

C. van Horssen en F.A. Rosing

Gezondheidsbeleving en werkhervatting 35-minners

Onderzoek uitgevoerd door Regioplan Beleidsonderzoek in opdracht van de Raad voor Werk en Inkomen

De Raad voor Werk en Inkomen is het overlegorgaan en expertisecentrum van werkgevers, werknemers en gemeenten. De RWI doet voorstellen aan de regering en andere partijen over het brede terrein van werk en inkomen. Doel van deze voorstellen is een goed functionerende arbeidsmarkt te bevorderen. Het vergroten van de transparantie van en het verbeteren van de kwaliteit op de re-integratiemarkt behoren eveneens tot de kerntaken van de RWI.

Mei 2010

Inhoudsopgave

Samenvatting en conclusies	5
1 Inleiding	15
1.1 Aanleiding en achtergrond.....	15
1.2 Doelstelling, probleemstelling en onderzoeksvragen	16
1.3 Operationalisering vastgestelde en ervaren belastbaarheid	16
1.4 Onderzoeksverantwoording.....	19
1.5 Leeswijzer	20
2 Beschrijving onderzoeksgroep	21
2.1 Inleiding	21
2.2 Van ziekmelding tot WIA-beoordeling	21
2.3 Werkhervatting	22
2.4 Re-integratie	25
2.5 Achtergrondkenmerken	26
2.6 Samengevat	28
3 Werkhervatting en belastbaarheid	31
3.1 Inleiding	31
3.2 Vastgestelde belastbaarheid en werkherhvatting	31
3.3 Aard van de vastgestelde beperking en werkherhvatting.....	32
3.4 Ervaren gezondheid en werkherhvatting.....	33
3.5 Ervaren en vastgestelde belastbaarheid in relatie tot werkherhvatting.....	33
3.6 Samenvatting en conclusie.....	34
4 Niet-werkenden	35
4.1 Inleiding	35
4.2 Vastgestelde belastbaarheid van niet-werkenden.....	35
4.3 Ervaren gezondheid en belastbaarheid bij niet-werkenden.....	37
4.4 Relatie tussen ervaren en vastgestelde belastbaarheid	43
4.5 Samenvatting en conclusie.....	45
5 Werkhervatters	47
5.1 Inleiding	47
5.2 Werkherhvatting	47
5.3 Vastgestelde belastbaarheid van werkenden.....	48
5.4 Ervaren gezondheid bij werkenden	49
5.5 Relatie tussen ervaren gezondheid en vastgestelde belastbaarheid.....	52
5.6 Samenvatting en conclusie.....	53
Literatuur.....	55
Bijlagen.....	57

Samenvatting en conclusies

Sinds de invoering van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) eind 2005, geldt dat werknemers die minder dan 35 procent arbeidsongeschikt worden bevonden, geen recht hebben op een WIA-uitkering. In het sociaal akkoord van het najaar van 2004 is afgesproken dat *'voor de categorie werknemers met lichte arbeidsbeperkingen (35% of minder arbeidsongeschikt) op het niveau van de arbeidsorganisatie tot maatwerkoplossingen dient te worden gekomen'*.¹

Het is de vraag of het in alle gevallen reëel is om van werkgevers en de desbetreffende werknemers te verwachten dat zij in het eigen bedrijf aan de slag blijven. Werknemers met een beperkt verlies van verdien capaciteit zullen niet in alle gevallen geschikt zijn voor het eigen werk of voor ander werk binnen het bedrijf. Daarnaast kunnen er ook bij een beperkt verlies aan verdien capaciteit substantiële gezondheidsbeperkingen zijn. Deze veronderstellingen hebben ertoe geleid dat de Stichting van de Arbeid de RWI heeft gevraagd onderzoek te laten uitvoeren naar de relatie tussen belastbaarheid en de kans op werkhervatting van 35-minners. RWI en Stichting van de Arbeid hebben Regioplan Beleidsonderzoek gevraagd dit onderzoek uit te voeren.

Dit rapport is het resultaat van dat onderzoek. We beginnen dit rapport met de presentatie van de belangrijkste bevindingen en conclusies. In de hoofdstukken daarna worden de onderzoeksresultaten gepresenteerd waarop deze conclusies zijn gebaseerd.

Doelstelling en onderzoeksmethoden

Doel- en vraagstelling

Het doel van het onderzoek was inzicht te verkrijgen in de relatie tussen belastbaarheid van 35-minners en de kans op werkhervatting. Het gaat, met andere woorden, om de vraag of de vastgestelde beperkingen en/of de gezondheidsbeleving van 35-minners van invloed zijn op de kans dat 35-minners het werk hervatten. De centrale vraag van het onderzoek luidt dan ook als volgt:

Wat is de invloed van de vastgestelde belastbaarheid en de ervaren belastbaarheid voor werk op werkhervatting na afwijzing van de WIA-claim?

Centrale begrippen

Centrale begrippen in dit onderzoek zijn de vastgestelde belastbaarheid, de ervaren gezondheid en de ervaren belastbaarheid. De vastgestelde belastbaarheid wordt in dit onderzoek opgevat als het aantal beperkingen, dat door UWV is vastgelegd in de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML). Ervaren belastbaarheid is in dit onderzoek geoperationaliseerd met de vraag: *Vindt u dat u gezien uw gezondheid in staat bent om te werken?* Om de ervaren gezondheid vast te stellen, hebben we respondenten de volgende vraag voorgelegd: *Wat vindt u over het algemeen genomen van uw gezondheid?* In het oordeel dat een persoon geeft over de eigen gezondheid zijn alle gezondheidsaspecten betrokken die relevant zijn voor de persoon in kwestie. Bij ervaren belastbaarheid is expliciet gevraagd naar de aspecten die van invloed zijn op het al dan niet kunnen uitvoeren van betaald werk.

¹ Zie: Verklaring van de in de Stichting van de Arbeid vertegenwoordigde centrale organisaties van werkgevers en van werknemers d.d. 5-11-2004 en de vervolgspraken die zijn gemaakt in de Werktop van het kabinet en de Stichting van de Arbeid d.d. 1-12-2005.

Onderzoeksmethoden

Het onderzoek bestond uit een literatuurstudie en een enquête onder 35-minners. Aan de respons op deze enquête zijn voorafgaand aan de analyse de FML-gegevens van de respondenten gekoppeld.

Op basis van de literatuurstudie zijn hypothesen opgesteld over de relatie tussen ervaren en vastgestelde belastbaarheid en werkhervatting. Daarnaast zijn op basis van de literatuurstudie andere variabelen geselecteerd die van invloed zijn op werkhervatting en belastbaarheid. De hypothesen zijn leidend geweest bij het ontwikkelen van een analysekader en de vragenlijst.

Met behulp van een vragenlijst is de ervaren belastbaarheid en werkhervatting van 35-minners in kaart gebracht. De vragenlijst is verstuurd aan alle werknemers, exclusief vangnetgevallen², die tussen 1 januari 2008 en 30 juni 2009 door UWV voor de WIA zijn beoordeeld en daarbij minder dan 35 procent arbeidsongeschikt zijn bevonden. De vragenlijst is in september 2009 verstuurd. Dat betekent dat de tijd tussen de uitslag van de WIA-beoordeling en het invullen van de vragenlijst minimaal 3 en maximaal 21 maanden bedroeg. De vragenlijst bevat een code waarmee UWV-gegevens over de vastgestelde belastbaarheid op geanonimiseerde wijze aan de respons konden worden gekoppeld.

In totaal zijn 6101 personen aangeschreven. De netto respons bedraagt 1803 vragenlijsten en is daarmee dertig procent van het aantal verzonden vragenlijsten. De samenstelling van de respons op geslacht is representatief voor de steekproef. Wat betreft leeftijd en het aantal beperkingen wijkt de responsgroep iets af van de steekproef (§ 1.4). De afwijkingen zijn echter beperkt van omvang en daarom wordt de respons niet gewogen.

Voordat we de belangrijkste conclusies weergeven, geven we een toelichting op de schattingssystematiek van de WIA.

Schattingssystematiek WIA

De claimbeoordeling van de WIA bestaat uit een verzekeringsgeneeskundig deel en een arbeidsdeskundig deel.

Verzekeringsgeneeskundig onderzoek

Met een verzekeringsgeneeskundig onderzoek wordt in eerste instantie vastgesteld of de betrokkene het eigen werk zonder beperkingen kan uitvoeren. Als dit het geval is, wordt de betrokkene volledig arbeidsgeschikt bevonden en volgt er geen arbeidsdeskundig onderzoek.

Als de betrokkene zijn werk niet of niet volledig meer kan uitvoeren, stelt de verzekeringsarts vast of er nog benutbare mogelijkheden zijn. Als de betrokkene geen benutbare mogelijkheden heeft, wordt hij tachtig tot honderd procent arbeidsongeschikt bevonden en volgt ook geen arbeidsdeskundig onderzoek. Dit is bij de groep 35-minners niet aan de orde. Als er wel benutbare mogelijkheden zijn, stelt de verzekeringsarts aan de hand van de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML) vast wat de mogelijkheden en beperkingen zijn bij het verrichten van arbeid.

² De vangnetgevallen zijn buiten beschouwing gelaten, omdat de loondoorbetaling en re-integratie niet onder de verantwoordelijkheid vallen van de sociale partners, maar van UWV. Vangnetgevallen zijn werknemers die op het moment van de claimbeoordeling geen arbeidsovereenkomst met een werkgever (meer) hebben. Dit zijn bijvoorbeeld uitzendkrachten, langdurig zieke WW'ers of werknemers met een tijdelijk contract, waarbij het contract tijdens de ziekteperiode is afgelopen.

Arbeidsdeskundig onderzoek

In het arbeidsdeskundig onderzoek wordt de mate van arbeidsongeschiktheid vastgesteld. Daartoe wordt het maatmaninkomen per uur van betrokkene vergeleken met hetgeen hij met arbeid kan verdienen. Aan deze theoretische schattingsmethodiek ligt het uitgangspunt ten grondslag dat iemand alleen geschat kan worden op functies die voorkomen op de Nederlandse arbeidsmarkt en die hij met zijn beperkingen en mogelijkheden kan vervullen (zie MvT onder punt 4). Het maatmaninkomen is het inkomen per uur dat de betrokkene nog zou kunnen verdienen als hij niet arbeidsongeschikt was geworden. In de praktijk is dit vaak gelijk aan het laatst verdiende loon.

