst genomen afkomstig uit een of meer kwetsbare groepen? (% ja)	15,9△	14,3	13,2▼	16,3△
(n)	(5387)	(5506)	(5214)	(5109)
welke belemmeringen zijn er voor uw vestiging om (meer) personen uit kwetsbare groepen in dienst te nemen? (meerdere antwoorden mogelijk)				
de verwachte kosten van begeleiding	13,1△	10,5▼	12,6△	10,5▼
financiële risico's door productiviteitsverlies	11,6△	8,9▼	13,0△	9,2▼
de verwachte organisatorische rompslomp	17,0△	13,4	14,3	10,2▼
het werk in onze vestiging leent zich er niet voor	54,7△	56,1△	53,6	49,2▼
onbekendheid met waar kwetsbare	4,5△	3,8	3,3	2,5▼
werkzoekenden kunnen worden gevonden				
kwetsbare werkzoekenden solliciteren niet bij	13,3	12,3	15,5△	9,9▼
onze vestiging				
er zijn geen belemmeringen om kwetsbare	18,4△	15,7▼	17,9	16,7
groepen aan te nemen				
andere belemmeringen om kwetsbare	7,6	7,6	8,4	9,2△
groepen aan te nemen				
weet niet welke belemmeringen er zijn om	6,1▼	9,4	8,2▼	13,9▲
kwetsbare groepen aan te nemen				
(n)	(5387)	(5518)	(5230)	(5109)

▲: $p < 0,05$ (en ▼): significant positief (negatief) verschil (tweezijdig getoetst), én Cohen's d (effectgrootte) is ten minste 0,20.

△ (en ▼): significant, maar Cohen's d (effectgrootte) is kleiner dan 0,20 (Cohen 1988).

Bron: TNO/SZW (WEA'08-'14)

Als belemmering bij het in dienst nemen van mensen uit kwetsbare groepen noemt meer dan de helft van de werkgevers dat de vestiging/het bedrijf zich hier niet voor leent. Andere genoemde belemmeringen zijn het argument dat deze werkzoekenden niet bij het betreffende bedrijf of vestiging zullen solliciteren, de verwachte organisatorische rompslomp en financiële risico's door productieverlies. In 2014 ziet 14% van de bedrijven geen belemme-

ringen. Desondanks voert ruim 91% van de bedrijven geen expliciet beleid voor kwetsbare groepen.

Samenvattend kunnen we stellen dat maar een beperkt deel van de organisaties beleid voert op kwetsbare groepen. In 2014 is dat wel meer dan in het verleden, maar nog steeds maar 8,5%. De meest genoemde reden om geen beleid te voeren op kwetsbare groepen is dat 'het bedrijf zich er niet voor leent'.

Bijna een vijfde van de organisaties geeft aan dat er geen belemmeringen zijn om (meer) personen uit kwetsbare groepen in dienst te nemen.

5.6 Wat drijft werkgevers: de rol van gezondheid

In het voorgaande is vooral ingegaan op trends, op basis van een grootschalige werkgeversenquête. Dit type gegevens biedt echter geen inzicht in achterliggende overwegingen van werkgevers. In deze paragraaf proberen we antwoord te geven op vragen als waarom een werkgever een werknemer zou willen behouden voor de organisatie, en of en wanneer de werkgever zich zal inzetten voor het verbeteren van de duurzame inzetbaarheid van werknemers, verzuim van werknemers wil voorkomen, dan wel een werknemer die verzuimt extra wil (laten) begeleiden zodat deze behouden blijft voor de organisatie. In hoeverre beïnvloeden, naast factoren als leeftijd en de kwaliteit van het functioneren van de werknemers, factoren als gezondheid en type contract alsook de recessie de beslissingen van de werkgever? Om deze vraag te beantwoorden presenteren we hier de belangrijkste resultaten van een vignettenonderzoek dat is uitgevoerd voor en gepubliceerd door uwv.⁶ Een vignettenonderzoek is een vorm van experimenteel onderzoek waarbij men gebruik maakt van denkbeeldige situaties. Daarin kunnen de veronderstelde oorzaken van de werkgeversbeslissingen systematisch worden gevarieerd, zodat vast te stellen is in welke mate deze factoren van invloed zijn op afwegingen en keuzegedrag. Vignettenonderzoek wordt minder gevoelig beschouwd voor sociaal wenselijke antwoorden dan het traditionele vragenlijstonderzoek (bv. Atzmuller en Steiner 2012; Jenkins et al. 2010).

Een aantal factoren die de beslissingen van werkgevers kunnen beïnvloeden, zoals de recessie, de vergrijzing van werknemers en de toename van het aantal werknemers met een tijdelijk contract, treden gelijktijdig op en hangen gedeeltelijk ook onderling samen. Zo heeft de economische crisis gezorgd voor een afname van het aantal banen en is één van de verklaringen voor de stijging in het aandeel van mensen met een flexcontract dat werkgevers vanwege de crisis minder geneigd zouden zijn werknemers in vaste dienst te nemen (Dekker en Aussems 2013; Vlasblom et al. 2013). Opvallend is dat de omvang van de beroepsbevolking met een flexibel contract in Nederland steeds verder toeneemt, terwijl die zich in Europa stabiliseert (Dekker en Aussems 2013). Wagenaar et al. (2012) lieten zien dat werknemers met een tijdelijk contract, vooral in een jaar van recessie, een grotere kans hebben om hun baan te verliezen dan werknemers met een vast contract wanneer er sprake is van gezondheidsproblemen. Ook laten Van der Burg et al. (2014) in hun onderzoek zien dat langdurig zieken hun gezondheid als slechter ervaren. Dit is vooral het geval

bij werknemers met een tijdelijk contract die in de vangnetregeling terecht zijn gekomen, ook wanneer wordt gecorrigeerd voor verschillen in demografische kenmerken (zie ook hoofdstuk 3: § 3.2-3.4). Daarnaast blijkt dat bij vangnetters de ervaren gezondheid tussen 2007 (geen recessie) en 2012 (wel recessie) nog eens extra achteruit is gegaan, zodat gedurende de crisis het verschil in gezondheidsperceptie tussen vangnetters en reguliere werknemers verder vergroot is. In hoeverre speelt hier de werkgever een selecterende rol? Ook deze vraag proberen we te beantwoorden aan de hand van het vignettenonderzoek. Dit probeert inzicht te geven in de factoren die verklaren waarom werkgevers werknemers behouden voor hun organisatie en in de factoren die van invloed zijn op het (extra) inzetten op behoud van werknemers, wanneer die verzuimen.

5.6.1 Het vignettenonderzoek

Werkgevers voor dit onderzoek zijn geworven uit de werkgeverssteekproef van de Werkgevers enquête arbeid 2010 (WEA'10; Oeij et al. 2011). Bijna de helft van die werkgevers had aangegeven aan vervolgonderzoek te willen meewerken en is in 2012 opnieuw benaderd, met de vraag om mee te doen aan het vignettenonderzoek.

De deelnemende werkgevers kregen een online vragenlijst aangeboden die bestond uit twee delen: een aantal algemene vragen en de vignetten (situatieschetsen). Elke deelnemer kreeg twee van de vier vignetten voorgelegd. Hier presenteren we de drie vignetten die zich specifiek richten op verschillende vormen van behoud van de werknemer:

- het verlengen van een tijdelijk contract van een werknemer voor de meest voorkomende functie in het bedrijf;
- het behoud van een werknemer bij een reorganisatie van het bedrijf;
- het leveren van extra re-integratie-inspanningen voor een verzuimende werknemer.

Een omschrijving van de drie vignetten en de niveaus van de relevante kenmerken (attributen) is weergegeven in de bijlage bij dit hoofdstuk. Voor uitgebreidere oriëntatie op het vignettenonderzoek en de uitgevoerde analyses zie Houtman et al. (2013).

Uiteindelijk hebben 389 (18%) werkgevers aan de vignettenstudie meegewerkt. In totaal zijn 676 vragenlijsten volledig beantwoord met betrekking tot de drie vignetten. De verdeling van antwoorden van de werkgevers over de drie vignetten was behoorlijk evenwichtig: 35% (n = 236) voor vignet 1 (verlengen contract), 33% (n = 224) voor vignet 2 (behoud bij reorganisatie) en 32% (n = 216) voor vignet 3 (extra verzuiminspanning).

De vignetten zijn geanalyseerd met een conjointanalyse. Dit is een statistische techniek waarbij wordt vastgesteld welke combinatie van een beperkt aantal attributen, in dit geval factoren als gezondheid, kwaliteit van het functioneren, leeftijd en type contract, het meest van invloed is op de keuze of de beslissing van de respondent. De attributen die per vignet zijn meegenomen, verschillen enigszins per vignet (zie hieronder). Door een werkgever meerdere keren een vignet voor te leggen waarbij de attributen steeds random een bepaalde waarde kregen (bv. bepaalde leeftijdsgroep, wel of geen gezondheidsklachten, vast of tijdelijk contract) met de vraag welke van de werknemers hij zou behouden voor de

organisatie, kon de invloed van ieder attribuut onafhankelijk van de andere attributen worden geschat.

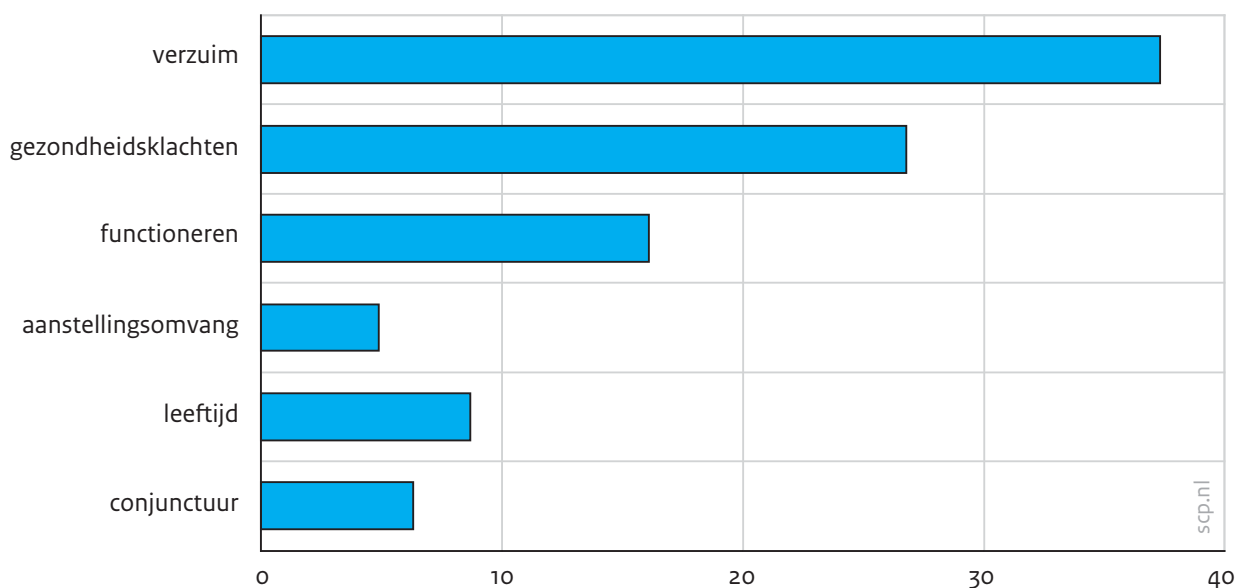
5.6.2 Oorzaken van werkgeversbeslissingen per vignet

Bij het behoud van personeel was de vraag van het eerste vignet: gegeven dat u een van de drie hieronder beschreven personen met een tijdelijk contract moet behouden voor uw organisatie, van wie van hen verlengt u het contract? Figuur 5.1 geeft de factoren weer die de keuze beïnvloeden bij het verlengen van het contract.

Verzuim en gezondheidsklachten blijken de belangrijkste factoren bij het verklaren van de keuze van de werkgever wiens contract te verlengen: wanneer er sprake is van verzuim en van gezondheidsklachten is de werkgever duidelijk het minst geneigd het contract te verlengen. Men moet bij voorkeur ook meer dan gemiddeld functioneren. Slecht functioneren is in deze studie niet eens als optie meegenomen, omdat verwacht werd dat deze optie alle variantie zou wegnemen: iemand die slecht functioneert en een tijdelijk contract heeft, behoud je sowieso niet voor de functie. Opvallend genoeg doen leeftijd, conjunctuur en aanstellingsomvang er beduidend minder toe.

Figuur 5.1

Bijdrage van de veronderstelde oorzaken aan de keuze van de werkgever bij het verlengen van contracten, 2013 (in procenten)



Bron: Houtman et al. (2013)

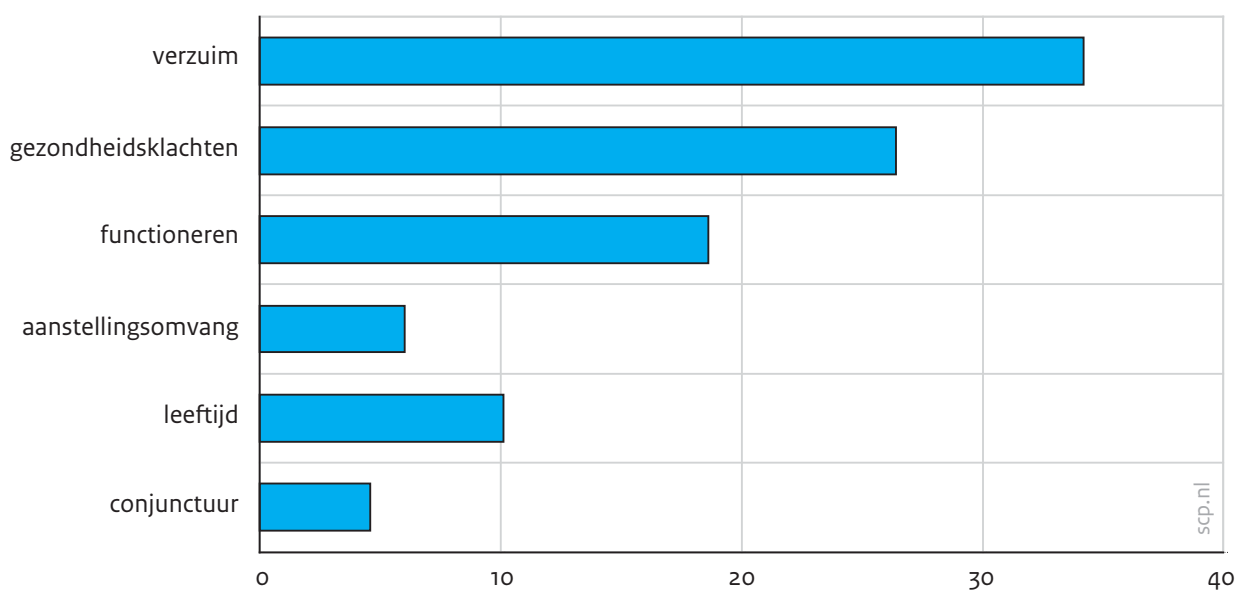
Figuur 5.2 toont de determinanten voor de keuze van een werkgever wie te behouden bij een reorganisatie. Een aantal zaken ligt bij reorganisaties min of meer vast; zo is nog steeds wettelijk bepaald dat bij een reorganisatie werknemers met een vaste aanstelling voorrang genieten boven werknemers met een tijdelijk contract, tenzij de keuze voor de tijdelijke

contractant specifiek kan worden onderbouwd. Om deze reden is contracttype hier niet als te variëren kenmerk meegenomen.

De voorkeuren bij het behoud van werknemers bij een reorganisatie lijken sterk op die bij het verlengen van een contract. Ook hier kiest een werkgever dus vooral niet voor medewerkers die verzuimen of gezondheidsklachten hebben. Net als bij het eerste vignet doet het functioneren er ook nu toe en blijkt het een betrekkelijk sterke derde determinant voor de keuze van werkgevers. Ook nu blijken leeftijd, aanstellingsomvang en conjunctuur veel minder belangrijk.

Figuur 5.2

Bijdrage van de veronderstelde oorzaken aan de keuze van de werkgever bij een reorganisatie, 2013 (in procenten)



Bron: Houtman et al. (2013)

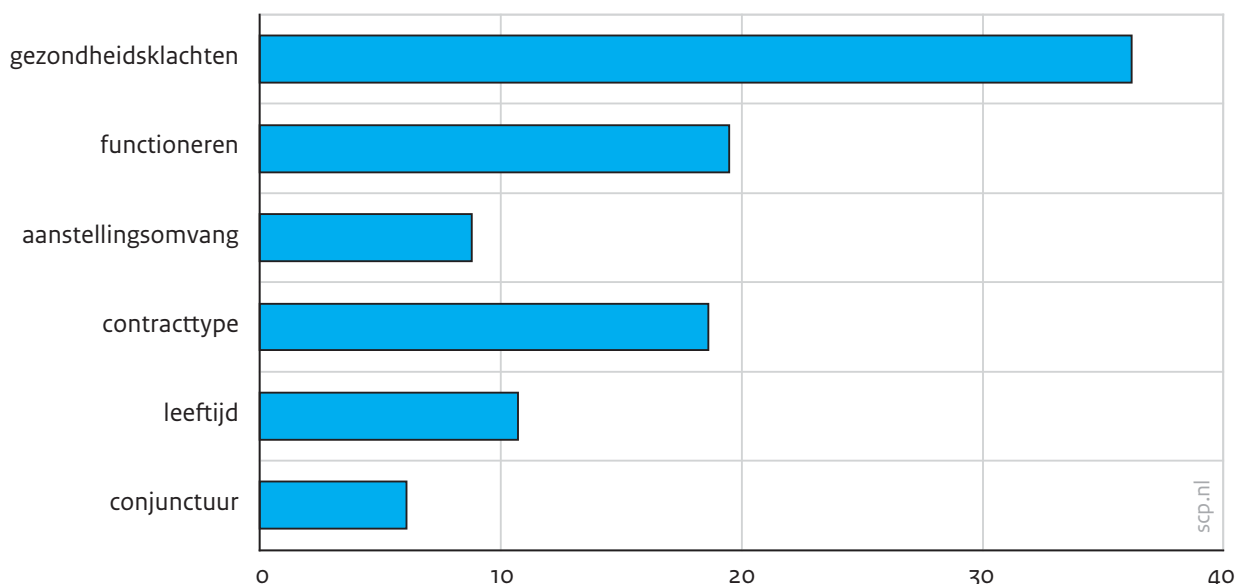
Contracttype (vast versus tijdelijk) is alleen voorgelegd in het vignet waarbij de werkgevers de vraag kregen voorgelegd voor welke kandidaat zij extra re-integratie-inspanningen zouden leveren. Opnieuw wordt de keuze vooral bepaald door de gezondheidsklachten van de werknemer (figuur 5.3). Het functioneren en het contracttype zijn een goede tweede en derde: een werkgever is meer geneigd extra te investeren in een verzuimende werknemer als die uitstekend functioneert en een vast contract heeft. Gemiddeld functioneren en een flexibel contract hebben maakt dus de keuze om bij verzuim extra in iemand te investeren minder voor de hand liggend. Slechts 12% van de werkgevers blijkt zich in te zetten voor een verzuimende werknemer met een tijdelijk contract. Leeftijd, aanstellingsomvang en conjunctuur spelen ook hier opnieuw een betrekkelijk kleine rol.

Om te verifiëren of de manier waarop conjunctuur in de vignetten meetbaar is gemaakt wel goed is geslaagd, is ook gekeken naar de invloed van de financieel-economische situ-

atie van het bedrijf op het keuzegedrag van werkgevers. De veronderstelling is dat een recessie vaak zal leiden tot slechte(re) bedrijfsresultaten. We denken daarom dat een slechte financieel-economische situatie van bedrijven hetzelfde effect heeft als een slechte conjunctuur. In de analyses achteraf zijn contrasten tussen bedrijven bestudeerd en bleek een slechte financieel-economische situatie echter nauwelijks samen te hangen met het voorkeursgedrag van werkgevers bij het behoud van werknemers. Deze situatie beïnvloedt werkgevers wel, maar dan meer in die zin dat ze voorzichtig(er) worden bij het (aannemen en) behouden van personeel. In het onderzoek bleek dit uit het feit dat, wanneer werkgevers na een gedwongen keuze voor een van de drie gepresenteerde situaties en zij in tweede instantie werden gevraagd of zij deze persoon ook echt zouden kiezen bij een slechte conjunctuur, zij vaker aangaven de betreffende keuze toch niet door te zetten (zie Houtman et al. 2013).

Figuur 5.3

Bijdrage van de veronderstelde oorzaken aan de keuze van de werkgever bij extra investeringen in verzuimbegeleiding, 2013 (in procenten)



Bron: Houtman et al. (2013)

Samenvattend laat de vignettenstudie zien dat vooral gezondheid (en verzuim) bepaalt of een werkgever een medewerker behoudt en zich hiervoor inspant (in geval van verzuim); een werkgever spant zich meer in voor iemand zonder dan iemand met gezondheidsproblemen. Weliswaar wordt een eventueel gezondheidsprobleem enigszins gecompenseerd door uitstekend functioneren van de werknemer, maar dit functioneren heeft beduidend minder impact op de werkgeversbeslissing dan de gezondheid van de werknemer. Het hebben van een tijdelijk contract – hier alleen onderzocht in relatie tot het leveren van inspanningen bij verzuimende werknemers – hangt samen met beduidend minder inzet om een werknemer te behouden.

Conjunctuureffecten zijn aantoonbaar, maar betrekkelijk gering. Ook leeftijd en aanstellingsomvang zijn van ondergeschikt en beperkt belang als het gaat om het behoud van werknemers.

5.7 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk hebben we gezocht naar een antwoord op de vraag hoe werkgevers invulling geven aan hun arbo- en verzuimbeleid en of dit de afgelopen jaren is veranderd, al dan niet onder invloed van de economische recessie.

Vraag 1: Wat zijn de trends in arbo- en verzuimbeleid binnen bedrijven?

Sinds 2008, het jaar dat het begin van een recessie inluidt, voeren organisaties minder vaak een risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) uit, en stellen op basis hiervan minder vaak een plan van aanpak op. De mate waarin dit het geval is, is sterk gebonden aan de bedrijfs-grootte. Vele statistieken laten zien dat grote bedrijven er meestal wel één hebben, en dat het probleem vooral bij de kleine bedrijven speelt.

Daarnaast worden er steeds minder contracten met arbodiensten afgesloten, maar worden wel een of meer preventiemedewerkers, extern verzekeraars en andere tussenpersonen of arbodeskundigen ingezet. Echter, een toenemend aandeel van de bedrijven regelt niets (ruim 17% in 2014).

In 2014 vindt ruim 45% van de werkgevers of hun vertegenwoordiger werkdruk het belangrijkste arborisico in het bedrijf of de vestiging. Dit percentage is sinds 2008 toegenomen. Echter, slechts 12% van de bedrijven of vestigingen treft organisatorische verbeteringen, een type maatregel die passend zou zijn bij de aanpak van werkdruk. Het percentage bedrijven dat dit type maatregelen treft, blijkt bovendien te zijn afgenomen. Veel maatregelen betreffen de persoonlijke beschermingsmiddelen – een adequate maatregel tegen schadelijke stoffen – en technische verbeteringen. Beide typen maatregelen worden in het algemeen niet direct in verband gebracht met de aanpak van werkdruk. Onderzoek laat zien dat werkgevers het vaak lastig vinden om werkdruk, of iets breder: psychosociale risico's in het werk, aan te pakken (zie o.a. Houtman et al. 2012; Milczarek en Irastorza 2012). De werkdruk en psychosociale problematiek blijken een gevoelig thema in organisaties (zie ook EU-OSHA 2010; Nieuwe Weme en Janssen 1998).

In lijn met deze constatering is de bevinding dat ook concrete maatregelen gericht op de aanpak van andere specifieke arborisico's minder vaak worden getroffen: 37% van de organisaties neemt anno 2014 geen maatregelen. Bovendien is het aandeel bedrijven dat geen concrete maatregelen neemt groeiende: in 2010 was dit nog 30%. Dit ondanks het feit dat er met enige regelmaat goede praktijken voor de aanpak van werkdruk en reviews hierover zijn gepubliceerd, zowel op het gebied van primaire preventie/aanpak bij de bron (e.g. ILO 2012; Karasek 1992; Kompier en Cooper 1999; Kompier et al. 1996) als ten aanzien van secundaire en tertiaire preventie (zie voor overzichten o.a. Lagerveld en Houtman

2013). Westgaard en Winkel (2011) wijten dit aan het feit dat veel aanpakken te weinig aansluiting vinden bij het primaire proces van bedrijven, waardoor werkgevers het voordeel van zo'n aanpak niet voldoende inzien en dus niets doen.

Organisaties krijgen in beperkte mate steun van de sector of brancheorganisatie op het gebied van arbo. Bijna de helft van de werkgevers is niet bekend met een arbocatalogus. Wel nemen de bekendheid ermee en het gebruik ervan licht toe.

Vraag 2: Hoe staan werkgevers tegenover het langer doorwerken van werknemers? Wat is hun beleid op dit punt en is dit veranderd?

Bedrijven vinden het in toenemende mate van belang dat werknemers langer doorwerken, maar zetten hier niet navenant op in. Mogelijkheden om vervroegd uit te treden nemen af, en hoewel er wel sprake lijkt van meer maatwerk om oudere werknemers aan het werk te houden, ontbreekt het aan echte faciliteiten om werknemers daarbij te ondersteunen. Het accent ligt vooral op ontzietmaatregelen (werknemers de ruimte bieden om flexibeler te werken of (tijdelijk) minder te werken, dan wel meer thuis te werken); ontwikkelmaatregelen, waarbij het accent ligt op herscholing en doorstroming naar andere functies, worden maar zeer beperkt genomen. Het aandeel bedrijven of vestigingen dat ontzietmaatregelen aanbiedt, neemt echter af. Dit wordt ook geconstateerd door Van Echtelt et al. (2015) op basis van het scp-werkgeverspanel.

Reeds in 2010 heeft szw een onderzoek uitgevoerd om te zien in hoeverre het perspectief op langer doorwerken zijn weerslag had in cao's (Smits et al. 2010). Daar bleek in 2010 nauwelijks een ontwikkeling in te zien. Wel wordt dan al vaker het leeftijdsbewust personeelsbeleid genoemd in de onderhandelingen voor een nieuwe cao. Echter, ook in 2010 blijkt al dat het percentage werknemers dat aanspraak kan maken op extra vakantieverlof op basis van leeftijd is gedaald sinds 2006. Wel steeg de mogelijkheid om door te werken na het 65e jaar.

Vraag 3: Welke ontwikkelingen zien we in het bedrijfsbeleid ten aanzien van kwetsbare groepen?

Een beperkt deel van de organisaties voert beleid dat is gericht op kwetsbare groepen. Weliswaar is dat in 2014 meer dan in het verleden, maar het is nog steeds slechts 8,5% van de organisaties. De meest genoemde reden om geen beleid te voeren op kwetsbare groepen is dat 'het bedrijf zich er niet voor leent'.

Ouderen, maar ook andere kwetsbare groepen, zoals werknemers met gezondheidsproblemen of met een tijdelijk contract, maken minder kans om na uitval het werk te hervatten. De vignettenstudie versterkt het beeld dat selectie door werkgevers op gezondheid plaatsvindt. Bij het behouden van werknemers blijkt hun functioneren ook van belang, evenals het wel of niet hebben van een tijdelijk contract, maar de invloed hiervan is aanzienlijk geringer dan die van gezondheid.

Onder kwetsbare groepen vallen in deze rapportage ook de werknemers met een tijdelijk contract. Vooral als zij ziek worden of verzuimen zal een werkgever nauwelijks genegen zijn het contract te verlengen of extra inzet voor werkhervatting te plegen. Of iemand goed of

uitstekend functioneert is ook hier van belang, maar weegt toch minder mee dan de gezondheid. Als een werknemer een tijdelijk contract heeft, zijn bovendien weinig werkgevers bereid om ondanks gezondheidsproblemen en het functioneren het contract te verlengen.

Vraag 4: Wat drijft werkgevers bij het behoud van werknemers en is de recessie hierop van invloed?

Een belangrijke bevinding uit de vignettenstudie is dat gezondheid van werknemers een belangrijke factor is bij de inzet van werkgevers om hun werknemers te behouden. Vooral bij gezondheidsproblemen zijn zij minder geneigd zich in te zetten voor het behoud van de werknemer. Ook speelt mee dat de werkgever verplicht is het loon van medewerkers door te betalen in geval van ziekte, maar dat de loondoorbetalingsverplichting ten einde loopt bij het aflopen van het contract. We zien dan ook dat maar 12% van de werkgevers zich inzet voor het behoud van een werknemer wanneer deze verzuimt met een tijdelijk contract.

Het keuzegedrag van werkgevers wordt maar zeer beperkt beïnvloed door de recessie. Wel is door de recessie het aantal beschikbare banen afgenomen, evenals de opname van kwetsbare groepen door de arbeidsmarkt. Deze bevinding wordt onder andere gesteund door het onderzoek van Van der Burg et al. (2014). Zij laten zien dat vangnetters – dit zijn met name zieke werklozen, zieke uitzendkrachten en zieke tijdelijke werknemers na beëindiging van een dienstverband – in 2011 (tijdens de recessie en na sterke reductie van beschikbare banen) zich beduidend minder gezond voelden dan een groep met dezelfde arbeidsmarktkenmerken in 2007, ten tijde van een economische hoogconjunctuur. Uit de vignettenstudie bleek bovendien dat vooral in de situatie van een recessie, werkgevers vaker terugkwamen op hun keuze om het contract te verlengen of zich (extra) in te zetten om iemand te behouden voor hun organisatie.

Bijlage bij hoofdstuk 5

Beschrijvingen van de drie vignetten

Wij leggen u zo meteen twee⁷ denkbeeldige situaties voor. Beide situaties worden eerst kort beschreven, waarna wij u vragen een keuze te maken. De bedoeling is dat u een keuze maakt vanuit uw eigen rol als werkgever/manager in uw bedrijf en dat u hierbij de meest voorkomende functie die u eerder heeft ingevuld in gedachten houdt.

Situatie: Keuze bij verlengen van contracten

Stel er zijn drie werknemers van wie het tijdelijke contract afloopt en u moet nu besluiten van wie u het contract verlengt. U heeft alleen genoeg werk om 1 contract te verlengen. U krijgt zo een aantal keren drie werknemers voorgelegd die op een aantal kenmerken verschillen.

Alle drie de werknemers voldoen aan de opleidings- en ervaringseisen. Zij hebben de meest voorkomende functie in uw bedrijf. U wordt gevraagd uit deze werknemers uw keuze te maken en deze keuze kort toe te lichten.

Bedenkt u wel dat u vanaf 1 januari 2014 verantwoordelijk bent voor uw flexpersoneel (vangnetters) dat uitvalt wegens ziekte tijdens het contract. Het gevolg voor u is een mogelijke premieverhoging die 12 jaar kan doorwerken. De premievaststelling hiervoor wordt echter berekend op basis van de schadelast van twee jaar eerder. Vanaf 1 januari 2012 dus.

De situatie die u bij het maken van uw keuze in het achterhoofd moet houden is dat het >> hier invullen: economisch goed gaat, vergelijkbaar met de situatie in Nederland in 2007 (OF) economisch slecht gaat, het is crisis, vergelijkbaar met de situatie in Nederland anno 2011 >>.

	kandidaat A	kandidaat B	kandidaat C
leeftijd			
aanstellingsomvang			
functioneren			
gezondheidsklachten			
verzuim			
keuze:			

Werknemers variëren in:

- 1 Leeftijd:
 - a 27 jaar
 - b 43 jaar
 - c 54 jaar
- 2 Aanstellingsomvang:
 - a 24 uur/week
 - b 36 uur/week
- 3 Functioneren:
 - a functioneert gemiddeld
 - b functioneert uitstekend
- 4 Gezondheidsklachten:
 - a geen gezondheidsklachten
 - b klachten aan nek, schouder, arm, rug, waarvoor geen aanpassingen zijn vereist in het werk
 - c klachten aan nek, schouder, arm, rug, waarvoor aanpassingen zijn vereist in het werk (mogelijkheid om subsidie aan te vragen)
 - d overspannenheid/depressieve klachten waarvoor geen aanpassingen zijn vereist in het werk
 - e overspannenheid/depressieve klachten waarvoor aanpassingen zijn vereist in het werk (mogelijkheid om subsidie aan te vragen)
- 5 Verzuim:
 - a geen of weinig verzuim
 - b frequent verzuim
 - c recent langdurig verzuim gehad

Zou u dit contract ook daadwerkelijk verlengen? Ja/nee

Waarom zou u dit contract niet verlengen?

In welke mate zijn de onderstaande motiveringen op uw keuze van toepassing?

1	2	3	4	5
helemaal niet van toepassing	niet van toepassing	neutraal	van toepassing	helemaal van toepassing

ik heb deze keuze gemaakt
om financiële redenen

ik heb deze keuze gemaakt
omdat die aantrekkelijk is
voor de continuïteit van de
organisatie

ik heb deze keuze gemaakt
omdat ik vind dat het mijn
maatschappelijke
verantwoordelijkheid is om te
kiezen voor deze kandidaat

Situatie: Keuze bij behoud werknemer bij reorganisatie

Stel u bent gedwongen om te reorganiseren en dat kost u arbeidsplaatsen. U krijgt zo een aantal keren drie werknemers voorgelegd die op een aantal kenmerken verschillen. Alle drie voldoen aan de opleidings- en ervaringseisen. Zij hebben allen de meest voorkomende functie in uw bedrijf en werken al vijf jaar bij uw bedrijf met een vast contract. Eén van hen kan slechts voor u blijven werken. U moet nu besluiten welke werknemer u gaat behouden. U wordt gevraagd uit deze werknemers uw keuze te maken en deze keuze kort toe te lichten.

De situatie die u bij het maken van uw keuze in het achterhoofd moet houden is dat het: economisch goed gaat, vergelijkbaar met de situatie in Nederland in 2007 (OF) economisch slecht gaat, het is crisis, vergelijkbaar met de situatie in Nederland anno 2011.

De situatie die u bij het maken van uw keuze in het achterhoofd moet houden is dat het >> hier invullen: economisch goed gaat, vergelijkbaar met de situatie in Nederland in 2007 (OF) economisch slecht gaat, het is crisis, vergelijkbaar met de situatie in Nederland anno 2011>>.

leeftijd
aanstellingsomvang
functioneren
gezondheidsklachten
verzuim

keuze:

Werknemers variëren in:

- 1 Leeftijd:
 - a 27 jaar
 - b 43 jaar
 - c 54 jaar
- 2 Aanstellingsomvang:
 - a 24 uur/week
 - b 36 uur/week
- 3 Functioneren:
 - a functioneert gemiddeld
 - b functioneert uitstekend
- 4 Gezondheidsklachten:
 - a geen gezondheidsklachten
 - b klachten aan nek, schouder, arm, rug, waarvoor geen aanpassingen zijn vereist in het werk
 - c klachten aan nek, schouder, arm, rug, waarvoor aanpassingen zijn vereist in het werk
 - d overspannenheid/depressieve klachten waarvoor geen aanpassingen zijn vereist in het werk
 - e overspannenheid/depressieve klachten waarvoor aanpassingen zijn vereist in het werk
- 5 Verzuim:
 - a geen of weinig verzuim
 - b frequent verzuim
 - c recent langdurig verzuim gehad

Zou u deze werknemer ook daadwerkelijk behouden? Ja/nee

Waarom zou u deze werknemer niet behouden?

In welke mate zijn de onderstaande motiveringen op uw keuze van toepassing?

1	2	3	4	5
helemaal niet van toepassing	niet van toepassing	neutraal	van toepassing	helemaal van toepassing

ik heb deze keuze gemaakt
om financiële redenen

ik heb deze keuze gemaakt
omdat die aantrekkelijk is
voor de continuïteit van de
organisatie

ik heb deze keuze gemaakt
omdat ik vind dat het mijn
maatschappelijke
verantwoordelijkheid is om te
kiezen voor deze kandidaat

Situatie: Keuze bij leveren van extra begeleidings- en re-integratie-inspanningen wanneer werknemer verzuimt

Stel u heeft te maken met drie werknemers die al enige tijd verzuimen. U bent zich bewust van de wettelijke verplichtingen die u als werkgever heeft en u wilt hier ook aan voldoen. U weet dat u in de problemen komt wanneer deze werknemers nog veel langer zullen verzuimen. Naast de wettelijke verplichting bent u bereid tot een *extra* investering in één van deze zieke werknemers.