Om vast te stellen wat betrokkene nog met arbeid kan verdienen, zoekt de arbeidsdeskundige in een computersysteem dat informatie over zo'n 7000 gangbare functies in Nederland bevat (CBBS). Sinds de aanpassing van het schattingsbesluit in 2004 is het voldoende als de arbeidsdeskundige drie functies met minimaal drie arbeidsplaatsen per functie in het CBBS vindt, die de betrokkene gezien zijn beperkingen zou kunnen vervullen. Bij het zoeken naar functies houdt de arbeidsdeskundige rekening met de door de verzekeringsarts vastgestelde beperkingen en de opleiding en de ervaring van de werknemer. Bij de bepaling van hetgeen de betrokkene nog met arbeid kan verdienen, wordt in aanmerking genomen die algemeen geaccepteerde arbeid waarmee de betrokkene per uur het meest kan verdienen (art. 9 van het schattingsbesluit). Als er geen of onvoldoende geschikte functies worden gevonden, is de cliënt honderd procent arbeidsongeschikt op arbeidsdeskundige gronden.

Als er wel geschikte functies zijn, dan is het arbeidsongeschiktheidspercentage gelijk aan het procentuele verschil tussen het salaris dat de werknemer verdiende op het moment van de WIA-beoordeling (maatmaninkomen) en het salaris dat hij kan verdienen in de functies die hij volgens het arbeidsdeskundig oordeel kan uitvoeren.

Loon en de mate arbeidsongeschiktheid

De relatie tussen beperkingen en arbeidsgeschiktheid is minder eenduidig dan deze op het eerste gezicht lijkt. Belangrijke factoren die van invloed zijn op de hoogte van het arbeidsongeschiktheidspercentage zijn het inkomen van de werknemer op het moment van de beoordeling en het inkomen dat de werknemer, gegeven zijn beperkingen en opleiding en ervaring, na de beoordeling kan verdienen.

De ondergrens van het salaris is voor alle functies in Nederland het minimumloon. Functies onder het minimumloon komen niet voor in het CBBS. Als het laatste verdiende loon van een werknemer in de buurt ligt van het minimumloon, zal de verdien capaciteit minder kunnen dalen dan als het aanvangssalaris ver boven het minimumloon ligt. Als er geschikte functies in CBBS worden gevonden waarmee een werknemer minstens 65 procent van zijn laatst verdiende loon kan verdienen, krijgt hij geen WIA-uitkering. Als er voor een werknemer geschikte functies in CBBS gevonden worden, zullen mensen met een laag inkomen hiermee eerder minimaal 65 procent van hun oude loon kunnen verdienen dan mensen met een hoger loon. De consequentie hiervan is dat mensen met een laag inkomen eerder met relatief veel beperkingen in de 35-min categorie terechtkomen.

Verschillen tussen werkende en werkloze 35-minners

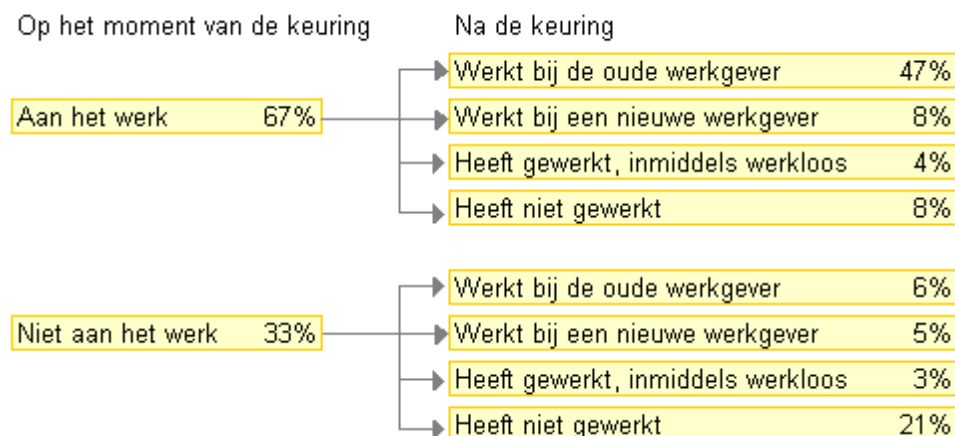
Op het moment van het onderzoek is 65 procent van de onderzoeksgroep aan het werk. Het grootste deel van hen werkt bij de eigen werkgever en ongeveer dertien procent van de totale responsgroep heeft werk bij een nieuwe werkgever gevonden. Van de 35-minners die niet meer bij de eigen werkgever in dienst zijn, is 73 procent ontslagen (§2.3.3). Ruim een derde van de 35-minners (35%) is niet aan het werk. De 35-minners die anderhalf jaar geleden voor de WIA zijn beoordeeld, hebben het werk vaker hervat (68%) dan de 35-minners voor wie de beoordeling zes tot twaalf maanden (66%) of minder dan zes maanden geleden is (63%).

De focus van het onderzoek ligt op de vraag in hoeverre het aantal beperkingen dan wel de ervaren gezondheid of belastbaarheid de kans op werkhervatting kunnen verklaren. Werkende en niet-werkende 35-minners blijken echter ook op een aantal andere belangrijke achtergrondkenmerken van elkaar te verschillen. Voor we overgaan tot beantwoording van de hoofdvraag gaan we hieronder in op deze verschillen.

Verloop van de ziekteperiode

Een opvallend verschil tussen de werkende en niet-werkende 35-minners ligt in het verloop van de eerste twee ziektejaren. Werkende 35-minners (86%) hebben vaker een deel van de ziekteperiode gewerkt dan niet werkende 35-minners (42%) (§ 2.2.2). Ook uit ander onderzoek naar 35-minners bleek dat werk gedurende de ziekteperiode samengaat met werk na de WIA-beoordeling. Op het moment van de WIA-beoordeling is twee derde van de 35-minners aan het werk. Het grootste deel daarvan is ook na de WIA-beoordeling aan het werk (figuur 1).

Figuur 1 Werksituatie ten tijde van de WIA-beoordeling en na de WIA-beoordeling (N=1685)



Uitgangspositie van werkende en niet-werkende 35-minners

Werkende 35-minners zijn hoger opgeleid en hadden op het moment van de ziekmelding gemiddeld genomen een hoger inkomen. Van de 35-minners met een opleidingsniveau op hbo- of wo-niveau heeft 78 procent werk. Van de laagopgeleide 35-minners (geen opleiding, basisonderwijs of vmbo) is dit 52 procent (§ 2.5).

Naast inkomen en opleiding verschillen werkende en werkloze 35-minners op andere kenmerken van elkaar. Zo zijn vrouwen, alleenstaanden en allochtone 35-minners naar verhouding vaker werkloos (§2.5). De 35-minners met een afgerond re-integratietraject hebben naar verhouding vaker het werk hervat (§2.4). In het onderzoek zijn deze kenmerken in de analyse opgenomen om de vraag in hoeverre het aantal beperkingen, de gezondheidsbeleving en de ervaren belastbaarheid de kans op werkhervatting beïnvloeden,

te beantwoorden.

Belastbaarheid, ervaren gezondheid en werkhervatting

In deze paragraaf gaan we verder in op de hoofdvraag van dit onderzoek, namelijk hoe de ervaren gezondheid en de vastgestelde belastbaarheid de kans op werkhervatting beïnvloeden.

Vastgestelde belastbaarheid en werkhervatting

Gemiddeld genomen hebben werkende 35-minners minder beperkingen dan werkloze 35-minners (§ 3.2). In het onderzoek maken we onderscheid tussen lichamelijke beperkingen, psychische beperkingen en urenbeperkingen. Werkende 35-minners hebben gemiddeld minder lichamelijke en psychische beperkingen (tabel 1).

Tabel 1 Aantal en type vastgestelde belemmeringen

Aantal beperkingen	Werkend			Niet-werkend		
	Lichame-lijk	Psychisch	Uren	Lichame-lijk	Psychisch	Uren
0	20%	56%	65%	14%	53%	80%
1 t/m 5	20%	34%	35%	15%	33%	20%
6 t/m 10	30%	9%	-	28%	11%	-
11 t/m 15	22%	1%	-	30%	3%	-
16 t/m 20	7%	0%	-	12%	0%	-
Meer dan 20	1%	-	-	1%	-	-
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Gemiddelde	9,2	3,8	2,3	10,5	4,5	2
Minimum	0	0	0	0	0	0
Maximum	26	18	4	25	17	4

Hoewel er een samenhang is tussen de kans op werkhervatting en het aantal beperkingen, kunnen we op basis hiervan niet concluderen dat het aantal beperkingen de kans op werkhervatting in grote mate bepaalt. Daarvoor zijn verschillende redenen.

Ten eerste is er een overlap in het aantal beperkingen van werkende en dat van niet-werkende 35-minners. Er zijn dus werkenden 35-minners met relatief veel beperkingen en niet-werkende 35-minners met relatief weinig beperkingen.

Ten tweede biedt het aantal beperkingen geen inzicht in de aard en ernst van de beperkingen in relatie tot de mogelijkheden van 35-minners om betaald werk uit te voeren. De aanwezigheid van een belemmering hoeft dus niet per se een probleem te zijn in de uitoefening van een beroep. Dit verklaart deels de hiervoor genoemde overlap. Bij de WIA-beoordeling stelt de verzekeringsarts de aard en de ernst van de beperkingen voor werk vast. De arbeidsdeskundige zal vervolgens beoordelen welke functies de desbetreffende persoon met zijn of haar beperkingen nog uit kan voeren en wat hij daarmee kan verdienen (zie kader). Het gaat hier om theoretische mogelijkheden en de duiding van de arbeidsdeskundige geeft niet aan wat de mogelijkheden zijn om bij de eigen werkgever aan het werk te blijven of wat de kans is dat de geschikt geachte banen ook daadwerkelijk beschikbaar zijn. Ten derde en tot slot kan het oordeel van de 35-minner over zijn of haar vermogen om te werken verschillen van het oordeel van de arbeidsdeskundige. Er kunnen dus 35-minners van mening zijn dat zij gezien hun gezondheid niet kunnen werken, terwijl bij de

claimbeoordeling is vastgesteld dat er voldoende functies zijn waarmee zij minimaal 65 procent van hun oude loon kunnen verdienen.

De conclusie is dan ook dat het aantal beperkingen wel samenhangt met de kans op werkhervatting, maar dat een deel van de verklaring voor het al dan niet hervatten van werk in andere factoren moet worden gezocht.

Aantal beperkingen en inkomen

Hoewel het aantal beperkingen de kans op werkhervatting maar gedeeltelijk kan verklaren, is de vraag waarom de ene 35-minner meer beperkingen heeft dan de andere wel relevant. Van de 35-mingroep wordt immers verondersteld dat het een groep is met lichte arbeidsbeperkingen.

De verklaring voor deze verschillen ligt in de beoordelingssystematiek van de WIA. Ten eerste is er sprake van een indeling in klassen, waarbij een 35-minner een arbeidsongeschiktheidspercentage kan hebben in de range van 0 procent tot 35 procent. Daarnaast is het arbeidsongeschiktheidspercentage (of verlies aan verdien capaciteit) afhankelijk van het inkomen dat de werknemer verdiende ten tijde van de WIA-beoordeling (zie kader). Mensen met een laag loon komen vaker en met meer beperkingen in een 35-minsituatie, dan mensen met een hoog inkomen. Uit het onderzoek blijkt dan ook dat zowel de werkende als niet-werkende 35-minners die ten tijde van de ziekmelding meer verdienen gemiddeld minder beperkingen hebben dan de 35-minners met een lager loon (§4.2, §5.2).