U krijgt hieronder een aantal keren omschrijvingen van werknemers voorgelegd waarbij zij op een aantal kenmerken verschillen. Alle drie de werknemers voldoen aan de opleidings- en ervaringseisen. Zij hebben allen de meest voorkomende functie in uw bedrijf. U wordt gevraagd te kiezen voor wie van deze werknemers u extra verzuimbegeleiding inzet en deze keuze kort toe te lichten.

Bedenkt u wel dat u vanaf 1 januari 2014 verantwoordelijk bent voor uw flexpersoneel (vangnetters) dat uitvalt wegens ziekte tijdens het contract. Het gevolg voor u is een premieverhoging die 12 jaar kan doorwerken. De premievaststelling hiervoor wordt echter berekend op basis van de schadelast van twee jaar eerder. Vanaf 1 januari 2012 dus.

De situatie die u bij het maken van uw keuze in het achterhoofd moet houden is dat het >> hier invullen: economisch goed gaat, vergelijkbaar met de situatie in Nederland in 2007 (OF) economisch slecht gaat, het is crisis, vergelijkbaar met de situatie in Nederland anno 2011>>.

	kandidaat A	kandidaat B	kandidaat C
leeftijd			
contracttype			
aanstellingsomvang			
functioneren			
gezondheidsklachten			
keuze:			

Werknemers variëren in:

- 1 Leeftijd:
 - a 27 jaar
 - b 43 jaar
 - c 54 jaar
- 2 Aanstellingsomvang:
 - a 24 uur/week
 - b 36 uur/week
- 3 Functioneren:
 - a functioneert gemiddeld
 - b functioneert uitstekend
- 4 Gezondheidsklachten:
 - a geen gezondheidsklachten
 - b klachten aan nek, schouder, arm, rug, waarvoor geen aanpassingen zijn vereist in het werk
 - c klachten aan nek, schouder, arm, rug, waarvoor aanpassingen zijn vereist in het werk
 - d overspannenheid/depressieve klachten waarvoor geen aanpassingen zijn vereist in het werk
 - e overspannenheid/depressieve klachten waarvoor aanpassingen zijn vereist in het werk

- 5 Verzuim:
- a geen of weinig verzuim
 - b frequent verzuim
 - c recent langdurig verzuim gehad

Zou u voor deze werknemer de verzuimbegeleiding ook daadwerkelijk inzetten? Ja/nee

Waarom zou u de verzuimbegeleiding niet inzetten?

In welke mate zijn de onderstaande motiveringen op uw keuze van toepassing?

1	2	3	4	5
helemaal niet van toepassing	niet van toepassing	neutraal	van toepassing	helemaal van toepassing

ik heb deze keuze gemaakt
om financiële redenen

ik heb deze keuze gemaakt
omdat die aantrekkelijk is
voor de continuïteit van de
organisatie

ik heb deze keuze gemaakt
omdat ik vind dat het mijn
maatschappelijke
verantwoordelijkheid is om te
kiezen voor deze kandidaat

Noten

- 1 De WEA wordt pas vanaf 2008 uitgevoerd (zie § 5.2). Ten tijde van de meting van 2008 was er nog weinig zichtbaar van een recessie (een recessie die zich pas vanaf oktober 2008 in Nederland openbaarde, dus na de uitvoering van het veldwerk van de WEA). Toch zal vanwege de recente looptijd van de WEA een effect van de recessie moeilijk direct aantoonbaar zijn.
- 2 Aanvullend zijn naar aanleiding van de WEA'14 honderd organisaties herbenaderd: vijftig bedrijven die tijdens de telefonische werving hun medewerking aan de WEA hadden geweigerd en vijftig organisaties die telefonisch wel hun medewerking hadden toegezegd, maar uiteindelijk geen enquête hebben ingevuld. De antwoorden op dit non-responsonderzoek zijn vergeleken met de antwoorden op de WEA-vragenlijst; de verschillen tussen de respondenten en de non-respondenten blijkt niet fundamenteel groot zijn (Van Emmerik et al. 2015: 48-49).
- 3 Zie www.arboportaal.nl/externe-bronnen/inhoud/wetgeving/arbeidsomstandighedenwet.
- 4 Zie www.arboportaal.nl/onderwerpen/maatwerk--en-vangnetregeling.
- 5 Zie www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Instituto/Noticias/Noticias_INSHT/2010/Ficheros/conferencia%20europea/conferencia%20presentaciones/Scoreboard%202009%20Report.pdf.
- 6 Zie www.uwv.nl/overuwv/Images/TNO%20Vignettenstudie%20WIA-instreamstijging.pdf.
- 7 Iedere werkgever kreeg random maar twee situatieschetsen voorgelegd, ieder vignet in tien random, verschillend samengestelde situaties.

Literatuur

- Atzmüller, C. en P.M. Steiner (2012). Experimental vignette studies in survey research. In: *Methodology*, jg. 6, nr. 3, p. 128-138.
- Burg, C. van der, B. Cuelenaere, R. Frierson, M. Gielen, P. de Jong, P. Molenaar-Cox, A. Oostveen en C. Schrijvershof (2014). *Veranderingen in de weg naar WIA. Langdurig zieken van 2012 en 2007 vergeleken*. Leiden/Den Haag: Astri/PE. Geraadpleegd via www.uwv.nl/overuwv/Images/Eindrapportage_WnW_11.pdf.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (tweede editie). New York: Taylor en Francis.
- Dekker, F. en C. Aussems (2013). *Het arbeidsongeschiktheidsrisico en de transitiekansen van flexwerkers*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut. Geraadpleegd via www.verwey-jonker.nl/doc/participatie/3918_Het-arbeidsongeschiktheidsrisico-en-de-transitiekansen-van-flexwerkers.pdf.
- Echtelt, P. van, R. Schellingerhout en M. de Voogd-Hamelink (2015). *Vraag naar arbeid 2015*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Emmerik, M., E. de Vroome en S. van den Bossche (2015). *Werkgevers enquête arbeid 2014. Methodologie en beschrijvende resultaten*. Hoofddorp: TNO. Te raadplegen via www.monitorarbeid.tno.nl/dynamics/modules/SF10100/view.php?fil_id=140.
- EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2010). *European survey of enterprises on new and emerging risks: managing safety and health at work*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities (European Risk Observatory report). Geraadpleegd via https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/esener1_osh_management/view.
- EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2016). *Second European survey of enterprises on new and emerging risks (Esener-2) – Overview report: Managing safety and health at work*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Geraadpleegd via <https://osha.europa.eu/nl/tools-and-publications/publications/second-european-survey-enterprises-new-and-emerging-risks-esener/view>.
- Gaalen, R. van, J. Sanders, W. Smits en J.F. Ybema (2011). *Dynamiek van de Nederlandse arbeidsmarkt: focus op kwetsbare groepen*. Den Haag: OBT. Geraadpleegd via www.monitorarbeid.tno.nl/publicaties/dynamiek-op-de-nederlandse-arbeidsmarkt.

- Geuskens, G.A., A. Goedele, K.M.O. Hengel, L.L.J. Koppes en J.F. Ybema (2012). Predictors of the willingness and ability to continue working until the age of 65 years. In: *JOEM*, jg. 54, nr. 5, p. 572-578.
- Geuskens, G., S. Heuvel, A. Wind, F. Leijten en L. Meer (2014). *Study on transitions in employment, ability and motivation (Stream). Overzicht van de resultaten*. Leiden: TNO.
- Houtman, I., L. Kok, M. van der Klauw, M. Lammers, Y. Jansen en W. van Ginkel (2012). *Waarom werkgevers bewezen effectieve maatregelen niet nemen. Een kwalitatief onderzoek*. Hoofddorp: TNO.
- Houtman, I., R. Steenbeek, M. van Zwieten en S. Andriessen (2013). *Verklaring stijging wia-instroom vanuit werkgeversperspectief. Een vignettenstudie*. Hoofddorp: TNO. Geraadpleegd via www.uvw.nl/overuww/Images/TNO%20Vignettenstudie%20wia-instroomstijging.pdf.
- ILO (2012). *Stress prevention at work checkpoints. Practical improvements for stress prevention in the workplace*. Geneva: International Labour Office. Te raadplegen via *Stress prevention at work checkpoints – practical improvements for stress prevention in the workplace*. Geneva: ILO. Geraadpleegd via www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_177108.pdf.
- Jenkins, N., M. Bloor, J. Fischer, L. Berney en J. Naele (2010). Putting it in context. The use of vignettes in qualitative interviewing. In: *Qualitative Research*, jg. 10, p. 175-198.
- Karasek, R. (1992). Stress prevention through work reorganization. A summary of 19 international case studies. In: M.B. Jankanish (red.), *Conditions of work digest – Preventing stress at work* (p. 23-274). Geneva: International Labour Office.
- Kompier, M. en C. Cooper (1999). *Preventing stress, improving productivity. European case studies in the workplace*. London/New York: Routledge.
- Kompier, M.A.J., R.W.M. Gründemann, P. Vink en P.G.W. Smulders (1996). *Aan de slag! Tien praktijkvoorbeelden van succesvol verzuimmanagement*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Lagerveld, S. en I. Houtman (2013). *Mental health and return to work*. Geraadpleegd via https://oshwiki.eu/wiki/Mental_health.
- Milczarek, M. en X. Irastorza (red.) (2012). *Drivers and barriers for psychosocial risk management. An analysis of the findings of the European Survey of enterprises on new and emerging risks (Esener)*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Geraadpleegd via <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/drivers-barriers-psychosocial-risk-management-esener/view>.
- Nieuwe Weme, J.G.M. en J.P. Janssen (1998). Werkgevers over geestelijke arbeidsongeschiktheid en re-integratie. In: *TBV*, jg. 6, nr. 1, p. 2-7.
- 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. Geraadpleegd via www.monitorarbeid.tno.nl/databronnen/wea.
- Oeij, P.R.A., E.M.M. de Vroome, K. Kraan, A. Goudswaard en S. van den Bossche (2013). *Werkgevers enquête arbeid 2012. Methodologie en beschrijvende resultaten*. Hoofddorp: TNO. Geraadpleegd via www.monitorarbeid.tno.nl/databronnen/wea.
- SER (2014). *Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg* (rapport nr. 7). Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
- Smits, J.M.P., M. Beeksma, P.W. Feenstra en E.C. Junger-van Hoorn (2010). *Perspectief op langer doorwerken. Een onderzoek naar cao-afspraken tussen sociale partners met betrekking tot langer doorwerken*. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Geraadpleegd via http://cao.minszw.nl/index.cfm?rubriek_id=392840&hoofdmnu_item_id=16507&menu_item_id=16626&link_id=38054.
- Stegeman, H. (2005). *De conjunctuurgevoeligheid van ziekteverzuim* (rapport nr. 99). Den Haag: Centraal Planbureau.
- szw (2015). *Participatiewet*. Geraadpleegd via www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/participatiewet?utm_campaign=sea-t-subsidies-a-participatiewet&utm_term=participatiewet%202015&gclid=CKm8lOnuz-sUCFTQatAodLIMAcg.

- Vlasblom, J.D., E. Josten en M. de Voogd-Hamelink (2013). *Aanbod van arbeid 2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Wagenaar, A.F., M.A.J. Kompier, I.L.D. Houtman, S.N.J. van den Bossche en T.W. Taris (2012). Employment contracts and health selection. Unhealthy employees out and healthy employees. In: *JOEM*, jg. 54, nr. 10, 1192-1200.
- Westgaard, R.H. en J. Winkel (2011). Occupational musculoskeletal and mental health. Significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems – a systematic review. In: *Applied Ergonomics*, jg. 42, nr. 2, p. 261-296.

6 Werkbeleving en tevredenheid van werknemers met een beperking

Maroesjka Versantvoort

6.1 Inleiding

De regering streeft ernaar om te komen tot een inclusieve arbeidsmarkt: een arbeidsmarkt die plaats biedt aan jongeren en ouderen en aan mensen met en zonder beperking. Zij acht het essentieel om mensen tot hun recht te laten komen en ze in staat te stellen zoveel mogelijk zelfstandig deel te nemen aan de samenleving. Arbeidsparticipatie wordt verondersteld te zorgen voor sociale, economische en financiële zelfstandigheid, bij te dragen aan gevoelens van eigenwaarde en sociale cohesie (zie bv. MvT Participatiewet). Daarbij worden gelijke kansen nagestreefd. Via een arsenaal aan wet- en regelgeving beogen beleidsmakers de kansen voor mensen met arbeidsbeperkingen te verhogen en ongelijke behandeling te voorkomen (zie tekstkader 6.1).

Maar hoe gaat het eigenlijk met arbeidsbeperkten op het werk? In hoeverre is er sprake van verschil in werkbeleving en werkervaringen tussen mensen met en zonder arbeidsbeperking? Hebben mensen met een arbeidsbeperking bijvoorbeeld meer last van pesten op het werk, minder ontwikkelings- en promotiekansen en meer conflicten met collega's en leidinggevendenden dan mensen zonder beperkingen? Inzichten uit de internationale literatuur laten zien dat arbeidsbeperkten hier inderdaad meer risico's op lopen (zie bv. Johnson et al. 1988; Robert en Harlan 2006; Uppal 2005). De vraag is nu of dit in Nederland (ook) het geval is en, zo ja, in welke mate. Dit hoofdstuk beoogt inzicht te geven in dit vraagstuk.

De centrale vragen zijn als volgt:

- In hoeverre is er sprake van verschillen in werkomstandigheden tussen mensen met en zonder beperkingen?
- Verschilt de werktevredenheid tussen mensen met en zonder beperkingen en, zo ja, in hoeverre is dit gerelateerd aan de werkomstandigheden?

De term 'werkomstandigheden' wordt hier gebruikt als verzamelnaam en omvat arbeidsomstandigheden, sociale omgang en ervaren ontwikkelmogelijkheden. We analyseren wat de ervaringen op het werk zijn van mensen met beperkingen en hoe deze zich verhouden tot hun levensgeluk. Daarbij maken we gebruik van het scp-databestand *Kwaliteit van Werk* (KvW'12; zie Kuyper 2013).

Kader 6.1 Nationale en internationale wetgeving inzake de behandeling van mensen met gezondheidsbeperkingen

De rechten van mensen met een beperking zijn op een aantal manieren in nationale wetgeving verankerd. Zo bepaalt artikel 1 van de Grondwet dat allen die zich in Nederland bevinden, in gelijke gevallen gelijk behandeld dienen te worden. Discriminatie op grond van handicap of chronische ziekte is niet toegestaan. Dit is verder uitgewerkt in de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbhcz). Volgens de Wgbhcz is discriminatie wegens handicap of chronische ziekte verboden bij het aanbieden van werk, huisvesting, goederen en diensten. Iedereen die zich gediscrimineerd voelt vanwege zijn handicap of chronische ziekte kan zijn zaak voorleggen aan het College voor de Rechten van de Mens, of de rechter.

Via de Participatiewet worden reguliere werkgevers gestimuleerd om mensen met een beperking aan te nemen. Doelstelling is iedereen met arbeidsvermogen zoveel als mogelijk te laten participeren en – meer impliciet – het voorkomen van een mogelijke achterstelling van mensen met een beperking. Mogelijkheden die de Participatiewet de werkgever biedt zijn een vergoeding voor aanpassing van de werkplek, loonkostensubsidie en no-riskpolis of mobiliteitsbonus. Loonkostensubsidie compenseert de werkgever voor het verschil tussen de arbeidsproductiviteit van een werknemer en het wettelijk minimumloon. Werkgevers kunnen daarnaast een vergoeding krijgen voor aanpassingen aan de werkplek van een werknemer met een handicap, of een no-riskpolis. Met zo'n polis hoeft de werkgever bij ziekte van de werknemer het loon niet door te betalen. Ook kan een werkgever een mobiliteitsbonus krijgen als hij een jongere met een Wajong-uitkering in dienst neemt. De mobiliteitsbonus betekent een korting op premies die de werkgever voor een werknemer aan de Belastingdienst moet betalen.

Andere regelingen waarbij het meedoen en het voorkomen van achterstelling van mensen met beperkingen vooropstaan (hoewel het laatste vooral impliciet), zijn de Wajong, de WIA en de WAO. Voor jonggehandicapten met arbeidsvermogen die vóór invoering van de Participatiewet al aanspraak maakten op de Wajong, geldt nog steeds de Wajong. Doel is om deze jonggehandicapten zoveel als mogelijk mee te laten doen op de arbeidsmarkt. Daarbij kunnen verschillende instrumenten ingezet worden, zoals de no-riskpolis, loondispensatie en een jobcoach. Voor mensen in de WIA of WAO met arbeidsvermogen kunnen eveneens verschillende instrumenten ingezet worden om de re-integratie te faciliteren.

Naast deze nationale wetgeving geldt het internationaal recht. Van toepassing zijn de Universele verklaring voor de rechten van de mens, het Internationaal verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten, en het Internationaal verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten. Tevens is er het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Doel van dit verdrag is de mensenrechten van mensen met een beperking te bevorderen, beschermen en waarborgen. Centrale begrippen in het verdrag zijn inclusie, persoonlijke autonomie en volledige participatie.

Gebruikte data – Kwaliteit van Werk (KvW)

In het kader van eerder onderzoek naar de ervaringen van lesbische, homoseksuele en biseksuele (LHB) werknemers in Nederland zijn in 2012 enquêtegegevens verzameld onder werknemers over veiligheid op het werk en de gevolgen van eventuele negatieve ervaringen.

gen voor de werkbeleving en prestaties op het werk (Kuyper 2013). De vragen richtten zich op de werkervaring van Nederlandse werknemers, met specifieke aandacht voor minderheidsgroepen (migranten, mensen met gezondheidsbeperkingen, LHB's). Onder werkervaring wordt verstaan betrokkenheid bij de organisatie, relaties met collega's en leidinggevendenden, conflicten op het werk, tevredenheid met het werk, en gezondheid. De doelpopulatie betrof werknemers van 20 jaar en ouder. De enquêtegegevens zijn verrijkt met registergegevens van het CBS. De steekproefomvang was 25.800 personen (benaderd via web en schriftelijk), de respons bedroeg 9793 personen. Een weegfactor is toegevoegd op basis van geslacht, leeftijd, herkomst, generatie, burgerlijke staat, type huishouden, plaats in het huishouden, bedrijfstak, grootteklasse bedrijf, stedelijkheid van de woonplaats, woonplaats al dan niet behorend tot de G4, provincie, en loon. Door de specifieke aandacht voor mensen met gezondheidsbeperkingen is het mogelijk hun ervaringen te vergelijken met die van mensen zonder beperkingen.