Over het algemeen geldt wel: hoe meer vastgestelde beperkingen, hoe hoger het arbeidsongeschiktheidspercentage. Dit blijkt ook uit het feit dat de werknemers die in de WGA (Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten) terecht komen gemiddeld beduidend meer beperkingen hebben dan de 35-minners in dit onderzoek.³

Ervaren belastbaarheid van niet werkenden

Een voor de hand liggende verklaring voor het uitblijven van werkhervatting is dat niet-werkende 35-minners vinden dat zij niet kunnen werken. Een deel van de niet-werkende 35-minners geeft dit inderdaad aan. Iets minder dan een derde (29%) van hen zegt, gezien hun gezondheid, niet te kunnen werken (§ 4.4). Daarnaast is er een deel (24%) van hen dat niet weet of zij kunnen werken.

Bijna de helft van de niet-werkende 35-minners (47%) is van mening dat zij wel kunnen werken. Twee derde van hen geeft aan dat zij minder uren dan voor hun ziekmelding kunnen werken (§ 4.3.3). Tegelijkertijd zegt het grootste deel van de niet-werkende 35-minners (83%) dat hun inkomen noodzakelijk is om financieel rond te komen.

Het feit dat twee derde van de niet-werkende 35-minners aangeeft minder te kunnen werken dan voor ziekmelding, is mogelijk een reden voor het uitblijven van werkhervatting. Het aantal beschikbare banen is voor parttimers beperkter dan voor degenen die fulltime inzetbaar zijn. Daarbij komt dat minder uren werk over het algemeen ook minder inkomen betekent. We hebben eerder al geconstateerd dat niet-werkende 35-minners vaker een laag maatmanloon hebben dan werkende 35-minners. Het is aannemelijk dat deze 35-minners met het aantal uren dat zij kunnen werken in hun oude baan onvoldoende kunnen verdienen om financieel rond te komen. Mogelijk kiest deze groep ervoor langer naar een baan te zoeken die wel voldoende inkomen genereert, in plaats van minder uren in hun oude beroep te gaan werken. Een andere mogelijkheid is dat deze 35-minners (nog) geen baan hebben

³ Zie: Van Deursen, C. en I. van Straaten, *Pilot Monitor Arbeidsbeperkten en Werk 2007-2008*, Kenniscentrum UWV, 2009.

kunnen vinden met het gewenste aantal uren.

Zestig procent van de niet werkende werknemers bij wie in de WIA-beoordeling geen beperkingen in het verrichten van dynamische handelingen of statische houdingen zijn vastgesteld, voelt zich door de lichamelijke gezondheid belemmerd bij het uitvoeren van betaald werk. Door UWV worden aspecten als vermoeidheid, pijn en wisselende mogelijkheden niet onder de noemer 'fysieke FML-beperking' gebracht, maar kunnen door de respondent natuurlijk wel als 'lichamelijke gezondheidsbelemmering' worden ervaren. Daarnaast voelt een deel van de 35-minners met relatief veel vastgestelde beperkingen in het persoonlijk of sociaal functioneren zich, als het gaat om de psychische gezondheid, (helemaal) niet belemmerd. (§ 4.4.1). Mogelijk labelen respondenten een beperking als 'niet kunnen samenwerken' niet als een psychische gezondheidsbelemmering. Een ander deel van de verklaring voor deze verschillen is dat UWV bij de claimbeoordeling weliswaar beperkingen vaststelt, maar tegelijkertijd oordeelt dat deze beperkingen geen belemmering hoeven te vormen voor het uitvoeren van (ander) betaald werk. Het is immers de bedoeling dat de functie dusdanig wordt aangepast of dat men op zoek gaat naar een nieuwe baan, waarin de aspecten waarop beperkingen aanwezig zijn, geen deel van de functie uitmaken.

Gezondheidsbeleving van werkenden en niet werkenden

Bijna de helft van de niet-werkende 35-minners acht zichzelf in staat om te werken. Zeventien procent van de niet-werkende 35-minners beoordeelt zijn of haar gezondheid als goed tot zeer goed. In vergelijking met werkende 35-minners hebben werkloze 35-minners een slechtere gezondheidsbeleving (§ 3.4).

Tabel 2 Ervaren gezondheid voor werkende en niet-werkende 35-minners (N=1721)

	Werkt niet (n=611)	Werkt wel (n=1110)
Zeer goed	1%	2%
Goed	16%	41%
Matig	46%	45%
Slecht	30%	10%
Zeer slecht	7%	2%
Totaal	100%	100%

De verschillen in gezondheidsbeleving tussen werkende en niet-werkende 35-minners zijn ook zichtbaar wanneer wordt gevraagd naar ervaren belemmeringen bij het uitvoeren van werk. Over het geheel genomen geldt dat niet-werkenden vaker belemmeringen (verwachten te) ervaren dan dat werkende 35-minners belemmeringen ervaren bij het uitvoeren van werk.

Tabel 3 Type ervaren belemmeringen voor werkende en niet-werkende 35-minners

	Werkt			Werkt niet		
	(Helemaal) niet belemmerd	Neutraal	(Zeer) belemmerd	(Helemaal) niet belemmerd	Neutraal	(Zeer) belemmerd
Lichamelijk	25%	21%	54%	4%	13%	83%
Psychisch	52%	29%	19%	23%	59%	19%
Uren	36%	28%	35%	16%	39%	45%

Mensen met een goede ervaren gezondheid hebben vaker het werk hervat. Met een regressieanalyse is vastgesteld dat de invloed van ervaren gezondheid belangrijker is voor de kans op werkhervatting dan het aantal beperkingen (§ 3.5).

Ervaren gezondheid hangt sterk samen met het aantal vastgestelde beperkingen: 35-minners met meer vastgestelde beperkingen hebben een betere ervaren gezondheid. Het aantal beperkingen biedt echter, zoals we al eerder hebben geconcludeerd, onvoldoende verklaring voor de kans op werkhervatting. Belangrijker is dat ervaren gezondheid meer omvat dan alleen de gezondheidsaspecten die van belang zijn voor het uitvoeren van werk. Uit onderzoek naar gezondheidsbeleving komt ook naar voren dat ervaren gezondheid samenhangt met onder andere de sociaaleconomische situatie (inkomen en opleiding), etniciteit en geslacht. Ervaren gezondheid omvat met andere woorden ook andere achterliggende factoren die van invloed kunnen zijn op de kans op werkhervatting.

De werkenden en niet-werkenden met een slechte ervaren gezondheid

Aangezien ervaren gezondheid een belangrijke verklaring biedt voor werkhervatting, is het zinvol de groepen werkende en niet-werkende 35-minners met een slechte ervaren gezondheid nader te bestuderen.

Ruim een derde van de werkloze 35-minners (37%) heeft een slechte tot zeer slechte ervaren gezondheid. Het aandeel werkende 35-minners met een slechte tot zeer slechte ervaren gezondheid is kleiner. Twaalf procent van de werkende 35-minners heeft een slechte tot zeer slechte ervaren gezondheid.

Hoewel het gemiddeld aantal beperkingen van werkende 35-minners met een (zeer) slechte ervaren gezondheid lager is (11,3) dan dat van niet-werkende 35-minners (13,3) met een slechte ervaren gezondheid biedt het aantal beperkingen zoals eerder is vastgesteld onvoldoende verklaring voor het al dan niet hervatten van werk. Verschillen in sociaaleconomische kenmerken zoals inkomen en opleiding blijken een belangrijke verklaring te bieden voor het al dan niet hervatten van werk. Het inkomen op het moment van de ziekmelding en het opleidingsniveau van werkende en niet-werkende 35-minners met een slechte ervaren gezondheid blijken sterk van elkaar te verschillen.

Niet-werkende 35-minners met een slechte ervaren gezondheid hebben in vergelijking met werkende 35-minners met eveneens een slechte ervaren gezondheid een lager opleidingsniveau en hadden voor de ziekmelding een lager inkomen. Van de niet-werkende 35-minners met een slechte ervaren gezondheid heeft 50 procent alleen basisonderwijs of vmbo, tegenover een 35 procent van de werkende 35-minners met een (zeer) slechte ervaren gezondheid (tabel B3.2). Hetzelfde geldt voor de hoogte van het inkomen. Niet-werkende 35-minners met een slechte ervaren gezondheid hadden ten tijde van de WIA-beoordeling vaker een laag inkomen (56%) dan de werkende 35-minners met een slechte ervaren gezondheid (30%) (tabel B3.3).

Een slechte ervaren gezondheid alleen lijkt hiermee geen belemmering voor werkhervatting te zijn, maar juist een slechte ervaren gezondheid in combinatie met een lage opleiding en een laag inkomen ten tijde van de WIA-beoordeling.

De niet-werkende 35-minners met slechte ervaren gezondheid zijn op basis van het bovenstaande te typeren als een kwetsbare groep. De belangrijkste verschillen met andere 35-minners zijn dat niet-werkende 35-minners met slechte ervaren gezondheid:

- gemiddeld genomen lager opgeleid zijn;
- ten tijde van de ziekmelding een lager inkomen hadden dan andere 35-minners;
- gemiddeld meer beperkingen hebben.

Of een slechte gezondheidsbeleving de oorzaak is van het feit dat deze groep 35-minners niet werkt, of juist een gevolg is van het feit dat deze groep niet werkt, is uit de onderzoeksuitkomsten niet onomstotelijk vast te stellen.

Gezien het bovenstaande is het aannemelijk dat dit deel van de 35-minners vanwege hun slechtere uitgangspositie (lagere opleiding en een groter aantal beperkingen) minder kansen hebben om weer aan het werk te komen of daarbij meer ondersteuning nodig hebben dan andere 35-minners.

Het aandeel niet-werkende 35-minners met een (zeer) slechte ervaren gezondheid in dit onderzoek is dertien procent van de totale groep 35-minners (tabel B3.1). Ongeveer de helft van hen heeft daarnaast ook een lage opleiding en/of een laag inkomen (tabel B3.2 en B3.3). De groep 35-minners die in dit onderzoek als kwetsbare groep wordt getypeerd, omvat daarmee ongeveer zeven procent van de totale groep 35-minners in dit onderzoek.

Goede ervaren gezondheid en werkhervatting

Een deel van de 35-minners heeft een goede ervaren gezondheid. Dit zijn overwegend werkende 35-minners, die bij de eigen werkgever het werk hebben hervat en hetzelfde aantal uren werken als voorheen. Deze 35-minners, ongeveer een kwart van de totale responsgroep, ondervinden na de WIA-beoordeling blijkbaar geen problemen om aan het werk te blijven of dit werk te hervatten.