Eerder onderzoek

De afgelopen jaren zijn internationaal verschillende studies verricht naar de werktevredenheid en werkomstandigheden van arbeidsbeperkten en naar mogelijke ongelijkheden tussen mensen met en zonder beperkingen (Albrecht 1992; Burke 1991; McAfee en McNaughton 1997a, 1997b; Oliver 1990; Reskin 2003; Robert en Harlan 2006; Uppal 2005; Wendell 1996). Deze studies suggereren dat werknemers met een beperking vaker ontevreden zijn over hun werk dan werknemers zonder beperking en dat dit voor een groot deel afhangt van de werkomgeving en de omgang met collega's. Ook laten ze zien dat werknemers met een beperking even vaak deelnemen aan sociale activiteiten tijdens werktijd als werknemers zonder beperking, maar dat er verschillen zijn in het type interactie, de inhoud en de setting (Wehman 2003). Zo blijken werknemers met beperkingen minder vaak betrokken in niet-werkgerelateerde interacties of activiteiten (Storey en Horner 1991), minder vaak betrokken bij informele sociale interacties waarbij wordt gelachen of waarbij grappen worden gemaakt (Ferguson et al. 1993; Lignugaris-Kraft et al. 1986), minder vaak te participeren in informele uitwisselingen tussen collega's en vaker directief aangestuurd te worden (Test et al. 1988).

Opvallend is dat ondanks deze inzichten het aantal studies naar werkomstandigheden of discriminatie van mensen met arbeidsbeperkingen schril afsteekt bij die van discriminatie op basis van geslacht of etniciteit. Mogelijk kan dit verklaard worden doordat het hebben van een arbeidsbeperking lange tijd niet zozeer beschouwd werd als een beschrijvend kenmerk, zoals vrouw of autochtoon, maar eerder als een verklarende factor voor achterblijvende productiviteit – een duiding van iemands lichamelijke of geestelijke capaciteit. Ongelijkheid in arbeidsdeelname en carrièremogelijkheden werden hierdoor mogelijk niet gezien als resultaat van een ongelijke behandeling of van ongelijke omstandigheden, maar als volgend uit de ontwikkelingsmogelijkheden die mensen hebben.

Robert en Harlan (2006) bieden een interessant kader voor de analyse en duiding van de vraag of er sprake is van ongelijkheid in werkomstandigheden en behandeling. Zij schetsen een aantal mechanismen die ten grondslag kunnen liggen aan ongelijkheid, onder te ver-

delen in interpersoonlijk en organisatorisch. Bij interpersoonlijke mechanismen gaat het om de ideeën, percepties en attitudes van collega's en leidinggevendenden die ervoor zorgen dat er sprake is van ongelijke benadering van mensen zonder en met arbeidsbeperking. Deze mechanismen kunnen worden onderscheiden in marginalisering, fictionalisering en pesterij. Zij leiden evenwel pas tot ongelijke behandeling in een omgeving die dat toestaat. Tot organisatorische mechanismen behoren bemoediging en tolerantie van de interpersoonlijke mechanismen, tot uitdrukking komend in bedrijfsbeleid en -cultuur. Hierdoor kan individueel discriminatoir gedrag leiden tot breed discriminatoir gedrag, met ongelijkheid in promotiekansen en beloning, en een vijandige werkomgeving tot mogelijk gevolg. De inzichten die de analyse van de data ons oplevert, worden gepresenteerd aan de hand van dit kader. Daarbij moeten we wel het voorbehoud maken dat de data met een andere doelstelling verzameld zijn. Vermoedelijk zullen ze daardoor niet voor alle mechanismen de ultieme proxy's bieden.

6.2 Werkbeleving, omgangsvormen en welzijn van arbeidsbeperkten

Deze paragraaf beschrijft de werkbeleving, omgangsvormen en het welzijn van arbeidsbeperkten aan de hand van een aantal indicatoren uit *Kwaliteit van Werk* (KvW'12). Hierbij moet opgemerkt worden dat het gaat om een subgroep van de totale groep arbeidsbeperkten: de mensen met een zichtbare aandoening of beperking.

6.2.1 Interpersoonlijke mechanismen

Marginalisering: zich een outsider voelen

Marginalisering omvat verschillende vormen van sociale isolatie, waaronder genegeerd worden door collega's en leidinggevendenden, uitgesloten worden van dagelijkse routines op het werk en zich bekeken voelen. Onafhankelijk van de vorm heeft marginalisering tot gevolg dat mensen zich afgewezen of minder waard achten en zich hierdoor een outsider voelen (Robert en Harlan 2006).

Wat zeggen de data uit KvW nu over mogelijke marginalisering van arbeidsbeperkten in Nederland? De resultaten in tabel 6.1 laten zien dat mensen met een zichtbare aandoening of beperking minder vaak dan collega's zonder aandoening een goede raad of compliment lijken te krijgen. Daarnaast worden zij minder vaak om hulp gevraagd, wordt hun advies minder vaak opgevolgd en denken collega's minder vaak mee wanneer zij problemen hebben. Van minder sociale steun over de gehele linie lijkt evenwel geen sprake: mensen met een zichtbare aandoening voelen zich even vaak opgevrolijkt, gerustgesteld of in vertrouwen genomen. Ook hun sterke punten worden in hun beleving niet vaker of minder vaak naar voren gehaald dan bij collega's zonder zichtbare aandoening.

Tabel 6.1

Beleving van de houding van collega's ten opzichte van arbeidsbeperkten, werknemers 20 jaar en ouder, 2012 (in procenten)

	mensen zonder zichtbare aandoening of beperking	mensen met een zichtbare aandoening of beperking	sign. z-waarde ^a en teken
het gebeurt wel eens dat mijn collega's ^b			
mij opvrolijken	45,9	44,2	
mij goede raad geven	45,8	40,9	- **
mij complimenten geven	46,8	43,2	- *
mij in vertrouwen nemen	63,6	63,3	
mij om hulp vragen	71,1	67,2	- **
mijn advies opvolgen	62,1	56,8	- ***
meedenken met een probleem dat ik heb	56,1	49,4	- ***
mijn sterke punten naar voren halen	46,3	43,5	
mij geruststellen	36,2	35,8	
(n)	(7594)	(689)	

a Z-waarde van de coëfficiënt 'het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking', resulterend uit logit-analyse waarbij de variabele 'het gebeurt wel eens dat ...' als afhankelijke variabele is meegenomen en het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking als onafhankelijke, significantieniveau *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

b 0 = nooit, 1 = af en toe tot heel vaak.

Bron: SCP (KvW'12)

Deze verschillen blijken vooral te wijten aan verschillen in relevante achtergrondkenmerken (geslacht, opleiding, etniciteit, sector, bedrijfsgrootte en omvang dienstverband), die ongelijk verdeeld zijn over mensen met en zonder zichtbare beperking. Houden we in de logit-analyse rekening met deze achtergrondkenmerken, dan blijken de gevonden verschillen tussen mensen met en zonder zichtbare beperking of aandoening niet meer significant te zijn.

Ook van sociale isolatie door minder contact met collega's is niet in heel duidelijke mate sprake. Mensen met een zichtbare aandoening of beperking hebben iets minder vaak contact met collega's bij het uitvoeren van hun reguliere werkzaamheden (zie tabel 6.2). Contacten buiten deze werkzaamheden om, dus tijdens pauzes of lunch, vinden daarentegen even frequent plaats.

Tabel 6.2

Frequentie contact met collega's, werknemers 20 jaar en ouder, 2012 (in procenten)

	mensen zonder zichtbare aandoening of beperking	mensen met een zichtbare aandoening of beperking	sign. z-waarde ^a en teken
bij het uitvoeren van het werk			
dagelijks	86,1	82,9	ref.
een paar keer per week	9,1	10,0	
een paar keer per maand	2,0	3,1	+ **
een paar keer per jaar	0,9	0,8	
nooit	1,9	3,1	+ *
tijdens pauzes, koffie, lunch, enz.			
dagelijks	80,8	79,4	ref.
een paar keer per week	10,9	10,7	
een paar keer per maand	2,7	3,0	
een paar keer per jaar	1,3	2,0	
nooit	4,4	4,8	
(n)	(8010)	(698)	

- a Z-waarde van de coëfficiënt 'het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking', resulterend uit multinomiale logistische regressieanalyse waarbij de frequentie van het contact met collega's als afhankelijke variabele is meegenomen en het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking als onafhankelijke, significantieniveau *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Bron: SCP (KvW'12)

Pesterij en intimidatie

Een andere vorm van marginalisering betreft pesterij en intimidatie. Werkenden met een zichtbare aandoening of beperking voelen zich duidelijk vaker gepest of geïntimideerd (zie tabel 6.3). Terwijl zo'n 11% van de mensen zonder zichtbare aandoening aangeeft een enkele keer te maken hebben gehad met intimidatie door leidinggevenden of collega's, is dit aandeel voor mensen met een zichtbare aandoening of beperking 15%.

Tabel 6.3

Bejegening door collega's en leidinggeevenden, werknemers 20 jaar en ouder, 2012 (in procenten)

	mensen zonder zichtbare aandoening of beperking	mensen met een zichtbare aandoening of beperking	sign. z-test ^a en teken
in welke mate heeft u de afgelopen twaalf maanden persoonlijk te maken gehad met...			
ongewenste seksuele aandacht van leidinggeevenden of collega's			
nooit	96,8	97,1	ref.
een enkele keer	2,9	2,3	
vaak	0,3	0,4	
heel vaak	0,0	0,2	
intimidatie door leiding- geevenden of collega's			
nooit	87,6	82,7	ref.
een enkele keer	10,5	14,5	+ ***
vaak	1,4	1,7	
heel vaak	0,5	1,2	+ ***
lichamelijk geweld door leidinggeevenden of collega's			
nooit	99,5	99,3	ref.
een enkele keer	0,4	0,3	
vaak	0,0	0,0	+ ***
heel vaak	0,0	0,4	+ ***
pesten door leiding- geevenden of collega's			
nooit	91,4	84,1	ref.
een enkele keer	7,3	12,3	+ ***
vaak	0,9	2,0	+ ***
heel vaak	0,4	1,5	+ ***
(n)	(8731)	(789)	

a Z-waarde van de coëfficiënt 'het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking', resulterend uit multinomiale logistische regressieanalyse waarbij de mate waarin iemand de afgelopen twaalf maanden te maken heeft gehad met ... als afhankelijke variabele is meegenomen en het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking als onafhankelijke, significantieniveau
*** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Bron: SCP (KvW'12)

Ook het aandeel dat vaak of heel vaak te maken heeft gehad met intimidatie ligt zo'n 0,5 procentpunt hoger bij mensen met een zichtbare aandoening. Bij pestgedrag zijn de verschillen nog wat groter; ruim 12% van de werkenden met een zichtbare aandoening voelde zich de afgelopen twaalf maanden een enkele keer gepest door leidinggevendenden of collega's. Voor ruim 3% was dit vaak tot heel vaak het geval.

Wederom is een multinomiale logistische regressieanalyse geschat voor de mate waarin iemand de afgelopen twaalf maanden te maken heeft gehad met intimidatie, lichamelijk geweld of pesten door een leidinggevende of collega. De resultaten laten zien dat ook bij controle voor achtergrondkenmerken de gevonden samenhang tussen het al dan niet hebben van een beperking en het te maken krijgen met pestgedrag, lichamelijk geweld of intimidatie door leidinggevendenden of collega's blijft staan. De relatieve kans dat iemand vaak (ten opzichte van nooit) te maken krijgt met pestgedrag is 2,6 keer zo groot voor mensen met een zichtbare beperking of aandoening als voor mensen zonder zo'n beperking of aandoening. De relatieve kans dat iemand er heel vaak mee te maken krijgt is 3,4 keer zo groot voor mensen met een zichtbare beperking of aandoening. Bij intimidatie is de relatieve kans dat iemand er vaak (tot heel vaak) mee te maken krijgt 1,7 tot 2,4 keer zo groot voor mensen met een zichtbare beperking of aandoening (niet in de tabel).

Niet alleen het hebben van een zichtbare aandoening of beperking leidt tot een verhoogde kans te maken te krijgen met intimidatie of pestgedrag, ook het ouder worden gaat samen met dit risico. Elk jaar dat iemand ouder wordt, stijgt zijn relatieve kans om heel vaak te maken te krijgen met intimidatie met 2%. Een vast contract doet daarentegen de relatieve kans op intimidatie dalen. Opvallend is dat geslacht, opleiding of herkomst nauwelijks relevant blijken voor de kans op intimidatie of pesterij. Ook zien we geen significante verschillen voor de onderscheiden sectoren en grootteklassen van organisaties.

Bij inzoomen op meer concrete peestsituaties (zie tabel 6.4) valt op dat werkenden met een zichtbare aandoening of beperking in alle onderscheiden situaties zich vaker gepest of onheus bejegend voelen dan werkenden zonder een zichtbare aandoening. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het achterhouden van relevante informatie, het negeren van een mening, beschuldigingen, plagerijen en het verspreiden van roddels. Het aantal concrete situaties dat opgenomen is in de data, is heel ruim. Om de ruimte hier te beperken, is gekozen voor een selectie. Verschillen in ervaren pestgedrag tussen de geselecteerde en niet-geselecteerde items zijn verwaarloosbaar klein.²

Tabel 6.4

Pesterijen en intimidatie in het recente verleden door collega's en leidinggevenden, werknemers 20 jaar en ouder, 2012 (in procenten)

	mensen zonder zichtbare aandoening of beperking	mensen met een zichtbare aandoening of beperking	sign. z-test ^a en teken
hoe vaak heeft u de afgelopen zes maanden te maken gehad met de volgende situatie			
iemand houdt expres informatie achter die u nodig heeft om uw werk te kunnen doen			
nooit	74,1	66,5	ref.
een of enkele keren	21,7	27,6	+ ***
maandelijks	2,1	3,4	+ **
wekelijks	1,4	1,5	
dagelijks	0,6	1,0	
uw mening wordt genegeerd			
nooit	45,7	36,4	ref.
een of enkele keren	45,7	52,9	+ ***
maandelijks	4,9	5,4	
wekelijks	2,2	5,2	
dagelijks	2,2	3,9	+ **
uw werk wordt overdreven nauwkeurig gecontroleerd			
nooit	70,4	61,8	ref.
een of enkele keren	21,5	24,9	+ ***
maandelijks	3,6	4,2	
wekelijks	2,0	4,6	+ ***
dagelijks	1,8	3,4	+ ***

Tabel 6.4

(Vervolg)

	mensen zonder zichtbare aandoening of beperking	mensen met een zichtbare aandoening of beperking	sign. z-test ^a en teken
er worden u verantwoordelijkheden ontnomen of u krijgt onbelangrijke of onplezierige taken toebedeeld			
nooit	74,4	68,9	ref.
een of enkele keren	20,5	22,7	+ *
maandelijks	2,8	3,1	
wekelijks	1,3	3,0	+ ***
dagelijks	1,0	2,3	+ ***
er worden herhaaldelijk opmerkingen gemaakt over uw vergissingen			
nooit	84,4	76,7	ref.
een of enkele keren	13,7	19,8	+ ***
maandelijks	0,9	0,8	
wekelijks	0,5	1,5	+ ***
dagelijks	0,5	1,2	+ **
(n)	(8634)	(768)	

a Z-waarde van de coëfficiënt 'het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking', resulterend uit multinomiale logistische regressieanalyse met de vraag hoe vaak iemand de afgelopen zes maanden te maken heeft gehad met ... als afhankelijke variabele en het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking als onafhankelijke, significantieniveau *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Bron: SCP (KvW'12)

Terwijl meer dan 5% van de mensen met een zichtbare beperking of aandoening aangeeft minimaal wekelijks het gevoel te hebben dat hun verantwoordelijkheden worden ontnomen of onbelangrijke of onplezierige taken worden toebedeeld, is dat bij mensen zonder zichtbare aandoening of beperking ruim 2%. In termen van kansen hebben mensen met een zichtbare aandoening of beperking bijvoorbeeld 2,5 keer zo vaak dit gevoel dagelijks (ten opzichte van nooit) als mensen zonder zichtbare aandoening of beperking (cijfer volgend uit multinomiale regressieanalyses – niet in de tabel). Ook ervaren mensen met een zichtbare aandoening of beperking 3,6 keer zo vaak wekelijks (ten opzichte van nooit) dat er herhaaldelijk opmerkingen gemaakt worden over hun vergissingen (cijfer niet in de tabel) en 2,5 keer zo vaak dat hun mening wordt genegeerd.

Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de meerderheid van de werkenden, met of zonder zichtbare aandoening of beperking, aangeeft nooit last te hebben van dergelijke pesteringen (uitgezonderd het negeren van de mening van de werkende).

Evenals bij de hoofdcategorieën met betrekking tot pesten en intimidatie zien we dat de verschillen ook na controle voor achtergrondkenmerken (geschat in een multinomiale logistische regressie) standhouden.

Fictionalisering

Naast marginalisering en pesterij of intimidatie onderscheiden Robert en Harlan (2006) een derde mechanisme van discriminatie of ongelijke behandeling op de werkvloer: fictionalisering. Hiervan is sprake wanneer iemand een identiteit krijgt toebedeeld die afwijkt van het beeld dat iemand van zichzelf heeft. Een volgens Robert en Harlan veel voorkomende fictieve identiteit is de Incompetente. Vanwege beperkingen wordt verondersteld dat een arbeidsbeperkte niet in staat is om op hetzelfde niveau te functioneren als verwacht wordt van andere medewerkers. De verwachtingen worden getemperd, de lat wordt lager gelegd en de weg is gebaand voor ongelijke behandeling. Een tweede fictieve identiteit is de Hulpeloze. Hiervan is sprake wanneer arbeidsbeperkten (ten onrechte) gezien worden als werknemers die behoefte hebben aan hulp of 'ouderlijk' toezicht. Werknemers die zich als hulpeloze gelabeld zien, voelen zich als mindere of als kind behandeld. Volgens hen zijn zij in de ogen van collega's of leidinggevenden minder goed in staat te oordelen of beslissingen te nemen.

Door deze fictieve identiteit voelen leidinggevenden en collega's zich mogelijk gerechtvaardigd de arbeidsbeperkte anders te behandelen, hem andere taken te geven, en anders te beoordelen. Onze data geven geen direct inzicht in mogelijke discrepanties tussen het beeld dat een arbeidsbeperkte van zichzelf heeft, en de beelden die collega's en leidinggevenden hebben. Wel laten ze zien dat arbeidsbeperkten vaker het idee hebben dat hun werk overdreven nauwkeurig gecontroleerd wordt, dat hun verantwoordelijkheden ontnomen worden of onbelangrijke taken toebedeeld worden (zie tabel 6.4). Ook vinden ze dat ze minder verdienen en minder promotiekansen, ontwikkelingsmogelijkheden en opleidingsmogelijkheden krijgen aangeboden dan collega's met dezelfde opleiding en ervaring (zie tabel 6.5).

Hieraan zou een deviant (gecreëerd) beeld van de competenties van de arbeidsbeperkte ten grondslag kunnen liggen. Ook een verminderde productiviteit, ondanks de gelijke opleiding en ervaring, zou ten grondslag kunnen liggen aan deze verschillen.

Op basis van de beschikbare data is op dit punt helaas geen uitsluitel te geven. De data beperken zich immers tot de percepties van mensen en bevatten geen maatstaven voor gerealiseerde productiviteit. Dit beeld houdt stand na statistische analyses waarbij gecontroleerd wordt voor individuele achtergrondkenmerken van de mensen met en zonder zichtbare beperkingen of aandoeningen.

Tabel 6.5

Kansen op het werk, werknemers 20 jaar en ouder, 2012 (in procenten)

	mensen zonder zichtbare aandoening of beperking	mensen met een zichtbare aandoening of beperking	sign. z-test ^a en teken
vergeleken met mijn collega's met dezelfde opleiding en ervaring...			
verdien ik			
veel minder	3,3	5,9	+ ***
minder	19,4	25,6	+ ***
hetzelfde	64,3	58,4	ref.
meer	11,6	9,6	
veel meer	1,3	0,6	
zijn mijn promotiekansen			
veel minder	4,9	10,0	+ ***
minder	16,9	23,6	+ ***
hetzelfde	66,3	58,9	ref.
meer	10,5	6,6	- *
veel meer	1,4	0,9	
zijn mijn ontwikkelings- mogelijkheden			
veel minder	3,7	8,4	+ ***
minder	13,3	19,3	+ ***
hetzelfde	68,4	62,9	ref.
meer	12,9	7,9	- *
veel meer	1,7	1,4	
zijn mijn opleidingsmogelijkheden			
veel minder	3,5	8,8	+ ***
minder	11,8	16,4	+ ***
hetzelfde	73,3	66,0	ref.
meer	9,9	7,1	
veel meer	1,5	1,7	
(n)	(6680)	(608)	

a Z-waarde van de coëfficiënt 'het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking', resulterend uit multinomiale logistische regressieanalyse met de stelling 'vergeleken met collega's met dezelfde opleiding en ervaring ...' als afhankelijke variabele en het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking als onafhankelijke, significantieniveau *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Bron: SCP (KvW'12)

6.2.2 Organisatorische mechanismen

Elk van de hiervoor genoemde interpersoonlijke mechanismen van discriminatie – marginalisering, intimidatie en fictionalisering – bemoeilijkt naar alle waarschijnlijkheid de arbeidsdeelname van mensen met een arbeidsbeperking. Zonder aanmoediging en tolerantie van deze mechanismen binnen organisaties zullen het echter meestal op zichzelf staande gebeurtenissen blijven, die wellicht opgelost kunnen worden door communicatie en interventie. Ontwikkelen de interpersoonlijke mechanismen zich tot routine en is daarbij sprake van tolerantie of zelfs aanmoediging binnen een organisatie, dan zouden deze kunnen leiden tot segregatie, minder kansen en een vijandige werkomgeving (Robert en Harlan 2006).

Marginalisering kan zich ontwikkelen tot segregatie wanneer arbeidsbeperkten gescheiden worden van niet-arbeidsbeperkten door fysieke scheiding, bijvoorbeeld wanneer deze groepen aan het werk zijn in verschillende ruimten. Een andere vorm van segregatie vindt mogelijk plaats middels administratieve classificatie: het al dan niet geregistreerd zijn als arbeidsbeperkt. Deze registratie bevestigt de status van beperkte en zou ruimte kunnen bieden aan het labelen van arbeidsbeperkten en hen benaderen als incompetent of hulpeloos. Zowel classificatie als fysieke scheiding verergert zo de effecten van marginalisering. *Fictionalisering* kan leiden tot minder kansen voor arbeidsbeperkten wanneer deze getolereerd dan wel aangemoedigd wordt binnen een organisatie. Incompetente of hulpeloze werknemers worden mogelijk gezien als *liabilities* die, ongeacht hun talent of vaardigheden, niet kunnen concurreren met niet-arbeidsbeperkten (zie ook Acker 1990).

Ook individuele gevallen van *pesterij of intimidatie* kunnen grotere vormen aannemen en leiden tot een vijandige werkomgeving wanneer dit verwaarloosd, getolereerd of aangemoedigd wordt. Maar dit kan ook indirect plaatsvinden, door een nauwe focus op efficiency en productiviteit. Spanningen op de werkvloer blijken met name hoog te zijn wanneer werknemers proberen meer te doen in minder tijd en met minder budget en tijd (Harlan en Berheide 1994). Juist de werknemers die achterblijven in productiviteit voelen dan mogelijk in grote mate de consequenties van deze spanningen.

Tabel 6.6

Houding collega's, werknemers 20 jaar en ouder, 2012 (in procenten)

	mensen zonder zichtbare aandoening of beperking	mensen met een zichtbare aandoening of beperking	sign. z-test ^a en teken
mijn collega's vinden mensen met zichtbare chronische aandoeningen of beperkingen ongeschikt om bij ons te werken			
helemaal eens	2,8	2,4	
eens	11,6	8,9	
niet eens, niet oneens	18,8	20,5	
oneens	45,1	42,5	ref.
helemaal oneens	21,6	25,8	+ **

Tabel 6.6

(Vervolg)

	mensen zonder zichtbare aandoening of beperking	mensen met een zichtbare aandoening of beperking	sign. z-test ^a en teken
collega's maken grappen of opmerkingen over mensen met zichtbare aandoeningen of beperkingen			
nooit	65,1	53,9	ref.
af en toe	31,4	40,6	+ ***
regelmatig	2,3	3,2	+ *
vaak	0,7	1,0	
heel vaak	0,5	1,2	+ **
(n)	(6978)	(638)	

a Z-waarde van de coëfficiënt 'het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking', resulterend uit multinomiale logistische regressieanalyse met de houding van collega's als afhankelijke variabele en het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking als onafhankelijke, significantieniveau *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Bron: scp (KvW'12)

Tabel 6.5 liet al zien dat arbeidsbeperkten vaker het idee hebben dat ze minder verdienen of minder kansen krijgen dan collega's met dezelfde opleiding en werkervaring. Deze ideeën zouden kunnen duiden op de gevolgen van organisatiebrede fictionalisering. Het gaat daarbij niet zover dat er, volgens arbeidsbeperkten, sprake is van een negatieve houding van collega's. De meesten denken dat collega's mensen met zichtbare chronische aandoeningen of beperkingen niet ongeschikt vinden om bij hen te werken (zie tabel 6.6). Ook is er daarin nauwelijks sprake van verschil tussen arbeidsbeperkten en niet-arbeidsbeperkten.

Een minder vriendelijke werkomgeving – door tolerantie van pesterijen of intimidatie – wordt door arbeidsbeperkten wel vaker gevoeld dan door niet-arbeidsbeperkten (tabel 6.6). Hoewel in minderheid, vinden arbeidsbeperkten vaker dat collega's grappen of opmerkingen maken over mensen met zichtbare aandoeningen of beperkingen. Ruim 40% ervaart dit af en toe en 3,2% regelmatig. Van de niet-arbeidsbeperkten ervaart overigens ook ruim 30% dat collega's af en toe grappen of opmerkingen maken over mensen met zichtbare aandoeningen of beperkingen en 2,3% regelmatig.

Arbeidsbeperkten vinden daarnaast minder vaak dan niet-arbeidsbeperkten dat de cultuur van de organisatie vriendelijk is voor mensen met een beperking of aandoening (zie tabel 6.7). Niettemin is een meerderheid van de arbeidsbeperkten van mening dat hun collega's verschillen tussen mensen zien als iets waardevols en dat zij ervan houden om met verschillende mensen te werken. Geen meerderheid zien we bij het gepercipieerde enthous-

siasme over diversiteit. Mensen met een zichtbare aandoening of beperking vinden ook vaker dat er geen enthousiasme heerst over diversiteit over op het werk.

Tabel 6.7

Organisatiecultuur, werknemers 20 jaar en ouder, 2012 (in procenten)

	mensen zonder zichtbare aandoening of beperking	mensen met een zichtbare aandoening of beperking	sign. z-test ^a en teken
op mijn werk worden verschillen tussen mensen gezien als iets waardevols			
helemaal eens	13,4	10,9	
eens	50,7	45,1	ref.
niet eens, niet oneens	28,3	32,0	+ ***
oneens	6,8	10,1	+ ***
helemaal oneens	0,8	1,9	+ *
op mijn werk houden collega's ervan om te werken met verschillende mensen			
helemaal eens	12,3	12,0	
eens	56,4	51,4	ref.
niet eens, niet oneens	24,9	29,7	+ ***
oneens	6,7	6,9	
helemaal oneens	1,3	1,8	
er heerst op mijn werk enthousiasme over diversiteit			
helemaal eens	9,9	8,0	
eens	45,1	41,3	ref.
niet eens, niet oneens	34,3	36,8	
oneens	8,6	11,5	+ ***
helemaal oneens	2,0	2,5	
(n)	(7349)	(670)	

a Z-testcoëfficiënt 'het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking', resulterend uit multinomiale logistische regressieanalyse met de percepties over de organisatiecultuur als afhankelijke variabele en het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking als onafhankelijke, significantieniveau *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Bron: scp (KvW'12)

Gevraagd naar het beleid van de organisatie ten aanzien van omgaan met verschillen en diversiteit verschillen mensen met een zichtbare aandoening of beperking nauwelijks van hen zonder zichtbare aandoening of beperking. Een duidelijke meerderheid (zo'n 80%, niet in de tabel) van beide groepen heeft het idee dat negatieve opmerkingen over verschillende groepen mensen niet worden getolereerd. Ook heeft een grote meerderheid van beide groepen het idee dat aandacht besteed wordt aan het omgaan met verschillende groepen mensen, dat de organisatie beleid heeft om discriminatie tegen te gaan en dat wanneer iemand ongelijk of negatief behandeld wordt, men een klacht kan indienen.

6.2.3 Tevredenheid en geluk

De voorgaande paragrafen hebben laten zien dat de werkomstandigheden voor arbeidsbeperkten vaak minder gunstig zijn dan voor niet-arbeidsbeperkten. Ze hebben bijvoorbeeld vaker te maken met pesterijen en intimidatie en zien hun kansen op groei, ontwikkeling of promotie ook als kleiner. Maar hoe voelen arbeidsbeperkten zich als ze werken? Kost het hun ook veel energie? Zijn ze tevreden met hun werk? En hoe gelukkig zijn ze? Tabel 6.8 laat zien dat het werk arbeidsbeperkten relatief veel energie kost. Ze voelen zich vaker emotioneel uitgeput door hun werk dan niet-arbeidsbeperkten (ruim 13% heeft dit gevoel elke week of vaker), zijn vaker al moe bij het opstaan wanneer ze geconfronteerd worden met hun werk,³ en aan het eind van de werkdag voelen zij zich vaker leeg. Daar staat tegenover dat ook een grote groep arbeidsbeperkten (28%) zich nooit (emotioneel) uitgeput voelt door het werk.

Tabel 6.8

Uitputting door werk, werknemers 20 jaar en ouder, 2012 (in procenten)

	mensen zonder zichtbare aandoening of beperking	mensen met een zichtbare aandoening of beperking	sign. z-test ^a en teken
ik voel me emotioneel uitgeput door mijn werk			
nooit	36,3	27,7	- ***
enkele keren per jaar	42,3	42,3	ref.
maandelijks	5,3	7,1	+ *
enkele keren per maand	8,4	9,6	
elke week	3,2	5,2	+ **
enkele keren per week	2,7	4,5	+ ***
elke dag	1,8	3,6	+ ***
aan het eind van de werkdag voel ik me leeg			
nooit	26,2	21,5	
enkele keren per jaar	38,2	32,4	ref.
maandelijks	7,8	7,5	
enkele keren per maand	13,9	12,8	
elke week	5,1	7,9	+ ***
enkele keren per week	5,4	10,1	+ ***
elke dag	3,4	7,1	+ ***
ik voel me moe als ik 's morgens opsta en geconfronteerd word met mijn werk			
nooit	44,0	38,4	ref.
enkele keren per jaar	33,4	32,6	
maandelijks	5,1	5,4	
enkele keren per maand	7,9	9,1	+ *
elke week	3,5	3,8	
enkele keren per week	3,4	5,3	+ ***
elke dag	2,6	5,5	+ ***
(n)	(8647)	(771)	

a Z-waarde van de coëfficiënt 'het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking', resulterend uit multinomiale logistische regressieanalyse met uitputting als afhankelijke variabele en het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking als onafhankelijke, significantieniveau *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Bron: SCP (KvW'12)

De ontevredenheid met verschillende aspecten van het werk (sfeer, inhoud en beloning) is onder mensen met een zichtbare aandoening of beperking ook groter dan onder mensen

zonder dergelijke aandoeningen of beperkingen (tabel 6.9), hoewel een meerderheid tevreden is over sfeer en inhoud.

Tabel 6.9

Tevredenheid met het werk, werknemers 20 jaar en ouder, 2012 (in procenten)

	mensen zonder zichtbare aandoening of beperking	mensen met een zichtbare aandoening of beperking	sign. z-test ^a en teken
de sfeer op het werk			
zeer tevreden	22,2	15,0	- ***
tevreden	57,2	56,4	ref.
niet tevreden, niet ontevreden	14,4	19,2	- ***
ontevreden	4,7	7,0	+ **
zeer ontevreden	1,4	2,3	+ **
de inhoud van het werk			
zeer tevreden	20,9	14,1	- ***
tevreden	61,3	63,7	ref.
niet tevreden, niet ontevreden	12,5	13,9	
ontevreden	4,4	6,4	+ **
zeer ontevreden	0,8	2,0	+ **
de beloning van het werk			
zeer tevreden	7,9	5,1	
tevreden	49,6	43,1	ref.
niet tevreden, niet ontevreden	25,7	29,1	+ ***
ontevreden	13,1	17,6	+ ***
zeer ontevreden	3,7	5,1	+ **
(n)	(8695)	(777)	

a Z-testcoëfficiënt 'het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking', resulterend uit multinomiale logistische regressieanalyse met de tevredenheid met het werk als afhankelijke variabele en het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking als onafhankelijke, significantieniveau *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Bron: SCP (KvW'12)

In lijn met deze geringere tevredenheid is de wens om een andere baan te vinden. Arbeidsbeperkten geven vaker aan over vijf jaar niet meer bij de huidige werkgever te willen werken. Opvallend in dit verband is de bevinding dat arbeidsbeperkten, hoewel zij minder tevreden zijn over hun werk en vaker een overstap wensen, minder nadenken over alternatieve banen (tabel 6.10). Mogelijk wordt dit veroorzaakt door hun (lagere) inschatting van baankansen.

Tabel 6.10

Oriëntatie op andere baan in het afgelopen jaar, werknemers 20 jaar en ouder, 2012 (in procenten)

	mensen zonder zichtbare aandoening of beperking	mensen met een zichtbare aandoening of beperking	sign. z-test ^a en teken
heeft nagedacht over het zoeken van een andere baan			
ja	50,0	45,6	- **
nee	50,0	54,4	ref.
heeft iets ondernomen om een andere baan te vinden			
ja	25,6	24,1	
nee	74,4	75,6	ref.
als het aan mij ligt, werk ik over vijf jaar nog bij dit bedrijf			
ja	64,5	61,2	- *
nee	35,5	38,8	ref.
(n)	(8594)	(770)	

a Z-waarde van de coëfficiënt 'het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking', resulterend uit multinomiale logistische regressieanalyse met de Oriëntatie op een andere baan als afhankelijke variabele en het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking als onafhankelijke, significantieniveau *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Bron: SCP (KvW'12)

Gevraagd naar hun algemene tevredenheid met hun werk en hun levensgeluk geeft 68% van de arbeidsbeperkten aan tevreden te zijn met het werk (tabel 6.11). Dit is 9 procentpunten lager dan bij werkenden zonder een zichtbare aandoening of beperking. 72% van de arbeidsbeperkten is gelukkig of erg gelukkig; bij niet-arbeidsbeperkten is dit zo'n 10 procentpunten hoger. Het verschil in gelukservaring wordt vooral veroorzaakt door het hogere aandeel ongelukkigen bij werkenden met een zichtbare aandoening of beperking. 10% van hen geeft aan niet zo gelukkig of ongelukkig te zijn. Bij de werkenden zonder zichtbare aandoening of beperking ligt dit percentage ruim 6 procentpunten lager. Ook na controle voor achtergrondkenmerken blijven de verschillen overeind.

Tabel 6.11

Tevredenheid met het werk en levensgeluk, werknemers 20 jaar en ouder, 2012 (in procenten)

	mensen zonder zichtbare aandoening of beperking	mensen met een zichtbare aandoening of beperking	sign. z-test ^a en teken
in hoeverre bent u, alles bij elkaar genomen, tevreden met uw werk			
zeer ontevreden	3,5	4,2	
ontevreden	5,1	5,5	
niet tevreden, niet ontevreden	14,6	22,6	+ ***
tevreden	61,1	57,1	ref.
zeer tevreden	15,8	10,5	- ***
in welke mate vindt u zichzelf een gelukkig mens			
erg gelukkig	17,5	10,5	- ***
gelukkig	64,4	61,2	ref.
niet gelukkig, niet ongelukkig	14,5	18,3	+ ***
niet zo gelukkig	3,0	7,6	+ ***
ongelukkig	0,6	2,5	+ ***
(n)	(8532)	(770)	

a Z-waarde van de coëfficiënt 'het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking', resulterend uit multinomiale logistische regressieanalyse met de tevredenheid met het werk en de mate van geluk als afhankelijke variabele en het al dan niet hebben van een zichtbare aandoening of beperking als onafhankelijke, significantieniveau *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Bron: scp (KvW'12)

6.3 Werkomstandigheden, tevredenheid en geluk

Eerder onderzoek van Wognum et al. (2006) stelt dat maatregelen op het gebied van personeelsbeleid de motivatie van werknemers kan verhogen en hun betrokkenheid bij de taken die ze moeten uitvoeren kan doen toenemen. Ook de tevredenheid van werknemers met hun baan kan door die maatregelen groter worden, waardoor ze minder snel van baan zullen wisselen (Wognum et al. 2006). Vanuit dit perspectief is het interessant te bezien in hoeverre verschillen in werkomstandigheden samenhangen met de waargenomen verschillen in tevredenheid en geluk tussen mensen met en zonder zichtbare aandoening of beperking.