De niet-werkende 35-minners met een goede ervaren gezondheid (minder dan 6% van de totale responsgroep) zijn er ondanks hun goede ervaren gezondheid niet in geslaagd het werk te hervatten. Deze 35-minners kunnen naar eigen zeggen werken en willen dit ook, maar werken nog niet. Het is onduidelijk wat de reden is voor het uitblijven van de werkhervatting. In vergelijking met niet-werkenden met een slechte ervaren gezondheid hebben zij een betere uitgangspositie. Zij zijn hoger opgeleid en hadden vaker een hoog inkomen op het moment van ziekmelding. Hun inkomen was echter wel lager dan dat van werkende 35-minners (tabellen B3.1 en B3.2).

Concluderend

Van de groep 35-minners wordt verondersteld dat het mensen zijn met lichte arbeidsbeperkingen. Voor alle 35-minners geldt dat bij de claimbeoordeling is vastgesteld dat zij mogelijkheden hebben om minimaal 65 procent van hun laatst verdiende loon te verdienen. Van de 35-minners in dit onderzoek is 65 procent er ook in geslaagd bij de eigen werkgever aan het werk te blijven of nieuw werk te vinden. Een groot deel van hen heeft al gewerkt tijdens de ziekteperiode. Ruim een derde werkt (nog) niet. In dit onderzoek hebben we proberen vast te stellen in hoeverre de vastgestelde belastbaarheid en de ervaren belastbaarheid of gezondheid een verklaring zijn voor het al dan niet hervatten van werk. In dit laatste onderdeel van deze conclusie komen we terug op de hoofdvraag van het onderzoek:

Wat is de invloed van de vastgestelde belastbaarheid en de ervaren belastbaarheid voor werk op werkhervatting na afwijzing van de WIA-claim?

Uit het onderzoek komt naar voren dat een deel van de 35-minners een zwakke uitgangspositie heeft. Zij hebben een lage opleiding en een laag inkomen ten tijde van de ziekmelding. Door de schattingssystematiek van de WIA (waarbij de resterende verdien capaciteit wordt bepaald met behulp van functies die voorkomen op de Nederlandse arbeidsmarkt), kunnen zij met relatief veel beperkingen minder dan 35 procent arbeidsongeschikt worden bevonden. De 35-minners met deze zwakke uitgangspositie

hebben minder vaak het werk hervat.

De vastgestelde belastbaarheid vertoont weliswaar samenhang met de kans op werkhervatting: hoe meer beperkingen, hoe kleiner de kans op werkhervatting, maar biedt onvoldoende verklaring voor het feit dat de ene 35-minner er wel en de andere er niet in slaagt het werk te hervatten. Er zijn namelijk werkende 35-minners met veel en niet-werkende 35-minners met weinig beperkingen.

Uit het onderzoek blijkt dat de invloed van ervaren gezondheid belangrijker is voor de kans op werkhervatting dan de vastgestelde belastbaarheid. Een slechte ervaren gezondheid alleen blijkt echter ook geen belemmering voor werkhervatting. Twaalf procent van de werkende 35-minners heeft een slechte tot zeer slechte ervaren gezondheid. Dit onderzoek laat zien dat een laag inkomen ten tijde van de ziekmelding en een lage opleiding in combinatie met een slechte ervaren gezondheid een negatieve invloed op de kans op werkhervatting hebben. De 35-minners met een laag inkomen, een lage opleiding en een slechte ervaren gezondheid zijn daarmee te typeren als kwetsbare groep 35-minners, die wellicht intensieve ondersteuning nodig heeft om weer aan het werk te komen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

Sinds de invoering van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) eind 2005, geldt dat werknemers die minder dan 35 procent arbeidsongeschikt worden verklaard, geen recht hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. In het sociaal akkoord van het najaar van 2004 is afgesproken dat *‘voor de categorie werknemers met lichte arbeidsbeperkingen (35% of minder arbeidsongeschikt) op het niveau van de arbeidsorganisatie tot maatwerkoplossingen dient te worden gekomen’*.⁴ Het is echter de vraag of het in alle gevallen reëel is om dit van werkgevers en de desbetreffende werknemers te verwachten. Het is denkbaar dat werknemers met een beperkt verlies van verdien capaciteit niet meer geschikt zijn voor het eigen werk of ander werk binnen het bedrijf of dat werknemers weliswaar een beperkt verlies aan verdien capaciteit hebben, maar wel degelijk beperkingen ondervinden.

De Stichting van de Arbeid heeft het op zich genomen om de arbeidsmarktpositie van 35-minners te monitoren. Zij heeft hier in het najaar van 2006, 2007 en 2008 onderzoek naar laten doen door Regioplan Beleidsonderzoek. Uit de drie opeenvolgende onderzoeken bleek dat het in een steeds groter deel van de gevallen mogelijk was om voor de betrokken werknemers binnen de eigen arbeidsorganisatie dan wel elders tot een maatwerkoplossing te komen. 38 procent heeft echter twaalf maanden na de claim nog geen baan.⁵ In de onderzoeken was de (ervaren) gezondheid steeds een van de belangrijke verklarende factoren voor het al dan niet hebben van werk.

In aanvulling op deze onderzoeken heeft de Stichting van de Arbeid de Raad voor Werk en Inkomen gevraagd om een onderzoek te laten uitvoeren dat inzicht geeft in de relatie tussen de (ervaren) belastbaarheid en de kans op werkhervatting. De achtergrond hiervan is dat in de praktische conclusies en aanbevelingen die de Stichting van de Arbeid op 6 maart 2008 heeft uitgebracht, wordt gesteld dat er binnen de categorie 35-minners werknemers met aanzienlijke arbeidsbeperkingen voorkomen. De relatie tussen (het uitblijven van) werkhervatting en vastgestelde dan wel ervaren belastbaarheid van 35-minners berust echter nog op veronderstellingen. Deze veronderstellingen vragen om een onderzoek waarbij niet zozeer de vraag naar de arbeidsmarktpositie van de groep 35-minners centraal staat, maar de relatie tussen (ervaren) belastbaarheid en werkhervatting.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat er een relatie is tussen gezondheidsbeleving, vastgestelde beperkingen en werkhervatting. Uit onderzoek van UWV blijkt dat er een samenhang is tussen de bij de WIA-beoordeling vastgestelde beperkingen en gezondheidsbeleving. Naarmate er meer beperkingen zijn vastgesteld, hebben zij een slechtere gezondheidsbeleving (UKV, 2009-1). Dit is op zich niet verwonderlijk. Opvallend is wel dat de gezondheidsbeleving bij werkenden veel meer in overeenstemming is met de vastgestelde beperkingen dan bij niet-werkenden (Ybema, J. F. & M. Evers, 2005). Met andere woorden: mensen zonder werk voelen zich vaker slechter dan werkenden met dezelfde beperkingen. Hieruit is op te maken dat er eveneens een relatie is tussen gezondheidsbeleving en vastgestelde beperkingen enerzijds en werkhervatting anderzijds. Het is de vraag of en in hoeverre deze conclusies ook gelden voor de groep 35-minners. Regioplan heeft hier in het najaar van 2009 onderzoek naar gedaan, waarvan in dit rapport

⁴ Zie: Verklaring van de in de Stichting van de Arbeid vertegenwoordigde centrale organisaties van werkgevers en van werknemers d.d. 5-11-2004 en de vervolgspraken die zijn gemaakt in de Werktop van het kabinet en de Stichting van de Arbeid d.d. 1-12-2005.

⁵ Slotboom, S. T. & C. van Horssen (2009) *35-min op weg naar werk, de arbeidsmarktpositie van 35-minners vanaf 2006*. Regioplan Beleidsonderzoek.

verslag wordt gedaan.

1.2 Doelstelling, probleemstelling en onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek is inzicht te verkrijgen in de relatie tussen belastbaarheid en de kans op werkhervatting van 35-minners. Daarbij is het van belang een onderscheid te maken tussen de ervaren belastbaarheid en de vastgestelde belastbaarheid. De centrale vraag van het onderzoek luidt dan ook als volgt:

Wat is de invloed van de vastgestelde belastbaarheid en de ervaren belastbaarheid voor werk of werkhervatting na afwijzing van de WIA-claim?

De centrale vragen zijn uitgewerkt in de volgende onderzoeksvragen:

- Welke vastgestelde beperkingen hebben de werknemers wier WIA-claim is afgewezen?
- Hoe ervaren werknemers wier WIA-claim is afgewezen hun belastbaarheid voor werk?
- Wat is de relatie tussen de vastgestelde belastbaarheid voor werk en de ervaren belastbaarheid voor werk?
- In hoeverre hangt de vastgestelde belastbaarheid voor werk samen met de kans op werkhervatting?
- In hoeverre is er een samenhang tussen de ervaren belastbaarheid voor werk en de kans op werkhervatting na afwijzing van de WIA-claim?
- Hoe beïnvloedt de relatie tussen vastgestelde belastbaarheid en ervaren belastbaarheid de kans op werkhervatting?

1.3 Operationalisering vastgestelde en ervaren belastbaarheid

In deze paragraaf gaan we in op de operationalisering van de centrale begrippen in dit onderzoek, namelijk vastgestelde en ervaren belastbaarheid en ervaren gezondheid. Voordat we daartoe overgaan, beschrijven we eerst de wijze waarop UWV de mate van arbeidsongeschiktheid van een cliënt bepaalt.

Box 1.1 Schattingssytematiek

De claimbeoordeling van de WIA bestaat uit een verzekeringsgeneeskundig deel en een arbeidsdeskundig deel.

Verzekeringsgeneeskundig onderzoek

Met een verzekeringsgeneeskundig onderzoek wordt in eerste instantie vastgesteld of de betrokkene het eigen werk zonder beperkingen kan uitvoeren. Als dit het geval is, wordt de betrokkene volledig arbeidsgeschikt bevonden en volgt er geen arbeidsdeskundig onderzoek.

Als de betrokkene zijn werk niet of niet volledig meer kan uitvoeren, stelt de verzekeringsarts vast of er nog benutbare mogelijkheden zijn. Als de betrokkene geen benutbare mogelijkheden heeft, wordt hij tachtig tot honderd procent arbeidsongeschikt bevonden en volgt ook geen arbeidsdeskundig onderzoek. Dit is bij de groep 35-minners niet aan de orde. Als er wel benutbare mogelijkheden zijn, stelt de verzekeringsarts aan de hand van de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML) vast wat de mogelijkheden en beperkingen zijn bij het verrichten van arbeid.

Arbeidsdeskundig onderzoek

In het arbeidsdeskundig onderzoek wordt de mate van arbeidsongeschiktheid vastgesteld. Daartoe wordt het maatmaninkomen per uur van betrokkene vergeleken met hetgeen hij met arbeid kan verdienen. Aan deze theoretische schattingsmethodiek ligt het uitgangspunt ten grondslag dat iemand alleen geschat kan worden op functies die voorkomen op de Nederlandse arbeidsmarkt en die hij met zijn beperkingen en mogelijkheden kan vervullen (zie MvT onder punt 4). Het maatmaninkomen is het inkomen per uur dat de betrokkene nog zou kunnen verdienen als hij niet arbeidsongeschikt was geworden. In de praktijk is dit vaak gelijk aan het laatst verdiende loon.