Tabel 6.12 geeft de resultaten van een logistische regressie waarbij de mate van geluk en tevredenheid met het werk gerelateerd zijn aan indicatoren die betrekking hebben op marginalisering, fictionalisering, pesterij en intimidatie, en organisatiecultuur. Daartoe zijn de verschillende items bij marginalisering (uit tabel 6.1), fictionalisering (uit tabel 6.5), pesterij en intimidatie (uit tabel 6.3) en organisatiecultuur (uit tabel 6.7⁴) omgezet in een schaal-

score per indicator. De gemiddelde scores op die schaal zijn meegenomen als maatstaf voor elk van de indicatoren⁵. Hierbij geeft een hogere score op de indicator marginalisering aan dat de houding van collega's en leidinggevende richting de werknemer als negatiever ervaren wordt (meer gemarginaliseerd). Een hogere score op fictionalisering betekent dat de werknemer vaker het idee heeft minder kansen te krijgen dan collega's met dezelfde opleiding en ervaring, en een hogere score op pesterij en intimidatie dat deze zich vaker gepest of geïntimideerd voelt. Een hoge score op organisatiecultuur geeft aan dat de cultuur als positiever ten opzichte van mensen met een beperking beleefd wordt. Er is daarnaast rekening gehouden met een reeks van controlevariabelen (geslacht, leeftijd, opleiding, etniciteit, type contract, lengte dienstverband, organisatiegrootte) waarvan we aannemen dat ze mogelijk verband houden met de tevredenheid met het werk of het levensgeluk dat men ervaart. Om de interpreteerbaarheid van de resultaten te vergemakkelijken is de mate van (on)geluk en ook de mate van (on)tevredenheid gedichotomiseerd; ongelukkig zijn zij die 'niet zo gelukkig' of 'ongelukkig zijn'⁶ en ontevreden met het werk zijn zij die 'ontevreden' of 'zeer ontevreden' zijn met het werk.⁷

Tabel 6.12

Samenhang tussen werkomstandigheden, tevredenheid met het werk en geluk, 2012 (in odds ratio's)^a

	ongelukkig met leven	ontevreden met werk
marginalisering	2,72***	1,11
pesterij en intimidatie	4,03***	5,68***
fictionalisering/ ervaren mogelijkheden	2,40***	1,83***
negatieve organisatiecultuur	1,31**	1,55***
collega's maken grappen over mensen met beperkingen (ref. = nooit)		
af en toe	0,79	0,87
regelmatig	1,81	1,71***
vaak	1,46	1,94
heel vaak	0,75	0,78
geslacht (ref. = man)		
vrouw	1,02	1,01
zichtbare aandoening (ref. = geen)	2,09***	1,11

Tabel 6.12

(Vervolg)

	ongelukkig met leven	ontevreden met werk
opleiding (ref. = laag)		
middelbaar opgeleid	0,67	1,00
hoog opgeleid	0,88	1,17
leeftijd	1,00	1,00
etniciteit (ref. = autochtoon)		
Marokkaans, Turks of overig niet-westers	0,98	0,95
Surinaams of Antilliaans	0,64	2,07*
overig westers	1,00	1,40*
organisatiegrootte (ref. = < 10 medewerkers)		
10-100 medewerkers	1,00	1,12
100-1000	1,07	1,16
> 1000	0,91	1,08
type contract (ref. = vast)		
tijdelijk met uitzicht op vast	1,17	1,01
tijdelijk	0,77	0,91
anders	0,80	1,16
lengte dienstverband (in jaren)	0,99	0,98***
constante	0,09***	0,03***

a Gewogen logistische regressie.

*** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Bron: SCP (KvW'12)

Wat opvalt, is dat vooral pesterij en intimidatie sterk samenhangt met gevoelens van ontevredenheid of ongeluk. De kans ongelukkig of ontevreden met het werk te zijn is voor werknemers die vaak gepest of geïntimideerd worden door een collega of leidinggevende beduidend groter dan voor hen die daar nooit mee te maken hebben. Een toename in de schaalscore op pesterij en intimidatie van een punt zorgt voor een verviervoudiging van de kans zich ongelukkig te voelen en een vervijfvoudiging van de kans ontevreden te zijn met het werk.

De effecten van marginalisering blijken eveneens van belang te zijn. Mensen die zich gemarginaliseerd voelen (bijvoorbeeld doordat ze minder vaak het gevoel hebben complimenten te krijgen of in vertrouwen te worden genomen) voelen zich eveneens vaker ongelukkig of ontevreden met het werk. Met een toename in de schaalscore van een punt op marginalisering wordt de kans zich ongelukkig te voelen meer dan verdubbeld.

Voor zowel mensen met als mensen zonder zichtbare aandoeningen of beperkingen hangt de tevredenheid met het werk en het ervaren levensgeluk sterk samen met de ontwikkelingsmogelijkheden die zij ervaren. Mensen die relatief weinig ontwikkelingsmogelijkheden ervaren, hebben een beduidend hogere kans ontevreden met het werk of ongelukkig te zijn.

De organisatiecultuur doet er ook toe. Een negatieve organisatiecultuur waarbij verschillen tussen mensen niet per se gezien worden als iets waardevols of waar weinig enthousiasme bestaat over diversiteit, gaat samen met meer ontevredenheid over het werk en gevoelens van ongeluk. Daar waar regelmatig grappen gemaakt worden over mensen met zichtbare beperkingen, is de kans op ontevredenheid op het werk ook significant groter dan waar dit nooit gebeurt.

De invloed van marginalisering, fictionalisering, pesterij en intimidatie, en organisatiecultuur op gevoelens van ontevredenheid of ongeluk verschilt niet tot nauwelijks voor mensen met en mensen zonder beperkingen. Analyses waarbij interactietermen hiervoor opgenomen zijn, laten dit zien (niet in de tabel). Een uitzondering hierop is pesterij en intimidatie. De samenhang tussen pesterij en intimidatie en gevoelens van ongeluk of ontevredenheid is voor mensen met zichtbare aandoeningen of beperkingen duidelijk groter dan voor mensen zonder deze beperkingen. De negatieve impact van pesterij is voor arbeidsbeperkten kennelijk nog groter dan voor mensen zonder beperking.

6.4 Samenvatting en conclusies

Beleidsmakers zetten breed in op activering en re-integratie van mensen met een beperking of aandoening. Meedoen is het credo; ongelijke behandeling is verboden. Dit hoofdstuk beoogde inzicht te geven in de ervaringen van arbeidsbeperkten op het werk. Daartoe zijn eerder verzamelde data uit het scp-bestand *Kwaliteit van Werk* geanalyseerd. Wat blijkt? Mensen met een zichtbare aandoening of beperking hebben het idee minder kansen te krijgen op promotie, ontwikkeling, opleiding en inkomensgroei dan collega's met dezelfde opleiding en ervaring. Ook worden de omstandigheden waaronder zij werken als minder ideaal beleefd dan die van collega's zonder zichtbare aandoening; zij voelen zich vaker gepest of geïntimideerd door hun collega's of leidinggevenden.

Hun tevredenheid met het werk en hun levensgeluk is ook minder groot dan die van mensen zonder zichtbare aandoening of beperking. We zien daarbij een duidelijke samenhang tussen gevoelens van ontevredenheid en ongeluk enerzijds en de werkomstandigheden van mensen met een beperking of aandoening anderzijds. Wanneer mensen geconfronteerd worden met pesterij en intimidatie, marginalisering, minder (ontwikkelings)mogelijkheden en een ten opzicht van diversiteit negatieve organisatiecultuur zijn ze eerder ongelukkig of ontevreden met het werk. Mensen die ontevreden zijn met hun werk haken eerder af. Daarom is het van belang om aandacht te schenken aan deze ontevredenheid en de

werkomstandigheden die daarbij onderliggend zijn, om de beleidsdoelstelling doorgroei van de arbeidsdeelname van mensen met beperkingen te kunnen realiseren.

Eerder onderzoek liet zien dat mensen die minder tevreden zijn met hun werk sneller iets anders zoeken. Opvallend is dat, ondanks de slechtere werkomstandigheden, arbeidsbeperkten minder vaak dan niet-arbeidsbeperkten op zoek gaan naar ander werk. De vraag is welke verklaringen hierachter schuilgaan. (Kwalitatief) vervolgonderzoek zou zich daarop kunnen richten. Houden arbeidsbeperkten reeds rekening met hun achterstelling? Zijn de mechanismen die dit hoofdstuk heeft blootgelegd, zo breed aanwezig dat arbeidsbeperkten dit accepteren bij arbeidsdeelname? Rekenen ze reeds met deze omstandigheden in hun overweging al dan niet te (blijven) participeren? Wanneer dit laatste het geval is, zou dat een verklaring bieden voor de achterblijvende arbeidsdeelname van mensen met beperkingen.

Noten

- 1 Gevraagd is of de respondenten een chronische zichtbare aandoening of beperking hebben.
- 2 De volgende situaties hebben geen plaats gekregen in de tabel, maar zijn wel geanalyseerd: er worden roddels of geruchten over u verspreid, u wordt genegeerd of buitengesloten, er worden beledigende of spottende opmerkingen gemaakt over uw persoon, mening of privéleven, iemand is overdreven nieuwsgierig naar uw privéleven, iemand imiteert uw manier van lopen, praten of bewegen om u belachelijk te maken of te kwetsen, er worden steeds zogenaamde grappen over u gemaakt, u wordt onterecht van allerlei dingen beschuldigd, u bent het mikpunt van overdreven plagerijen of sarcasme, er wordt tegen u geschreeuwd of mensen richten hun woede op u. De verschillen tussen de geselecteerde en niet-geselecteerde situatie bleken zeer klein.
- 3 Hierbij gaat het om het denken aan het werk, het idee weer aan het werk te moeten gaan.
- 4 Bij organisatiecultuur wordt zowel de gemiddelde schaalscore op de items uit tabel 6.7 over organisatiecultuur meegenomen als de score op het individuele item 'het maken van grappen over mensen met beperkingen in de organisatie' uit tabel 6.6 over de houding van collega's.
- 5 Bij marginalisering en fictionalisering is het teken tegengesteld gemaakt. Dit in verband met de opbouw van de schaal en de inhoud van de begrippen. Een hogere score op marginalisering gaat dan samen met bijvoorbeeld meer buitensluiting (i.p.v. minder).
- 6 Degenen die niet ongelukkig zijn, zijn zij die 'erg gelukkig' zijn, 'gelukkig' of 'niet gelukkig, maar ook niet ongelukkig'.
- 7 Degenen die niet ontevreden zijn met het werk, zijn zij die 'zeer tevreden' zijn, 'tevreden', of 'niet tevreden, maar ook niet ontevreden'.

Literatuur

- Acker, J. (1990). Hierarchies, jobs, bodies: a theory of gendered organizations. In: *Gender and Society*, jg. 4, nr. 2, p. 139-158.
- Albrecht, G. (1992). *The disability business: rehabilitation in America*. Newbury Park (CA): Sage.
- Burke, P. (1991). Identity processes and social stress. In: *American Sociological Review*, jg. 56, december, p. 836-849.
- Ferguson, B., J. McDonnell en C. Drew (1993). Type of frequency of social interaction among workers with and without mental retardation. In: *American Journal of Mental Retardation*, jg. 97, nr. 5, p. 530-540.

- Harlan, S.L. en C. W. Berheide (1994). *Barriers to workplace advancement experienced by women in low-paying occupations*. Washington, DC: U.S. Glass Ceiling Commission. Te raadplegen via http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1123&context=key_workplace.
- Johnson, V.A., R. Greenwood en K.F. Schriener (1988). Work performance and work personality. Employer concerns about workers with disabilities. In: *Rehabilitation Counseling Bulletin*, jg. 32, nr. 1, p. 50-57.
- Kuyper, L. (2013). *Seksuele oriëntatie en werk*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lignugaris-Kraft, B., S. Rule, C.L. Salzberg en J.J. Stowitschek (1986). Social interpersonal skills of handicapped and nonhandicapped adults at work. In: *Journal of Employment Counseling*, jg. 23, nr. 1, p. 20-31.
- McAfee, J. en D. McNaughton (1997a). Transitional outcomes: job satisfaction of workers with disabilities. Part one: general job satisfaction. In: *Journal of Vocational Rehabilitation*, jg. 8, nr. 2, p. 135-142.
- McAfee, J. en D. McNaughton (1997b). Transitional outcomes: job satisfaction of workers with disabilities. Part two: satisfaction with promotions, pay, co-workers, supervision, and work conditions. In: *Journal of Vocational Rehabilitation*, jg. 8, nr. 2, p. 243-251.
- Oliver, M. (1990). *The politics of disablement: a sociological approach*. New York: St. Martin Press.
- Reskin, B.F. (2003). Including mechanisms in our models of ascriptive inequality. In: *American Sociological Review*, jg. 68, februari, p. 1-21.
- Robert, P.M. en S.L. Harlan (2006). Mechanisms of disability discrimination in large bureaucratic organizations: ascriptive inequalities in the workplace. In: *The Sociological Quarterly*, jg. 47, nr. 4, p. 599-630.
- Storey, K. en R. Horner (1991). Social interactions in three supported employment options: a comparative analysis. In: *Journal of Applied Behavior Analysis*, jg. 24, nr. 2, p. 349-360.
- Test, D.W., C. Farebrother en F. Spooner (1988). A comparison of the social interactions of workers with and without disabilities. In: *Journal of Employment Counseling*, jg. 25, nr. 3, p. 122-131.
- Uppal, S. (2005). Disability, workplace characteristics and job satisfaction. In: *International Journal of Manpower*, jg. 26, nr. 4, p. 336-349.
- Wehman, P. (2003). Workplace inclusion. Persons with disabilities and coworkers working together. In: *Journal of Vocational Rehabilitation*, jg. 18, nr. 2, p. 131-141.
- Wendell, S. (1996). *The rejected body. Feminist philosophical reflections on disability*. New York: Routledge.
- Wognum, I., B. Veldkamp, A. de Grip en I. Sieben (2006). *Grotere arbeidsdeelname van ouderen door leeftijdsbewust personeelsbeleid?* Enschede: Universiteit van Twente. Te raadplegen via <http://doc.utwente.nl/96999/1/20061-09-grotere-arbeidsdeelname-ouderen.pdf>.

Summary

Limited functioning

Trend report on sickness absenteeism, incapacity for work and labour participation of people with health impairments

Sickness absenteeism, incapacity for work and labour participation of people with health impairments have received a great deal of attention from Dutch policymakers in recent years, with several measures being implemented in a bid to reduce sickness absenteeism and the volume of disability benefits and raise the labour participation rate of this group. Over recent decades, the policy on sickness absenteeism and incapacity for work has consistently sought to strike a balance between income protection and active integration. Initially the emphasis was mainly on income protection for people who were unable to work, or work fully, due to illness, but the steep rise in the volume of social security benefits in the 1990s led to an increasing focus on reintegration into the labour market, with policy changes aimed among other things at giving employers and employees greater responsibility for that reintegration. In this fourth edition of the Trend Report we outline the trends in sickness absenteeism, incapacity for work and labour participation of people with health impairments, and investigate whether those trends are moving in the direction envisaged in the policy. As well as describing these trends, this report also devotes more specific attention to two themes: the role of employers and how people with a work-limiting disability or illness fare at the workplace. A key condition for the success of the policy is that employers make efforts to engage people with impaired health. What are working conditions like for people with health impairments who are in work? And how does their social integration compare with that of people without impairments?

The central questions addressed in this report are as follows:

- How have the sickness absenteeism, incapacity for work and labour participation rates of people with health impairments developed over the past decade?
- How willing are employers to take on people with health impairments? What developments are taking place in employers' occupational health and safety and sickness absenteeism policy, and what are employers doing to promote the sustainable employability of employees?
- How do people with health impairments fare at the workplace? Are they satisfied with their employment situation? How do the work experiences of people with and without health impairments differ?

Reduction in sickness absenteeism and incapacity for work, but also in labour participation of people with health impairments

Sickness absenteeism and incapacity for work are largely moving in the direction envisaged by the government, but that is not the case for the labour participation rate of people with health impairments. Although sickness absenteeism rates and the number of disability benefits in payment fell over the period studied, so did the share of people with work-limiting disabilities in work, despite the heavy policy emphasis on reintegration. It should be noted that it is not clear whether these trends are due to government policy or to other factors, such as the economic crisis; this report does not include a policy evaluation or impact analysis.

Reduction in sickness absenteeism during the economic crisis

Employee sickness absenteeism rates have been falling in recent years. In 2014, employees were absent on an average of 3.7% of days when they should have been working – the lowest percentage in the entire period 2007-2014. The overall sickness absenteeism rate fell from 4.1% in 2012 to 3.7% in 2014. In 2015 it increased again to 4%. While the overall sickness absenteeism rate fell, among those aged over 55 it remained unchanged. This may be due to an increase in the average age of older workers in the later years of the period studied, and this group contains a higher proportion of employees with less robust health; the abolition of early retirement schemes may be a relevant factor here.

Sickness absenteeism rates are higher among older persons, people with a work-limiting disability, employees on permanent contracts, informal carers and employees who have recently gone through a reorganisation at work. Compared with employees, the sickness absenteeism rate among the self-employed (with or without staff) is low. One striking finding is the fall in sickness absenteeism rates during the economic crisis. It is also known from other research that fewer employees report sick when the economy is weaker. This could be due to a selection effect, where employees with high absenteeism rates are more likely to lose their jobs; a lower sickness absenteeism rate could then reflect the reduced labour participation of the more at-risk groups. Another possible explanation is a behavioural effect: employees report sick less often due to fear of losing their jobs, and go to work even when it would be better for their health to remain on sick leave.

Reduction in disability benefits, except benefits for early disabled persons

The downward trend in the number of disability benefits has also continued in recent years. Until 2002, the number of disability benefits was on a rising trend, before falling from over 993,000 in 2002 to over 808,000 at the end of 2015. These figures relate to benefits paid under the Invalidity Insurance Act (Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering – wao), the Work and Income according to Labour Capacity Act (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen – wia), the Invalidity Insurance (Young Disabled Persons) Act (Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten – Wajong) and the Incapacity Insurance (Self-employed Persons) Act (Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen – waz). The waz was repealed in 2004, and the wao was replaced by the wia in 2006;

these benefits are therefore no longer accessible to new applicants, but benefits already in payment continue. This downward trend is ascribed to the increased responsibility of employers to prevent absenteeism and reintegrate sick employees that ensued among other things from the implementation of the Eligibility for Permanent Invalidity Benefit (Restrictions) Act (Wet verbetering poortwachter – wvp), which was implemented in 2002, and the Continued Payment of Salary During Sickness Act (Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte – wvlz), which was implemented in 2004 (see e.g. Cuelenaere & Veerman 2011). One exception to the decline in the number of disability benefits is the volume of Wajong-benefits, which more than doubled between 2002 and 2014. The volume of these benefits continued to increase after the introduction of the new Act (nWajong) in 2010. The introduction of the Participation Act on 1 January 2015 led to a change in the Wajong, with new applications from young disabled persons with some capacity to work being placed under the Participation Act, and only young disabled persons with a full and permanent incapacity for work remaining within the 'Wajong 2015'. New applicants for benefits under the Participation Act (now administered by local authorities) fall outside the scope of this report, but will be included in the final evaluation of the Participation Act that is being carried out by the Netherlands Institute for Social Research (SCP) for the Ministry of Social Affairs and Employment.

Decline in labour participation rate of people with health impairments

Contrasting with the positive trend in sickness absenteeism and incapacity for work, the labour participation rate of people with health impairments declined over the period studied. The percentage of employees with a partial incapacity for work (who are covered by the Resumption of Work for Partially Disabled Persons Regulation – wga) fell from over 55% in 2008 to 43% in 2014. The share of working people in receipt of Wajong benefit also reduced, from 26% in 2008 to 22% at the end of 2014. Despite the stepping up of the reintegration policy, therefore, it is still difficult for people with a work-limiting disability to find work. One reason for this may be a change in the composition of the group, with new wia/wga benefit recipients increasingly consisting of older persons, people with mental health problems and people relying on benefits as a safety net (because they have no employer at the time they become unfit for work). These are all groups with a lower average chance of finding work. In absolute terms, the number of people in receipt of wga or Wajong-benefit who are also in work has in fact increased, but this increase has been outstripped by the rise in the number of people in receiving wga benefit, so that overall the percentage of working people with a work-limiting disability has fallen. The sickness absenteeism rate of persons with a work-limiting disability but no entitlement to disability benefit also fell in the period 2008-2014. As well as the compositional effect, the economic crisis is likely to have played a role here, given the findings in this report that when selecting employees (e.g. for a training programme or for redundancy during a reorganisation), employers attach great weight to the health of those employees in periods when the economy is doing badly.

Reduced employer focus on health and safety policy

A key condition for raising the labour participation rate of people with health impairments is that employers are willing to make the necessary efforts for these workers. The second research question therefore addresses the degree to which employers are willing to accommodate people with health impairments, developments in employers' occupational health and safety and sickness absenteeism policy, and the measures that employers take to promote sustainable employability of workers. The findings in this report show that there is still work to be done in several areas.

First, figures from a large-scale survey of employers show a reduction in attention for occupational health and safety in the period 2008-2014. Employers carry out less frequent risk inventory and evaluation (RI&E), are less often signing a contract with a safety, health and welfare service or alternative agency, and are less often taking new measures to address safety, health and welfare risks in the workplace. The slight downward trend in compliance with most obligations (with the exception of RI&E) is in line with research based on company visits carried out by the Inspectorate szw over the period 2008-2014 (Inspectie szw 2015). The scp report *Demand for labour 2015 (Vraag naar arbeid 2015)* (Van Echtelt et al. 2015) also shows that employers gave less and less priority to staff working conditions in the period 2007-2013. Time will tell whether the reduced employer attention for safety, health and welfare policy is cyclical or structural in nature. The observed trends may also be connected to changes in the health and safety legislation in 2007, in which greater responsibility for working conditions was assigned to the 'social partners' (representatives of management and workers).

Second, the figures show that a limited proportion of employers (9%) had a specific policy in 2014 for recruiting people from vulnerable groups (including people with a chronic illness/disorder). Only 16% of employers have deliberately recruited members of this group over the last two years. The most commonly cited reason for not having a policy for vulnerable groups is that the work is unsuitable.

Third, whilst employers increasingly see the importance of employees continuing to work for longer, they are not taking concomitant steps to achieve this. The number of measures taken to accommodate less able workers (reduced working hours, lighter duties, more flexible work, etc.) is reducing. Whilst this is in line with the government's aim of reducing publicly funded measures to accommodate these workers, cutting the costs of older workers and thus making them more attractive to employers (TK 2015/2016b), the flipside is that only limited staff development measures are being taken for these workers (e.g. training, transfer to other roles, etc.) – precisely the measures that the government expects from employers.

Health an important selection criterion for employers

While employers have reduced the attention they devote to occupational safety, health and welfare, the health of their employees is an important element in their opinion of those employees and the opportunities they offer them. A vignette study using an experimental approach was used to present different choices to employers showed sickness

absenteeism and health complaints to be the most influential factors in the decision on retaining an employee or offering them a permanent contract. Characteristics such as excellent functioning and age are less important for employers' decisions on retaining an employee than health (given the same human capital characteristics).

One point which needs to be taken into consideration here is the flexibilisation of labour relations. The figures show that among temporary employees, those who have been sick or who are in poorer health are more likely to be out of work after two years than healthy employees, mainly because they have become unemployed. The maxim of 'survival of the fittest' thus appears to be a prominent characteristic of a flexible labour market. In reality, a flexible labour market should actually offer more opportunities to people from vulnerable groups, because employers can avoid risks by not immediately offering permanent contracts. However, if health is an important selection criterion for retaining employees, people with health impairments will be at a permanent disadvantage on the labour market. This is understandable from the perspective of employers because of the costs of absenteeism, and it may be that measures aimed at reducing these risks, such as no-risk arrangements or discounts or exemptions from social insurance premiums, could provide some mitigation. Many employers are however unfamiliar with these schemes (Van Echtelt et al. 2015). Increasing that familiarity could increase their use and lead to a greater willingness by employers to recruit or retain people with health impairments.

On the other hand, too much should not be expected of this: the last edition of the Trend Report (Versantvoort & Van Echtelt 2012) concluded on the basis of a literature review that, despite the financial mitigation measures, the high transaction costs meant that employees with health impairments were no more attractive to employers. It is sometimes thought that the stricter obligations placed on employers have reduced their willingness to recruit people with health impairments. For example, the period of compulsory continuation of salary payments is much longer in the Netherlands (two years) than elsewhere in Europe (generally a few weeks or months), and it is argued that it is difficult for smaller employers, in particular, to afford this. It is also argued that it makes employers reluctant to offer permanent contracts, especially to employees from a group with a higher risk, such as older persons and people with health impairments. Although the measure appears to have made a positive contribution to reducing sickness absenteeism and the volume of disability benefits, one unintended side-effect may be that it acts as an impediment to the labour participation of people with impairments. In this context, the Minister of Social Affairs and Employment asked the Social and Economic Council of the Netherlands (SER) to produce a report on an integrated system for the continued payment of salary for both employees and self-employed workers, which will be published in the autumn of 2016 (SER 2016; TK 2015/2016a). The position of self-employed workers who become sick has been attracting increasing attention in recent years as the proportion of workers with self-employed status grows.

Health also a reason for people to choose not to work

Current Dutch government policy leans heavily on the idea that working is good for people and that everyone, healthy or less healthy, should be able to participate in the labour market. Doing paid work has increasingly become the norm, with only people with a total and permanent incapacity for work (recipients of benefit under the Full Invalidation Benefit Regulations – IVA) and some recipients of Wajong-benefit not being expected to perform paid work. Nonetheless, it can be quite a challenge for some people to participate in the labour market despite their illness or disability, for example because it saps much of their energy or because they work under less favourable conditions. It is also possible that they are poorly treated by employers (or colleagues).

The third research question addressed in this report is concerned with how people with health impairments fare at the workplace. The statistics show first that poor health is a reason for not working for a substantial proportion of the population. If we leave out people in receipt of disability benefit, we find that almost one in ten people aged between 15 and 64 years have a work-limiting disability, i.e. their self-reported health status is an obstacle to performing or obtaining work. This figure is particularly high among those in receipt of social assistance benefit (48%) and unemployment benefit (12%). People not currently working frequently cite their subjective health status as a reason for not looking for work; almost a quarter (23%) of non-workers not in receipt of disability benefit and not looking for work cite poor health as the main reason. This group thus believe that paid work in and of itself will be too much for them, or that the demands placed on them by an employer will ultimately prove to be too severe.

Second, workers with a work-limiting disability would relatively often like to work fewer hours and retire early, in other words their desired working hours and retirement age more often differ from the actual situation than for people without a work-limiting disability. While they do participate, therefore, they would evidently prefer to do so less, perhaps because they find their work relatively strenuous. Paid work is found to contribute positively to the happiness of people both with and without a work-limiting disability, but this relationship is weaker for those with than those without a work-limiting disability.

People with health impairments face worse conditions at the workplace

This report also highlights the relatively unfavourable social and other circumstances of people with a work-limiting disability: 16% of workers with a visible illness or disability sometimes or frequently encounter antisocial treatment at the workplace, compared with 9% of (visibly) healthy workers. Examples include their opinions being ignored, exaggeratedly careful checking of their work, removal of responsibilities or being assigned unpleasant tasks, making jokes, or being subjected to accusations, sarcastic comments or insults. They also report that they are given fewer opportunities at work than colleagues with equivalent training and experience. For example, they feel more often than people without impairments that they earn less (32% versus 23%), are less likely to be promoted (34% versus 22%), are offered fewer development opportunities (30% versus 17%) and receive less

training (25% versus 15%). These differences remain after controlling for differences in background characteristics, such as age and education level.

People with a visible illness or disability more often suffer emotional and physical exhaustion due to their work: 13% feel completely exhausted by their work at least once a week, compared with 8% of people without a visible illness or disability. This is connected to the greater dissatisfaction with work and unhappiness with their lives felt by people with visible illnesses or disabilities. Strikingly (and worryingly from the perspective of the commitment to equal opportunities), while people with health impairments more often feel disadvantaged and bullied at work, they less often look for other work than people without impairments. It may be that people with health impairments factor in the worse working conditions and expect to encounter similar situations in a different workplace, or feel they have less chance of finding other work. A lack of energy or some other aspect of their illness/disability may also hold them back from applying for other jobs. Further research in this area is needed to obtain a more precise answer.

Focus areas and risk factors

Sickness absenteeism and the volume of disability benefits have been falling in the Netherlands in recent years. Whilst these are positive trends, there are a number of points to consider for the future. Changes on the labour market warrant attention because of their potential impact on sickness absenteeism and incapacity for work. As well as the flexibilisation of labour relations referred to earlier, the principal changes are population ageing, the growth in the percentage of working informal carers and the rise in the number of mental health complaints.

The raising of the retirement age and population ageing means the number of older workers is growing: older persons account for an ever-increasing share of the working population. However, advancing age increases the risk of chronic illnesses and disabilities, raising the prospect of higher average sickness absenteeism rates in the years ahead. It is not so much that older workers take sick leave more often, but more that their length of absence tends to be greater than their younger counterparts. It is therefore reasonable to assume that a further increase in the labour participation rate of older persons and the raising of the retirement age will lead to an increase in sickness absenteeism in the future. There is already a good deal of policy attention for sustainable employability, with the aim of ensuring that people can remain active on the labour market until retirement age; good health is a key factor here (STAR 2013; TK 2013/2014). The government is keen to see a reduction in the use of collective measures to accommodate older workers, such as days off, shorter working hours and exemption from certain activities, though doubts are sometimes cast on the desirability of this aim (see e.g. De Lange & Van Dartel 2015). Such measures may still be needed for individual employees to prevent the raising of the retirement age pushing more people onto disability benefits.

The sickness absenteeism rate is also relatively high among informal carers. This can be explained partly by age: informal carers are relatively often aged over 45. The government wants people to take more responsibility for caring for loved ones; this aim is expressed among other things in the Social Support Act (Wmo), which was implemented in 2007. While the share of people combining paid work with providing informal care has risen over the last decade (Josten & De Boer 2015), an unintended side-effect of this policy could be an increase in the people suffering from fatigue. Research has shown that people who combine informal caregiving with working suffer more 'combination stress', mental fatigue and higher sickness absenteeism (see e.g. Broese van Groenou et al. 2015; Josten & De Boer 2015). Although the percentage of people combining paid work with informal care is still relatively low, they are a growing group. And although not yet visible, it is possible that sickness absenteeism in this group will rise in the future.

The combination of paid work and care has been on the policy agenda for some time, especially as regards caring for young children. However, combination stress is not limited to young families in the 'rush-hour' of their lives, but is increasingly prevalent among older employees who are caring for a loved one. Flexible working and leave arrangements have recently been made more generous, but it has not been demonstrated unambiguously that flexible working hours and working from home actually reduce combination stress (Mattijsen et al. 2016). Some studies find a positive effect, while others find a neutral or even a negative effect. Research does however stress the importance of the social aspects within a labour organisation and of a good and lasting employee-employer relationship. Social support from the employee's superior has for example been shown to be an important factor in reducing combination stress (Broese van Groenou et al. 2015; Mattijsen et al. 2016).

A strikingly high proportion of new recipients of certain disability benefits (WGA) are people with mental health issues, and their number increased relatively sharply in the period 2008-2014. The figures also show that employers consider socio-psychological aspects to be far and away the most important employment risk; pressure of work is for example cited by almost half of employers as a major risk, and that percentage increased over the period 2010-2014. It is therefore surprising that employers take relatively few steps to address this problem. Research also shows that employers often find it difficult to tackle this issue (TNO 2012). The government recognises the problem and has placed psychosocial work stress explicitly on the agenda as part of its Sustainable Employability policy programme. One of the aims is to make employers and employees more aware of the risks and make it acceptable to discuss this issue in the workplace. Early identification is key here. To address this, the Inspectorate szw recently launched a practical tool (the website www.werkdrukenongewenstgedrag.zelfinspectie.nl) to enable employers to assess whether pressure of work is being adequately assessed within their organisation (Inspectie szw 2016). It is however debatable whether such measures offer sufficient counterweight to social trends that lead to ever-increasing pressure on employees, such as the growing percentage of working informal carers referred to earlier (see Van Echtelt 2014).

There has also been a sharp rise in the number of young people receiving Wajong-benefit because of a development disorder, such as an intellectual disability. It may be that the demands placed on the individual by society make it more difficult to function adequately at school and on the labour market without support (Woittiez et al. 2014). There is sometimes an implicit assumption that vulnerable groups (e.g. recipients of Wajong-benefit) will eventually no longer need support at work as they gain experience and become more accustomed to their jobs. In reality, however, a proportion of this group will require structural and longer-term support in order to be able to remain in work (see e.g. Horsssen et al. 2009). Since the implementation of the Participation Act, recipients of Wajong-benefit who have some labour capacity come under the responsibility of local authorities. Time will tell whether those local authorities deploy (and have available) sufficient resources to meet this need for continuing support.

Conclusion

This report outlines trends in sickness absenteeism, incapacity for work and labour participation of people with health impairments, but also makes clear that the statistics need to be placed in a broader context and cannot be seen in isolation from other developments on the labour market. In itself, a low absenteeism rate is a good thing, but it may also indicate a selection effect on the part of employers (employees with high absenteeism rates are more likely to lose their jobs) or employees continuing to work whilst they are ill (presenteeism). The reduction in the volume of disability benefits is in line with government policy, but begs the question of how people fare on the labour market if the stricter access criteria mean they are not or no longer eligible for benefit but perhaps still experience impediments due to their health.

Despite the reintegration policy, trends in the labour participation of people with health impairments remain a concern. While the policy is aimed at creating an inclusive labour market, the participation figures in recent years point to a situation that is more akin to 'survival of the fittest'. When the economic picture improves, there is also likely to be more room on the labour market for people with health impairments. Nonetheless, there are also structural trends on the labour market which warrant attention, such as the role of health in a flexible labour market and the working conditions of people with health impairments.

Recent policy changes, such as the implementation of the Participation Act and the Occupational Disability (Employment Targets and Quotas) Act (Wet banenafsprak en quotum arbeidsbeperkten) are mainly targeted at recipients of Wajong-benefit and people who are unable to earning minimum wage without support. People in receipt of a partial disability benefit based on the wia (Work and Income according to Labour Capacity Act) and wao (Invalidity Insurance Act) are for example not counted for the purposes of the Occupational Disability (Employment Targets and Quotas) Act, but can still experience obstacles on the labour market. The same applies for people with work-limiting disabilities who are not in

receipt of disability benefit. The statistics show that health is an important motive for a substantial proportion of non-workers who are not in receipt of disability benefit not to participate in the labour market. If the government wishes to raise the labour participation rate further, it will have to focus not only on people who cannot earn the minimum wage without support, but also on other groups for whom health is an important reason for not participating in the labour market.