Om vast te stellen wat betrokkene nog met arbeid kan verdienen, zoekt de arbeidsdeskundige in een computersysteem dat informatie over zo'n 7000 gangbare functies in Nederland bevat (CBBS). Sinds de aanpassing van het schattingsbesluit in 2004 is het voldoende als de arbeidsdeskundige drie functies met minimaal drie arbeidsplaatsen per functie in het CBBS vindt, die de betrokkene gezien zijn beperkingen zou kunnen vervullen. Bij het zoeken naar functies houdt de arbeidsdeskundige rekening met de door de verzekeringsarts vastgestelde beperkingen en de opleiding en de ervaring van de werknemer. Bij de bepaling van hetgeen de betrokkene nog met arbeid kan verdienen, wordt in aanmerking genomen die algemeen geaccepteerde arbeid waarmee de betrokkene per uur het meest kan verdienen (art. 9 van het schattingsbesluit). Als er geen of onvoldoende geschikte functies worden gevonden, is de cliënt honderd procent arbeidsongeschikt op arbeidsdeskundige gronden.

Als er wel geschikte functies zijn, dan is het arbeidsongeschiktheidspercentage gelijk aan het procentuele verschil tussen het salaris dat de werknemer verdiende op het moment van de WIA-beoordeling (maatmaninkomen) en het salaris dat hij kan verdienen in de functies die hij volgens het arbeidsdeskundig oordeel kan uitvoeren.

Loon en de mate arbeidsongeschiktheid

De relatie tussen beperkingen en arbeidsgeschiktheid is minder eenduidig dan deze op het eerste gezicht lijkt. Belangrijke factoren die van invloed zijn op de hoogte van het arbeidsongeschiktheidspercentage zijn het inkomen van de werknemer op het moment van de beoordeling en het inkomen dat de werknemer, gegeven zijn beperkingen en opleiding en ervaring, na de beoordeling kan verdienen.

De ondergrens van het salaris is voor alle functies in Nederland het minimumloon. Functies onder het minimumloon komen niet voor in het CBBS. Als het laatstverdiende loon van een werknemer in de buurt ligt van het minimumloon, zal de verdien capaciteit minder kunnen dalen dan als het aanvangssalaris ver boven het minimumloon ligt. Als er geschikte functies in CBBS worden gevonden waarmee een werknemer minder dan minstens 65 procent van zijn laatstverdiende loon kan verdienen, krijgt hij geen WIA-uitkering. Als er voor een werknemer geschikte functies in CBBS gevonden worden, zullen mensen met een laag inkomen hiermee eerder minimaal 65 procent van hun oude loon kunnen verdienen dan mensen met een hoger loon. De consequentie hiervan is dat mensen met een laag inkomen eerder in de 35-mincategorie terechtkomen.

Vastgestelde belastbaarheid

De belastbaarheid van werknemers wier WIA-claim is afgewezen, is niet zonder meer vast te stellen. Wel is vast te stellen welke belemmeringen een werknemer ondervindt bij het functioneren in het algemeen en in een arbeidssituatie in het bijzonder.

Bij de WIA-beoordeling stelt de verzekeringsarts vast welke benutbare mogelijkheden een werknemer nog heeft. Dit gebeurt aan de hand van de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML). De FML bestaat uit zeventig items die betrekking hebben op verschillende domeinen van het functioneren.

Aan de hand van de door de verzekeringsarts ingevulde FML bepaalt een arbeidsdeskundige welke functies de betrokkene – gegeven de vastgestelde beperkingen – in staat wordt geacht uit te voeren. De FML is dus als het ware het spiegelbeeld van de belastbaarheid die door een verzekeringsarts wordt vastgesteld. In dit onderzoek gebruiken we de FML-scores als maat voor de vastgestelde belastbaarheid. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt naar de mate van belastbaarheid en het type beperkingen.

De mate van belastbaarheid wordt bepaald door te kijken naar het aantal vastgestelde beperkingen in de FML, waarbij ook rekening wordt gehouden met de ernst van de beperking. Naarmate een respondent meer beperkingen heeft of de beperkingen ernstiger zijn, is de schaalscore hoger en de belastbaarheid voor werk lager.

Het type beperking wordt vastgesteld door items uit de FML samen te nemen in schalen. In dit onderzoek worden drie typen beperkingen onderscheiden: psychische beperkingen, lichamelijke beperkingen en urenbeperkingen. In bijlage 1 wordt de schaalconstructie nader toegelicht.

De vastgestelde belastbaarheid van werknemers hoeft niets te zeggen over hun gezondheidsbeleving. Uit de eerdere onderzoeken die Regioplan heeft uitgevoerd voor de Stichting van de Arbeid blijkt dat gezondheidsbeleving een belangrijke factor is voor het al dan niet weer kunnen gaan werken. Ook in ander onderzoek is deze relatie aangetoond (zie onder andere Van Hooft et al., 2007; Van Deursen, 2006 en UWV, RUG, UMCG, 2009). Uit onderzoek van UWV blijkt dat wie zich vier maanden na de herbeoordeling goed voelt, op elk volgend peilmoment vaker aan het werk is (UKV 2009-1).

Ervaren gezondheid

Om de ervaren gezondheid vast te stellen, hebben we respondenten de volgende vraag voorgelegd: wat vindt u over het algemeen genomen van uw gezondheid?

Omdat de ervaren gezondheid enige tijd na de WIA-beoordeling is gemeten en omdat uit de literatuur blijkt dat werkhervatting en ervaren gezondheid elkaar wederzijds beïnvloeden, kunnen we in dit onderzoek niet vaststellen of de relatie tussen ervaren gezondheid en werkhervatting één kant op gaat of dat er sprake is van een tweezijdig verband.

Ervaren belastbaarheid

Naast ervaren gezondheid hebben we het in dit onderzoek over ervaren belastbaarheid. Bij het vaststellen van beperkingen tijdens de WIA-beoordeling wordt nagegaan in hoeverre deze een belemmering vormen voor het uitvoeren van betaald werk. In dit onderzoek sluiten we hierbij aan, door naast ervaren gezondheid ook ervaren belastbaarheid te gebruiken. Het begrip ervaren belastbaarheid is gebaseerd op de vraag: *Vindt u dat u gezien uw gezondheid in staat bent om te werken?*

Evenals bij de vastgestelde belastbaarheid onderscheiden we bij de ervaren belastbaarheid drie typen belemmeringen: psychische beperkingen, lichamelijke beperkingen en urenbeperkingen. Het type ervaren beperkingen wordt gemeten met de volgende vragen:

- Hoeveel uren per dag en hoeveel dagen per week bent u in staat om te werken?
- Vormen de onderstaande punten een belemmering bij het uitvoeren van betaald werk?
 - Lichamelijke gezondheid;
 - psychische gezondheid;
 - het aantal uren dat u kunt werken.

1.4 Onderzoeksverantwoording

De data voor de beantwoording van de onderzoeksvragen zijn verzameld met behulp van een literatuurstudie en een enquête onder 35-minners. Aan de respons op deze enquête zijn voorafgaand aan de analyse de FML-gegevens van de respondenten gekoppeld. In deze paragraaf gaan we in op de verschillende onderdelen van het onderzoek.

1.4.1 Literatuurstudie

Het onderzoek is gestart met een literatuurstudie naar de relatie tussen belastbaarheid/gezondheid en werk. Op basis van wetenschappelijke literatuur en voorafgaand onderzoek zijn hypothesen opgesteld over de relatie tussen ervaren en vastgestelde belastbaarheid en werkhervatting. Daarnaast zijn op basis van de literatuurstudie andere variabelen geselecteerd die van invloed zijn op werkhervatting en belastbaarheid. Op basis van de hypothesen zijn een analysekader en de vragenlijst ontwikkeld.

Om de invloed van de belastbaarheid op werkhervatting vast te stellen, hebben we, naast belastbaarheid en werkhervatting, de volgende concepten in de vragenlijst opgenomen.

- Persoonskenmerken: geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, etniciteit, kostwinnerschap, woonsituatie en kinderen (Van Horssen, 2009; Van der Burg & Van Deursen, 2008; Mallee & Putman, 2000; De Beer, 1996).
- Werksituatie voor ziekte: soort contract, aantal uur, inkomen, sector, perceptie van baan (Van Horssen, 2008).
- Re-integratiedienstverlening (Hoff & Jehoel Gijsbers 2003).
- Inkomen ten tijde van de WIA-beoordeling (Van Horssen en Van Doorn, 2007).

1.4.2 Schriftelijke vragenlijst

Met behulp van een vragenlijst is de ervaren belastbaarheid en werkhervatting van 35-minners in kaart gebracht. De vragenlijst is ontwikkeld op basis van de uitkomsten van de literatuurstudie.

De vragenlijst is verstuurd aan alle verzekerden die tussen 1 januari 2008 en 30 juni 2009 door UWV voor de WIA zijn beoordeeld en daarbij minder dan 35 procent arbeidsongeschikt zijn verklaard. De vragenlijst is op 18 september 2009 verstuurd. Dat betekent dat de tijd tussen de WIA-beoordeling en het invullen van de vragenlijst minimaal 3 en maximaal 21 maanden bedroeg. De vragenlijst bevatte een code waarmee UWV-gegevens over de vastgestelde belastbaarheid aan de respons konden worden gekoppeld.

In totaal zijn 6101 personen aangeschreven. Er zijn 1943 vragenlijsten teruggestuurd. 26 vragenlijsten zijn uit het responsbestand verwijderd, omdat de respondent naar eigen zeggen meer dan 35 procent arbeidsongeschikt is en derhalve niet tot de onderzoekspopulatie behoort. Verder zijn er 114 vragenlijsten uit het responsbestand verwijderd, omdat de respondent minder dan twintig procent van de vragen heeft beantwoord. De nettorespons komt daarmee op 1803 vragenlijsten en bedraagt dertig procent van het aantal verzonden vragenlijsten.

Op basis van geslacht, leeftijd en de schaalscores hebben we de representativiteit vastgesteld. In tabel 1.1 wordt hiervan een overzicht gegeven.

Tabel 1.1 Percentage mannen en vrouwen

	Samenstelling steekproef n=6101	Samenstelling respons n=1803
<i>Geslacht</i>		
Man	42%	42%
Vrouw	58%	58%
<i>Leeftijd</i>		
15 - 24 jaar	1%	1%
25 - 34 jaar	15%	11%
35 - 45 jaar	28%	24%
45 - 55 jaar	35%	39%
55 - 65 jaar	22%	25%
<i>Vastgestelde belastbaarheid</i>		
Totaal aantal beperkingen	9,0	9,7
Schaalwaarde totaal aantal beperkingen	6,0	6,4
Aantal psychische beperkingen	2,0	1,8
Schaalwaarden psychische beperkingen	1,5	1,4
Aantal lichamelijke beperkingen	7,0	7,9
Schaalwaarden lichamelijke beperkingen	4,5	5,1
Aantal urenbeperkingen	0,6	0,7
Schaalwaarden urenbeperkingen	0,4	0,4

De samenstelling van de respons op geslacht is representatief voor de steekproef. Respondenten die ouder zijn dan 45, zijn in de respons licht oververtegenwoordigd ten opzichte van de steekproef. Ook hebben de respondenten iets meer lichamelijke beperkingen en als gevolg daarvan een hoger totaal aantal beperkingen dan de steekproefgroep. De afwijkingen zijn echter beperkt van omvang en daarom wordt de respons niet gewogen.

1.5 Leeswijzer

In het vervolg van dit rapport doen we verslag van de uitkomsten van het onderzoek. In hoofdstuk 2 geven we allereerst een beschrijving van de onderzoeksgroep, waarbij we ingaan op de achtergrondkenmerken en werksituatie van de respondenten. In hoofdstuk 3 gaan we in op de vraag in hoeverre vastgestelde belastbaarheid en ervaren gezondheid de kans op werkhervatting beïnvloeden. In hoofdstuk 4 gaan we nader in op de belastbaarheid van werkloze 35-minners. In hoofdstuk 5 doen we dit voor de werkende 35-minners.

2 Beschrijving onderzoeksgroep

2.1 Inleiding

De focus van het onderzoek ligt op de vraag in hoeverre de ervaren gezondheid dan wel belastbaarheid en de vastgestelde belastbaarheid van invloed zijn op de kans op werkhervatting van 35-minners. Werkende en niet-werkende 35-minners blijken ook op andere kenmerken van elkaar te verschillen. In dit hoofdstuk beschrijven we daarom eerst de onderzoeksgroep, waarbij we een onderscheid maken tussen werkende en niet-werkende 35-minners.

In de eerstvolgende paragraaf beschrijven we de werksituatie van de 35-minners van ziekmelding tot WIA-beoordeling. Vervolgens gaan we in paragraaf 2.3 in op de situatie na de WIA-beoordeling. Paragraaf 2.4 gaat over de re-integratie van werkende en niet-werkende 35-minners. In paragraaf 2.5 worden de werkende en niet-werkende 35-minners uit dit onderzoek beschreven aan de hand van hun achtergrondkenmerken. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvattende paragraaf.

2.2 Van ziekmelding tot WIA-beoordeling

In deze paragraaf gaan we in op de werksituatie van de 35-minners voor ziekmelding en gedurende de ziekteperiode.

2.2.1 Werksituatie voor ziekmelding

Bijna alle 35-minners (94%) hadden voor ziekmelding een vast contract. Dit heeft te maken met het feit dat de vangnetgevallen⁶ in dit onderzoek buiten beschouwing zijn gelaten. Vangnetgevallen maken geen deel uit van dit onderzoek, omdat de loondoorbetaling en re-integratie niet onder de verantwoordelijkheid vallen van de sociale partners, maar van UWV.

Ongeveer driekwart (72%) van de werknemers werkte voor de ziekmelding meer dan 24 uur per week.

Tabel 2.1 Omvang van het dienstverband voor ziekmelding

	Frequentie	Percentage
1-8 uur	30	2%
9-16 uur	181	10%
17-24 uur	303	17%
25-32 uur	332	19%
33-40 uur	934	53%
Totaal	1780	100%

2.2.2 Werksituatie gedurende de ziekteperiode

Na ziekmelding is de werkgever gedurende twee jaar verantwoordelijk voor de loondoorbetaling en de re-integratie van de werknemer. Een zieke werknemer kan gedurende de ziekteperiode werken bij de eigen of bij een andere werkgever. Deze werkzaamheden kunnen in het teken staan van re-integratie en herstel. Het kan ook zo zijn dat de werknemer zich niet volledig ziek gemeld heeft en nog een deel van zijn of haar uren blijft werken. De meeste 35-minners (70%) hebben op enig moment gedurende de

⁶ Vangnetgevallen zijn werknemers die op het moment van de claimbeoordeling geen arbeidsovereenkomst met een werkgever (meer) hebben. Dit zijn bijvoorbeeld uitzendkrachten, langdurig zieke WW'ers of werknemers met een tijdelijk contract, waarbij het contract tijdens de ziekteperiode is afgelopen.

ziekteperiode gewerkt. Twee derde is aan het werk op het moment van de claimbeoordeling. Van de 35-minners die op het moment van het onderzoek niet werkten, heeft 41 procent een deel van de ziekteperiode gewerkt. Bij de werkende 35-minners is dit 86 procent.

Niet iedereen die tijdens de ziekteperiode werkt, doet dit tot aan de WIA-beoordeling. Een deel van de werknemers dat ten tijde van de WIA-beoordeling niet werkt, heeft wel gewerkt in de periode tussen ziekmelding en WIA-beoordeling. Het gaat in totaal om 79 respondenten (6,7%), waarvan meer dan de helft (52 respondenten) ook na de WIA-beoordeling niet werkt. Blijkbaar waren deze respondenten uiteindelijk niet in staat het werk tijdens de ziekteperiode vol te houden.

Zesentwintig procent van de 35-minners werkt op het moment van de WIA-beoordeling evenveel uren als voor ziekmelding. Dit is opmerkelijk, aangezien zij wel voor de WIA zijn beoordeeld. Het is mogelijk dat deze groep vlak voor de WIA-beoordeling weer volledig hersteld is, maar dat voor hen wel een WIA-beoordeling is aangevraagd. Het is ook mogelijk dat een deel van hen nog (gedeeltelijk) op arbeidstherapeutische basis werkt in het kader van hun re-integratie. Veertig procent werkt op het moment van de WIA-beoordeling minder uren dan voor de ziekmelding en 33 procent werkt in het geheel niet.

2.2.3 Bezwaar

Indien de werknemer gedurende de ziekteperiode herstelt en het werk volledig hervat bij de eigen of een andere werkgever, volgt geen claimbeoordeling. In de overige gevallen volgt een claimbeoordeling voor de WIA.

Bij alle deelnemers aan dit onderzoek is bij de WIA-beoordeling vastgesteld dat het verlies aan verdien capaciteit minder dan 35 procent is. Tweeënvijftig procent van de respondenten is het niet eens met deze uitslag. Zeventien procent van de respondenten heeft uiteindelijk bezwaar aangetekend tegen deze beslissing. Er is een kleine groep 35-minners (3 procent) die nog op de uitslag van de bezwaarprocedure wacht.

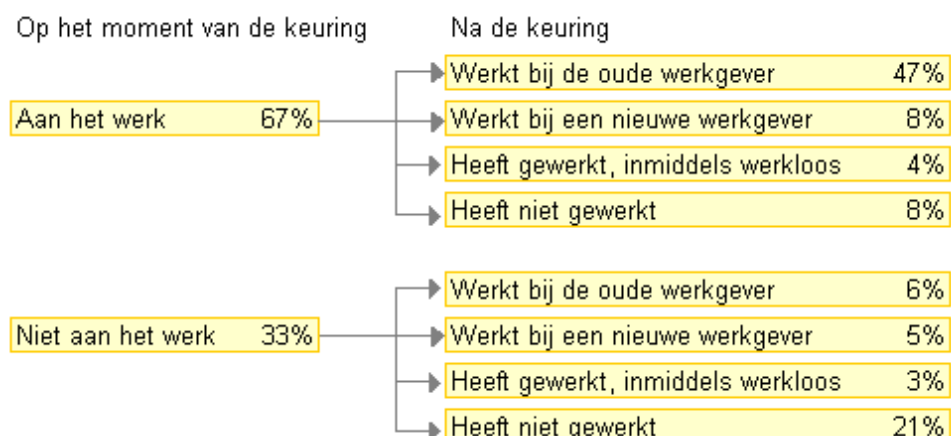
2.3 Werkhervatting

Voor de 35-mingroep geldt dat zij, gezien de uitslag van de WIA-beoordeling, in staat worden geacht te werken. Dit hoeft niet te betekenen dat zij ook het werk bij de eigen werkgever kunnen hervatten. Wanneer de werknemer na de eerste twee ziektejaren niet (gedeeltelijk) aan het werk is, kan de arbeidsovereenkomst, ongeacht de hoogte van het arbeidsongeschiktheidspercentage, worden beëindigd. UWV stelt daarbij als voorwaarde dat de werkgever voldoende inspanningen heeft verricht om de werknemer weer aan het werk te helpen. In deze paragraaf gaan we in op de werksituatie van de 35-minners na de WIA-beoordeling. Het is de vraag hoeveel 35-minners het werk wel en niet hebben hervat en of zij dit bij de eigen of een andere werkgever hebben gedaan.

2.3.1 Werk ten tijde van en na de WIA-beoordeling

Eerder in dit hoofdstuk is vermeld dat zeventig procent van de 35-minners gedurende de ziekteperiode heeft gewerkt. Op het moment van de WIA-beoordeling is 67 procent van de respondenten aan het werk. Zoals we al eerder hebben gesteld, houdt niet iedereen die tijdens de ziekteperiode werkt, dit vol tot aan de WIA-beoordeling. Er blijkt echter een duidelijk verband te zijn tussen werk tijdens de ziekteperiode en werkherhervatting na de WIA-beoordeling. Dit verband is weergegeven in figuur 2.1.

Figuur 2.1 Werksituatie ten tijde van de WIA-beoordeling en na de WIA-beoordeling (n=1685)



Ook uit eerder onderzoek van Regioplan onder 35-minners⁷ bleek dat 35-minners die na de WIA-beoordeling het werk hervatten, dit vooral bij de eigen werkgever doen. Uit deze onderzoeken kwam ook naar voren dat werkhervatters in de periode voor de WIA-beoordeling vaker hadden gewerkt dan de 35-minners die het werk niet hadden hervat. Dit beeld wordt in de bovenstaande figuur nogmaals bevestigd.

Van de totale onderzochte groep is 65 procent na de WIA-beoordeling aan het werk. Tweeënvijftig procent van alle 35-minners in dit onderzoek werkt bij de werkgever waar men zich ziek heeft gemeld. Deze werknemers zijn na de WIA-beoordeling bij deze werkgever blijven werken. Dertien procent van de 35-minners heeft een andere werkgever gevonden.

Bij de 35-minners waar de WIA-beoordeling verder in het verleden ligt, is het aandeel 35-minners dat het werk heeft hervat groter dan bij de 35-minners bij wie de WIA-beoordeling minder dan zes maanden geleden heeft plaatsgevonden (tabel 2.2).