References

- Broese van Groenou, M., S. Schakel & N. Tolkacheva (2015). Werk en mantelzorg. Een risico voor de psychische gezondheid? In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, vol. 31, no. 4, pp. 393-410.
- Cuelenaere, B. & T. Veerman (2011). *Onderzoek evaluatie WIA*. Leiden: Astri Beleidsonderzoek en -advies.
- Echtelt, P. van (ed.) (2014). *Burn-out: verbanden tussen emotionele uitputting, arbeidsmarktpositie en Het Nieuwe Werken*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Echtelt, P. van, R. Schellingerhout & M. de Voogd-Hamelink (2015). *Vraag naar arbeid 2015*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Horsssen, C., M. Blommesteijn & M. Brukman (2009). *De Wajong'er als werknemer. Een onderzoek naar duurzame arbeidsparticipatie van Wajong'ers*. Amsterdam: Regioplan.
- Inspectie szw (2015). *Arbo in bedrijf 2014. Een onderzoek naar de naleving van arboverplichtingen, blootstelling aan arbeidsrisico's en genomen maatregelen in 2014*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Inspectie szw (2016). *Zelfinspectie. Werkdruk en ongewenst gedrag*. Available for consultation at werkdrukongewenstgedrag.zelfinspectie.nl.
- Josten, E. & A. de Boer (2015). *Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lange, W. de & N. van Dartel (2015). Oudere werknemers in het MKB. Mens sana in corpore sano. In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, vol. 31, no. 3, pp. 333-353.
- Mattijssen, L., P. van Echtelt & A. de Boer (2016, forthcoming). Arbeid en mantelzorg op een flexibele arbeidsmarkt. In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, vol. 32, no. 3.
- SER (2016). *Werk: van belang voor iedereen. Een advies over werken met een chronische ziekte*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad (Advies nr. 2016/02).
- STAR (2013). *Perspectief voor een sociaal én ondernemend land: uit de crisis, met goed werk, op weg naar 2010. Verantwoordelijkheid nemen en dragen, kansen creëren en benutten (Sociaal akkoord)*. Den Haag: Stichting van de Arbeid. Accessed January 2016 via www.stvda.nl.
- TK (2013/2014). *Arbeidsomstandigheden*. Letter from the Minister of Social Affairs and Employment. House of Representatives (Tweede Kamer), session 2013/2014, 25883, no. 239.
- TK (2015/2016a). *Adviesaanvraag langdurige werkloosheid/loondoorbetaling bij ziekte*. House of Representatives (Tweede Kamer), session 2015/2016, 18 December 2015. Accessed June 2016 via www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2015/12/21/ser-adviesaanvraag-langdurige-werkloosheid-loondoorbetaling-bij-ziekte.
- TK (2015/2016b). *Kamerbrief Actieplan aanpak werkloosheid onder 50-plussers*. Accessed July 2016 via www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2016/06/07/bijlage-1-perspectief-voor-vijftigplussers.
- TNO (2012). *Arbobalans 2011. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*. Hoofddorp: TNO.
- Versantvoort, M.C. & P. van Echtelt (2012). *Belemmerd aan het werk. Trend report on sickness absenteeism, incapacity for work and labour participation of persons with health impairments*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Woittiez, I., L. Putman, E. Eggink & M. Ras (2014). *Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

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 in gedrukte vorm verkrijgbaar bij de (internet)boekhandel en zijn als pdf gratis te downloaden via www.scp.nl. Een complete lijst is te vinden op www.scp.nl/publicaties.

scp-publicaties 2015

- 2015-1 *Rapportage sport 2014* (2015). Annet Tiessen-Raaphorst. ISBN 978 90 377 0731 1
- 2015-2 *Media:Tijd in beeld. Dagelijkse tijdsbesteding aan media en communicatie* (Het culturele draagvlak, deel 14) (2015). Nathalie Sonck en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0732 8
- 2015-3 *Aanbod van arbeid 2014. Arbeidsdeelname, flexibilisering en duurzame inzetbaarheid* (2015). Jan Dirk Vlasblom, Patricia van Echtelt en Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0595 9
- 2015-4 *Zicht op zorggebruik. Ontwikkelingen in het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging tussen 2004 en 2011* (2015). Inger Plaisier en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0641 3
- 2015-5 *Surveying ethnic minorities. The impact of survey design on data quality* (2015). Joost Kappelhof. ISBN 978 90 377 0545 4
- 2015-6 *Maten voor gemeenten. Prestaties en uitgaven van de lokale overheid in de periode 2007-2012* (2015). Evert Pommer, Ingrid Ooms en Saskia Jansen. ISBN 978 90 377 0738 0
- 2015-7 *Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk* (2015). Edith Josten en Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0550 8
- 2015-8 *Langer in Nederland. Ontwikkelingen in de leefsituatie van migranten uit Polen en Bulgarije in de eerste jaren na migratie* (2015). Mérove Gijsberts (scp) en Marcel Lubbers (Radboud Universiteit). ISBN 978 90 377 0571 3
- 2015-9 *Gisteren vandaag. Erfgoedbelangstelling en erfgoedbeoefening* (Het culturele draagvlak, deel 15) (2015). Andries van den Broek en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0665 9
- 2015-10 *Vrouwen, mannen en de hulp aan (schoon)ouders* (2015). Alice de Boer, Mirjam de Klerk en Ans Merens. ISBN 978 90 377 0745 8 (elektronische publicatie)
- 2015-11 *Jeugdzorg: verschil tussen budget en contract. Een voorbeeld uit de regio* (2015). Evert Pommer en Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0737 3 (elektronische publicatie)

- 2015-12 *Wel trouwen, niet zoenen. De houding van de Nederlandse bevolking tegenover lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen 2015* (2015). Lisette Kuyper. ISBN 978 90 377 0742 7
- 2015-13 *Migranten uit Midden- en Oost-Europese landen in Nederland door de tijd gevolgd. Een vergelijking tussen twee panelonderzoeken* (2015). Mérove Gijsberts (SCP), Marcel Lubbers (RU), Jaco Dagevos (SCP/EUR), Joost Jansen (EUR), Godfried Engbersen (EUR) en Erik Snel (EUR). ISBN 978 90 377 0744 1 (elektronische publicatie)
- 2015-14 *Ouderenmishandeling in Nederland. Inzicht in kennis over omvang en achtergrond van ouderen die slachtoffer zijn van ouderenmishandeling* (2015). Inger Plaisier en Mirjam de Klerk (red.) ISBN 978 90 377 0748 9
- 2015-15 *De onderkant van de arbeidsmarkt in 2025* (2015). Marloes de Graaf-Zijl, Edith Josten, Stefan Boeters, Evelien Eggink, Jonneke Bolhaar, Ingrid Ooms, Adri den Ouden en Isolde Woittiez. ISBN 978 90 377 0742 7 (elektronische publicatie)
- 2015-16 *Op afkomst afgewezen. Onderzoek naar discriminatie op de Haagse arbeidsmarkt* (2015). Iris Andriessen, Barbara van der Ent, Manu van der Linden en Guido Dekker. ISBN 978 90 377 0746 5
- 2015-17 *Co-wonen in context. Samenwonende generaties, mantelzorg en de kostendelersnorm in de AOW* (2015). Cok Vrooman, Alice de Boer, Jean Marie Wildeboer Schut, Isolde Woittiez en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0750 2 (elektronische publicatie)
- 2015-18 *Niet van de straat. De lokale samenleving in globaliserende, groeiende steden* (2015). Lotte Vermeij en Jeanet Kullberg. ISBN 978 90 377 0753 3 (elektronische publicatie)
- 2015-19 *Wmo- en AWBZ-voorzieningen 2009-2012; Een nulmeting* (2015). Ab van der Torre en Lisa Putman. ISBN 978 90 377 0539 3
- 2015-20 *Vraag naar arbeid 2015* (2015). Patricia van Echtelt, Roelof Schellingerhout en Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0754 0
- 2015-21 *Nederland in Europees perspectief. Tevredenheid, vertrouwen en opinies* (2015). Jeroen Boelhouwer, Gerbert Kraaykamp en Ineke Stoop.(red.). ISBN 978 90 377 0756 4
- 2015-22 *Opvoeden in niet-westerse migrantengezinnen. Een terugblik en verkenning* (2015). Freek Bucx en Simone de Roos (red.). ISBN 978 90 377 0673 4
- 2015-23 *Vijf jaar Caribisch Nederland. Gevolgen voor de bevolking* (2015). Evert Pommer en Rob Bijl (red.). ISBN 978 90 377 0755 7
- 2015-24 *Meer democratie, minder politiek? Een studie van de publieke opinie in Nederland* (2015). Josje den Ridder en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0757 1
- 2015-25 *Pensioenen: solidariteit en keuzevrijheid. Opvattingen van werkenden over aanvullende pensioenen* (2015). Stella Hoff. ISBN 978 90 377 0758 8 (elektronische publicatie)
- 2015-26 *Vijf jaar Caribisch Nederland | Journalistieke samenvatting. Gevolgen voor de bevolking* (2015). Evert Pommer en Rob Bijl (red.); samengevat door Karolien Bais. ISBN 978 90 377 760 1 (elektronische publicatie)
- 2015-27 *Verzorgd in Europa: kerncijfers 2011. Een vergelijking van de langdurige zorg van 50-plussers in zestien Europese landen* (2015). Debbie Verbeek-Oudijk, Isolde Woittiez, Evelien Eggink en Lisa Putman. ISBN 978 90 377 0761 8 (elektronische publicatie)

- 2015-28 *Roemeense migranten. De leefsituatie in Nederland kort na migratie* (2015). Mérove Gijsberts (SCP) en Marcel Lubbers (RU) ISBN 978 90 377 0763 2
- 2015-29 *Keuzeruimte in de langdurige zorg. Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten* (2015). Mariëlle Non (CPB), Ab van der Torre (SCP), Esther Mot (CPB), Evelien Eggink (SCP), Pieter Bakx (EUR) en Rudy Douven (CPB). ISBN 978 90 377 0762 5 (elektronische publicatie)
- 2015-30 *55-plussers en seksuele oriëntatie. Ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele 55-plussers* (2015). Jantine van Lisdonk en Lisette Kuyper. ISBN 978 90 377 0766 3
- 2015-31 *Werelden van verschil. Over de sociaal-culturele afstand en positie van migrantengroepen in Nederland.* (2015). Redactie: Willem Huijnk, Jaco Dagevos, Mérove Gijsberts en Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0767 0
- 2015-32 *Pensions: solidarity and choice. Opinions of working people on supplementary pensions.* (2015). Stella Hoff. ISBN 978 90 377 0771 7 (elektronische publicatie)
- 2015-33 *Public sector achievement in 36 countries. A comparative assessment of inputs, outputs and outcomes* (2015). Benedikt Goderis (red.) ISBN 978 90 377 0741 0
- 2015-34 *De sociale staat van Nederland 2015* (2015). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Evert Pommer en Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0768 7
- 2015-35 *Informeel hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*(2015). Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns en Sjoerd Kooiker. ISBN 978 90 377 0769 4
- 2015-36 *Betrokken wijken. Ervaringen van bewoners en professionals met wijkverbetering in vier (voormalige) aandachtswijken* (2015). Jeanet Kullberg, Lonneke van Noije, Esther van den Berg, Wouter Mensink en Malika Igalla, m.m.v. Hanneke Posthumus. ISBN 978 90 377 0764 9
- 2015-37 *Zorg vragen of zorg dragen? Een verkenning van de invloed van netwerken en inkomen op het gebruik van langdurige zorg door Nederlandse 55-plussers* (2015). Isolde Woittiez, Evelien Eggink, Debbie Verbeek-Oudijk en Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0765 6 (elektronische publicatie)

SCP-publicaties 2016

- 2016-1 *Trust, life satisfaction and opinions on immigration in 15 European countries* (2016). Jeroen Boelhouwer, Gerbert Kraaykamp en Ineke Stoop. ISBN 978 90 377 0775 5
- 2016-2 *Lekker vrij!? Vrije tijd van vrouwen, tijdsdruk en de relatie met de arbeidsduur van vrouwen* (2016). Wil Portegijs (SCP), Mariëlle Cloïn (SCP), Rahil Roodsaz (Atria) en Martin Olsthoorn (SCP). ISBN 978 90 377 0776 2
- 2016-3 *Kiezen bij de kassa. Een verkenning van maatschappelijk bewust consumeren in Nederland* (2016). Peggy Schyns. ISBN 978 90 377 0709 0
- 2016-4 *Kleine gebaren. Het belang van dorpsgenoten voor ouderen op het platteland* (2016). Lotte Vermeij. ISBN 978 90 377 0779 3 (elektronische publicatie)

- 2016-5 *Niet buiten de burger rekenen! Over randvoorwaarden voor burgerbetrokkenheid in het nieuwe omgevingsbestel* (2016). Andries van den Broek, Anja Steenbekkers, Pepijn van Houweligen en Kim Putter. ISBN 978 90 377 0774 8
- 2016-6 *Een lang tekort. Langdurige armoede in Nederland* (2016). Jean Marie Wildeboer Schut en Stella Hoff. ISBN 978 90 377 0780 9
- 2016-7 *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014* (2016). Lisa Putman, Debbie Verbeek-Oudijk, Mirjam de Klerk en Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0785 4 (elektronische publicatie)
- 2016-8 *LHBT-monitor 2016. Opvattingen over en ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen* (2016). Lisette Kuiper. ISBN 978 90 377 0787 8
- 2016-9 *Overall rapportage sociaal domein 2015. Rondom de transitie* (2016). Evert Pommer en Jeroen Boelhouwer (red.). ISBN 978 90 377 0788 5
- 2016-10 *Samenvatting Overall rapportage sociaal domein 2015. Rondom de transitie* (2016). Evert Pommer, Jeroen Boelhouwer, Esther van den Berg en Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0789 2
- 2016-11 *Societal Pessimism: A Study of its Conceptualization, Causes, Correlates and Consequences* (2016). Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0786 1
- 2016-12 *Cumulaties in de jeugdhulp* (2016). Klarita Sadiraj, Michiel Ras en Evert Pommer. ISBN 978 90 377 0790 8 (elektronische publicatie)
- 2016-13 *Gedeelde waarden en een weerbare democratie. Een verkenning op basis van bevolkings-enquêtes* (2016). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0793 9 (elektronische publicatie)
- 2016-14 *Thuiszorguitgaven en informele hulp. Relatie tussen veranderingen in de thuiszorguitgaven en het gebruik van informele hulp* (2016). Debbie Verbeek-Oudijk en Isolde Woittiez. ISBN 978 90 377 0792 2 (elektronische publicatie)
- 2016-15 *Werkloos toezien? Gevolgen van de crisis voor emancipatie en welbevinden* (2016). Ans Merens en Edith Josten. ISBN 978 90 377 0791 5 (elektronische publicatie)
- 2016-16 *Het brede-welvaartsbegrip volgens het SCP* (2016). Jeroen Boelhouwer. ISBN 978 90 377 0794 6 (elektronische publicatie)
- 2016-17 *Sport en cultuur. Patronen in belangstelling en beoefening* (2016). Annet Tiessen-Raaphorst en Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0795 3 (elektronische publicatie)
- 2016-18 *Gemiddelde budgetten per cliënt (en dag) voor de cliënten met een voogdijmaatregel en cliënten die 18 jaar of ouder zijn* (2016). Evert Pommer en Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0797 7 (elektronische publicatie)
- 2016-19 *Verzorgd in Europa: kerncijfers 2013. Een vergelijking van de zorg en ondersteuning voor 50-plussers in veertien Europese landen* (2016). Debbie Verbeek-Oudijk en Lisa Putman. ISBN 978 90 377 0798 4 (elektronische publicatie)
- 2016-20 *Taking part in uncertainty. The significance of labour market and income protection reforms for social segmentation and citizens' discontent* (2016). J.C. Vrooman. ISBN 978 90 377 0799 1
- 2016-21 *Tussen groen en grijs. Een verkenning van tuinen en tuinieren in Nederland* (2016). Jeanet Kullberg. ISBN 978 90 377 0796 0

- 2016-22 *De dorpse doe-democratie. Lokaal burgerschap bekeken vanuit verschillende groepen dorpsbewoners* (2016). Lotte Vermeij, Joost Gieling. ISBN 978 90 377 0802 8 (elektronische publicatie)
- 2016-23 *Aanbod van arbeid* (2016). Patricia van Echtelt, Simone Croezen, Jan Dirk Vlasblom, Marian de Voogd-Hamelink, m.m.v. Lucille Mattijssen. ISBN 978 90 377 0801 1
- 2016-24 *Beleidssignalement. Het gebruik van kinderopvang door ouders met lagere inkomens* (2016). Anne Roeters en Freek Bucx. ISBN 978 90 377 0803 5 (elektronische publicatie)
- 2016-25 *Gemeentelijke prestaties gemeten. Een vooronderzoek naar de meting van prestaties van de lokale overheid op gemeentelijk niveau* (2016). Evert Pommer en Ingrid Ooms. ISBN 978 90 377 0804 2 (elektronische publicatie)
- 2016-26 *Nieuwe Spaanse migranten in Nederland* (2016). Mérove Gijsberts, Marcel Lubbers, Fenella Fleischmann, Mieke Maliepaard en Hans Schmeets. ISBN 978 90 377 0805 9
- 2016-27 *Zorg en onbehagen in de bevolking* (2016). Paul Dekker, Josje den Ridder en Pepijn van Houwelingen, m.m.v. Sjoerd Kooiker. ISBN 978 90 377 0807 3 (elektronische publicatie)
- 2016-28 *Wikken en wegen in het hoger onderwijs. Over studieloopbanen en instellingsbeleid* (2016). Lex Herweijer en Monique Turkenburg. ISBN 978 90 377 0806 6
- 2016-29 *Beperkt in functie. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen* (2016). Redactie: Maroesjka Versantvoort en Patricia van Echtelt. ISBN 978 90 377 0808 0

Overige publicaties

- Burgerperspectieven 2015 | 1* (2015). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0740 3
- Burgerperspectieven 2015 | 2* (2015). Josje den Ridder, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0751 9
- Burgerperspectieven 2015 | 3* (2015). Paul Dekker, Pepijn van Houwelingen en Tom van der Meer. ISBN 978 90 377 0759 5
- Burgerperspectieven 2015 | 4* (2015). Paul Dekker, Rozemarijn van Dijk, Pepijn van Houwelingen, Wouter Mensink en Yvette Sol. ISBN 978 90 377 0772 4
- Burgerperspectieven 2016 | 1* (2016). Josje den Ridder, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen, m.m.v. Esther Schrijver. ISBN 978 90 377 0772 4
- Burgerperspectieven 2016 | 2* (2016). Josje den Ridder, Wouter Mensink, Paul Dekker en Esther Schrijver. ISBN 978 90 377 0800 4
- Burgerperspectieven 2016 | 3* (2016). Paul Dekker, Lisanne de Blok en Joep de Hart. ISBN 978 90 377 0810 3
- Gescheiden werelden?* (2014). Mark Bovens, Paul Dekker en Will Tiemeijer (red.). ISBN 978 90 377 0734 2. Gezamenlijke uitgave van het SCP en de WRR.