Tabel 2.2 Percentage werkende naar tijdstip van de claimbeoordeling

	1 - 6 maanden (n=546)	6 - 12 maanden (n=524)	12 - 18 maanden (n=436)
Werkt bij oude werkgever	54%	54%	50%
Werkt bij nieuwe werkgever	9%	12%	18%
Heeft gewerkt, nu niet meer	4%	6%	9%
Heeft niet gewerkt	33%	28%	23%
	100%	100%	100%

Drieënzestig procent van de 35-minners die één tot zes maanden geleden zijn beoordeeld, heeft het werk hervat. Als de beoordeling twaalf tot achttien maanden geleden heeft plaatsgevonden, heeft 68 procent het werk hervat. Dit betekent dat een deel van de 35-minners die direct na de WIA-beoordeling niet werken, er later alsnog in slaagt het werk te hervatten. De groep werknemers die het werk hervat bij een nieuwe werkgever is groter naarmate de beoordeling langer geleden heeft plaatsgevonden. Dit komt waarschijnlijk

⁷ Zie: Van Horssen en Van Doorn (2007) *Minder dan 35% arbeidsongeschikt: blijven werken of toch niet?* en Van Horssen (2008) *Geen WIA, wel werk? Vervolgmeting van het onderzoek naar de re-integratie van werknemers die minder dan 35 procent arbeidsongeschikt zijn verklaard.*

doordat werknemers die het werk niet bij hun oude werkgever kunnen hervatten alsnog elders aan het werk gaan. Een andere mogelijkheid is dat werknemers in de periode tussen WIA-beoordeling en het moment van meting van baan zijn veranderd.

Het aandeel 35-minners dat na de WIA-beoordeling heeft gewerkt maar later alsnog werkloos is geworden, is groter bij de 35-minners bij wie de WIA-beoordeling verder in het verleden ligt.

2.3.2 Omvang dienstverband werkhervatters

Het grootste deel van de werkende 35-minners werkt op het moment van het onderzoek 25 uur of meer. In tabel 2.3 is de omvang van het huidige dienstverband weergegeven. Zestien procent van de werknemers werkt minder dan zestien uur per week. Ongeveer een derde van de werknemers heeft een dienstverband van 33 uur of meer.

Tabel 2.3 Omvang dienstverband na WIA-beoordeling

	Frequentie	Percentage
1-8 uur	41	4%
9-16 uur	127	12%
17-24 uur	238	22%
25-32 uur	294	28%
33-40 uur	369	35%
Totaal	1069	100,0

Zevenenveertig procent van de 35-minners werkt in de huidige functie minder uren dan in de vorige baan. (Het grootste deel (28%) werkt één tot acht uur minder, negentien procent is meer dan acht uur minder gaan werken.) Vierenveertig procent van de 35-minners werkt ongeveer evenveel als voor ziekmelding. Negen procent werkt op dit moment meer uren.

Vijfendertig procent van de 35-minners is werkloos. Zeven procent (van de totale responsgroep) heeft sinds de claimbeoordeling gewerkt, maar heeft deze baan niet behouden. Achtentwintig procent van de 35-minners heeft sinds de claimbeoordeling helemaal niet meer gewerkt.

2.3.3 Beëindiging dienstverband

Bijna de helft (47%) van de respondenten werkt niet meer bij de oude werkgever. In tabel 2.4 is weergegeven op welke wijze het dienstverband van deze 35-minners is beëindigd.

Tabel 2.4 Reden einde dienstverband (n=1139)

	Frequentie	Percentage
Ontslagen voor ik een nieuwe baan had	576	73%
Ontslag genomen voor ik een nieuwe baan had	17	2%
Ontslag genomen omdat ik een nieuwe baan had	88	11%
Contract liep af en is niet verlengd	80	10%
Pensioen	6	1%
Faillissement	16	2%
Anders namelijk	7	1%
Totaal	790	100%
Missende waarde	43	

De meeste 35-minners zijn ontslagen voordat ze een nieuwe baan hebben gevonden. In de meeste gevallen volgt het ontslag onmiddellijk op het aflopen van de ziekteperiode. Tien procent van de werknemers heeft ontslag genomen omdat ze een nieuwe werkgever hebben gevonden. In tien procent van de gevallen liep het contract van de werknemer af en zijn de werkgever en de werknemer daarna uit elkaar gegaan. We mogen aannemen dat het hier gaat om werknemers met een tijdelijk contract dat pas na de WIA-beoordeling is afgelopen. De werknemers van wie het contract tijdens de ziekteperiode is afgelopen en niet is verlengd, behoren tot de vangnetgevallen. Zij zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

2.4 Re-integratie

In deze paragraaf beschrijven we de hulp die 35-minners hebben gekregen bij re-integratie. We maken bij deze beschrijving onderscheid tussen werkenden en niet-werkenden.

Aan de respondenten is gevraagd of zij gebruik hebben gemaakt van een re-integratietraject of -instrument. Ruim de helft van de totale responsgroep (52%) heeft hiervan gebruikgemaakt. Twaalf procent is momenteel bezig met re-integratie en vier procent gaat een traject volgen. Dertig procent heeft geen traject gevolgd en gaat dat in de toekomst ook niet doen.

Werkende 35-minners hebben vaker het traject al afgerond (58%) dan niet-werkende 35-minners (41%). Niet-werkende 35-minners zijn vaak nog bezig met een re-integratietraject (29%). De verklaring hiervoor is gelegen in het feit dat niet-werkende 35-minners in veel gevallen een WW-uitkering ontvangen en vanuit die situatie door UWV worden geholpen bij re-integratie.

Aan de respondenten die gebruik hebben gemaakt van een traject of instrument is gevraagd wie heeft geholpen bij de re-integratie (tabel 2.4). De meeste 35-minners zonder werk geven aan dat zij hulp van UWV krijgen of hebben gekregen. Ook dit valt te verklaren door het feit dat zij na de claimbeoordeling in veel gevallen een WW-uitkering ontvangen. Bij de werkende is de hulp in de meeste gevallen intern georganiseerd en ondersteunt de werkgever of de bedrijfsarts de werknemer. Een kwart van de werkende 35-minners is ondersteund door een re-integratiebedrijf.

Tabel 2.5 Wie helpt of heeft geholpen bij de terugkeer naar werk? (n = 1139)⁸

	Werk (n=681)	Geen werk (n=431)
Werkgever	51%	27%
Bedrijfsarts	43%	6%
UWV	14%	42%
Re-integratiebedrijf	26%	3%
Omgeving	17%	8%
Gemeente	1%	4%
Anders	17%	9%

Bij 55 procent van de werkende 35-minners is een werkaanpassing toegepast om terugkeer naar werk mogelijk te maken. In tabel 2.6 is weergegeven om welke werkaanpassingen het gaat. De aanschaf van hulpmiddelen komt relatief weinig voor, vaker krijgt de terugkerende

⁸ Respondenten konden meerdere antwoorden aankruisen. Daarom tellen de percentages niet op tot honderd procent.

werknemer de mogelijkheid om korter te werken of te werken in een lager tempo dan gebruikelijk. Ook het weglaten van taken, het zelf indelen van het werk en ondersteuning van collega's komen relatief vaak voor.

Tabel 2.6 Werkaanpassingen (n=681)

	Percentage ja
Korter werken	37%
Weglaten van taken	35%
Zelf het werk mogen indelen	34%
Hulp van collega's	31%
Lager werktempo dan gebruikelijk	28%
Roosteraanpassingen	23%
Arbeidstherapeutisch werken	17%
Aanschaf van hulpmiddelen	16%
Andere pauzeregeling	13%
Telewerken	7%

2.5 Achtergrondkenmerken

In deze paragraaf beschrijven we de onderzoeksgroep aan de hand van de kenmerken opleiding, samenstelling van het huishouden, etniciteit en inkomen. De tabellen waar dit hoofdstuk op is gebaseerd vindt u in bijlage 3.

Geslacht

Drieënveertig procent van de respondenten is man. Mannen hebben vaker het werk hervat dan vrouwen. Zeventig procent van de mannen en zestig procent van de vrouwen heeft het werk hervat.

Leeftijd

De meeste 35-minners (73%) zijn tussen de veertig en zestig jaar oud. Achttien procent is dertig tot veertig jaar oud. De gemiddelde leeftijd van de mensen die deelnemen aan dit onderzoek is overigens gemiddeld iets hoger dan de gemiddelde leeftijd van de totale groep 35-minners.

In alle leeftijdsklassen heeft ongeveer twee derde van de 35-minners het werk hervat. Er doet zich één uitzondering voor op dit patroon. Het percentage werkhervattingen van mensen die ouder zijn dan zestig ligt net onder de vijftig procent.

Opleiding

Een opleiding op vmbo- of mbo-niveau komt het meeste voor (64%). Daarnaast heeft twintig procent van de 35-minners een hbo- of universitaire opleiding afgerond.

Er is een duidelijke relatie tussen opleidingsniveau en het hebben van werk. Naarmate het opleidingsniveau stijgt, neemt het percentage 35-minners dat aan het werk is toe. Tweeënveertig procent van de 35-minners met alleen basisonderwijs is aan het werk. Het percentage werkenden onder 35-minners met een vmbo-opleiding is 56 procent. Van de mensen met een hbo- of een universitaire opleiding is 78 procent aan het werk.

Tabel 2.7 Werkhervatting naar opleidingsniveau

Opleidingsniveau	Werkt niet (n=607)	Werkt (n=1108)	Totaal (n=1715)
Basisonderwijs niet afgerond (n=11)	55%	45%	100%
Basisonderwijs (n=123)	58%	42%	100%
Vmbo (n=392)	44%	56%	100%
Mbo (n=707)	34%	66%	100%
Havo/vwo (n=136)	29%	71%	100%
Hbo (n=258)	23%	77%	100%
Wo (n=88)	22%	78%	100%
Totaal	35%	65%	100%

Etniciteit

Het percentage 35-minners met een allochtone achtergrond⁹ is zestien procent. De meeste van deze 35-minners komen uit een van de vier grootste allochtone groepen: Marokkanen, Turken, Surinamers en Antillianen. Allochtone 35-minners hervatten minder vaak het werk dan autochtonen, respectievelijk 54 en 67 procent van deze groepen is aan het werk.

Samenstelling huishouden

Driekwart van de 35-minners is gehuwd of samenwonend. Zeven procent is alleenwonend met kinderen en zeventien procent is alleenwonend. Alleenstaanden met kinderen blijven wat betreft werkherhvatting achter bij de andere groepen. Van de alleenwonenden is zestig procent aan het werk en van de samenwonenden 65 tot 69 procent. Alleenstaande 35-minners met kinderen hebben in de helft van de gevallen het werk hervat.

Inkomen

Het maatmanloon geeft weer wat werknemers verdienen op het moment dat zij als zieke werknemer bij UWV worden geregistreerd. Het gemiddelde bruto-uurloon van de 35-minners in dit onderzoek bedraagt € 15,39. Het laagste uurloon bedraagt € 8,27, het hoogste € 48,66. Een inkomen tussen de tien en vijftien euro per uur is het meest gebruikelijk (48%). Dertig procent verdient tussen de vijftien en twintig euro per uur. Ter vergelijking: Het minimumloon voor werkenden van 23 jaar en ouder bedroeg op 1 juli 2008 € 7,83 bij een werkweek van veertig uur.¹⁰ Het maximumdagloon bedroeg op dat moment € 185,46¹¹.

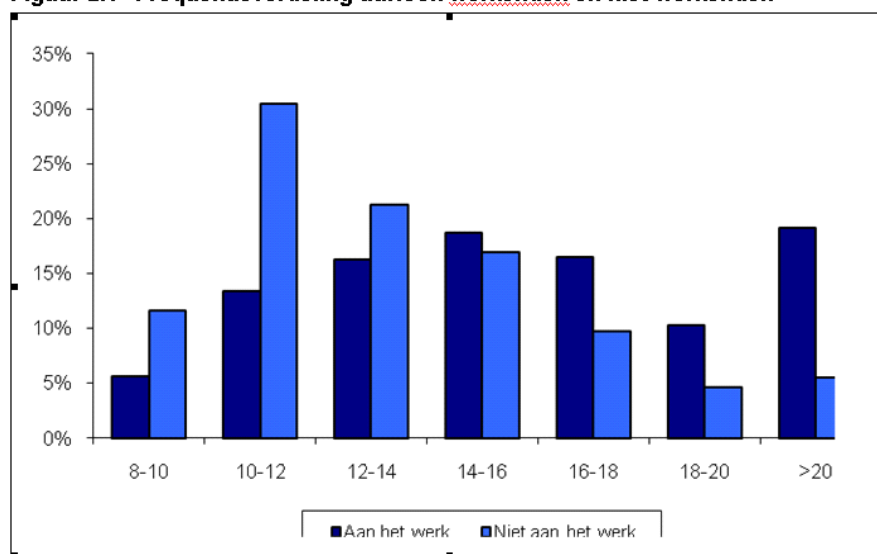
Er is een duidelijke relatie tussen inkomen en werkherhvatting. Werkende 35-minners hebben een hoger salaris dan niet-werkende 35-minners. Werkenden verdienen voor de uitval gemiddeld € 16,57 en niet-werkenden € 13,51. In figuur 2.1 is het uurloon voor werkenden en niet-werkenden weergegeven.

⁹ Het gaat om mensen die zelf of waarvan één van de ouders in het buitenland is geboren.

¹⁰ Bron: www.szw.nl.

¹¹ Bron: www.uwv.nl.

Figuur 2.1 Frequentieverdeling uurloon werkenden en niet-werkenden



Tot slot hebben we gevraagd of het inkomen (in de vorm van salaris of uitkering) van de 35-minners noodzakelijk is om hun huishouden financieel rond te laten komen. Tachtig procent van alle 35-minners in dit onderzoek beantwoordt deze vraag bevestigend. Het percentage niet-werkende en werkende 35-minners voor wie het inkomen financieel noodzakelijk is, is ongeveer gelijk.

2.6 Samengevat

In dit hoofdstuk hebben we de groep 35-minners beschreven aan de hand van enkele achtergrondkenmerken en hun werksituatie voor en na de WIA-beoordeling. Hieruit komt een aantal voor dit onderzoek interessante kenmerken en groepen naar voren.

Vrijwel alle 35-minners hadden voor ziekmelding een vast contract. Meer dan de helft (53%) van hen werkte meer dan 32 uur.

In september 2009 werkt 65 procent van de 35-minners. De meeste werknemers blijven aan het werk bij de eigen werkgever (53%), dertien procent is aan het werk bij een nieuwe werkgever. Vijfendertig procent is in september 2009 werkloos. Zeven procent heeft na de WIA-beoordeling gewerkt, maar is inmiddels werkloos en 28 procent heeft na de WIA-beoordeling helemaal niet meer gewerkt.

Ruim de helft van de 35-minners geeft aan dat zij gebruik hebben gemaakt van een re-integratietraject of -instrument. Werkende 35-minners hebben vaker een re-integratietraject afgerond dan niet werkende 35-minners. (Bij de niet-werkende 35-minners loopt in bijna een derde van de gevallen het traject nog.) Niet-werkende 35-minners geven vooral aan dat zij door UWV geholpen zijn bij hun re-integratie. Hier gaat het zeer waarschijnlijk om de re-integratie na de WIA-beoordeling vanuit de WW.

Werkende en niet-werkende 35-minners verschillen op een aantal achtergrondkenmerken van elkaar. Mannen hebben vaker het werk hervat dan vrouwen. De 35-minners met een lage opleiding werken minder vaak dan de 35-minners met een hoge opleiding. Hetzelfde geldt voor inkomen: 35-minners met een laag inkomen werken minder vaak. Allochtone 35-minners hebben minder vaak het werk hervat dan autochtone 35-minners. Tot slot is er ook nog een verschil tussen alleenstaanden met kinderen en andere 35-minners. Deze eerste groep heeft minder vaak het werk hervat.

In de volgende hoofdstukken gaan we in op de ervaren belastbaarheid dan wel gezondheid en de vastgestelde belastbaarheid van werkende en niet-werkende 35-minners.

3 Werkhervatting en belastbaarheid

3.1 Inleiding

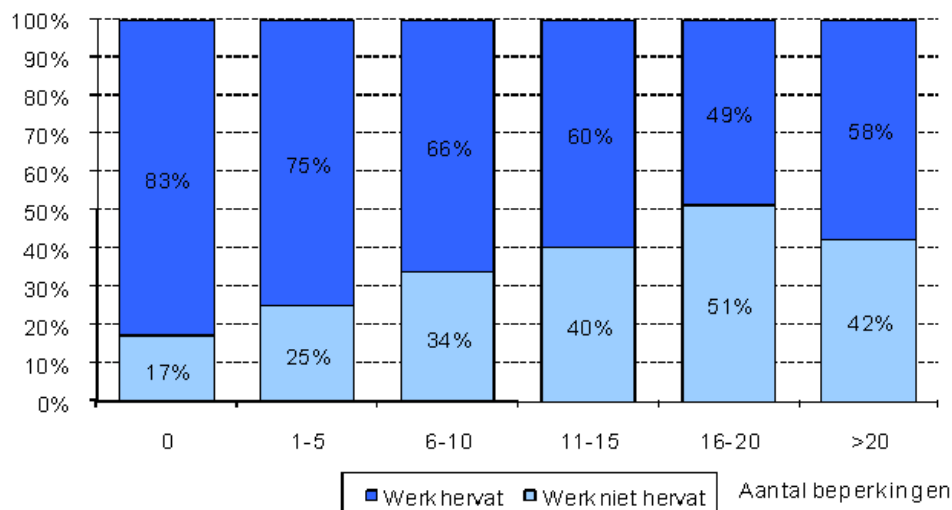
In principe worden 35-minners in staat geacht om te werken. Zoals we in hoofdstuk 2 hebben geconstateerd, werkt een deel van de 35-minners niet. In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag in hoeverre de kans op werkherhvatting wordt beïnvloed door het aantal vastgestelde belemmeringen dan wel de ervaren gezondheid.

De eerstvolgende paragraaf gaat over de relatie tussen vastgestelde belastbaarheid en werkherhvatting. In paragraaf 3.3 komt de relatie tussen ervaren gezondheid en werkherhvatting aan de orde. We werken in dit hoofdstuk niet met het begrip ervaren belastbaarheid, omdat ervaren belastbaarheid geen relevant begrip is voor werkherhvatting. Ervaren belastbaarheid wordt gemeten met de vraag 'vindt u dat u – gezien uw gezondheid – in staat bent om te werken?'. Voor de werkende 35-minners ligt het voor de hand dat zij zich vrijwel allemaal in staat achten te werken. In paragraaf 3.4 beantwoorden we de vraag hoe de relatie tussen vastgestelde belastbaarheid en ervaren gezondheid de kans op werkherhvatting beïnvloedt. We sluiten het hoofdstuk af met een samenvatting en conclusie in paragraaf 3.5.

3.2 Vastgestelde belastbaarheid en werkherhvatting

In deze paragraaf gaan we in op de vraag of er een samenhang is tussen vastgestelde belastbaarheid en de kans op werkherhvatting. Werkende 35-minners hebben gemiddeld minder vastgestelde beperkingen (9,5) dan werkloze 35-minners (11,4). In figuur 3.1 is de relatie tussen de vastgestelde belastbaarheid en werkherhvatting grafisch weergegeven.

Figuur 3.1 Relatie tussen vastgestelde belastbaarheid en werkherhvatting (n=1715)



Uit figuur 3.1 blijkt dat het aandeel werkende 35-minners afneemt naarmate het aantal vastgestelde beperkingen toeneemt. Op basis van de verschillen tussen werkenden en niet-werkenden lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat het aantal vastgestelde belemmeringen van invloed is op de kans op werkherhvatting. Uit de literatuurstudie blijkt echter dat ook

andere factoren dan vastgestelde belastbaarheid (zoals bijvoorbeeld de samenstelling van het huishouden en de inzet van re-integratie-instrumenten) van invloed zijn op werkhervatting. Door middel van een regressieanalyse hebben we onderzocht of de relatie tussen de vastgestelde belastbaarheid en werkhervatting standhoudt als er voor deze factoren wordt gecorrigeerd.¹²

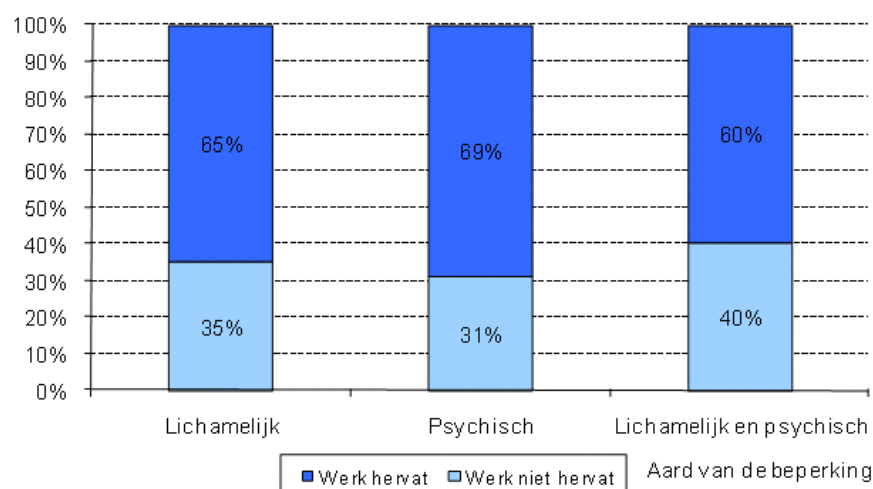
Uit de analyse blijkt dat de vastgestelde belastbaarheid inderdaad van invloed is op de kans om het werk te hervatten. Naarmate de belastbaarheid groter is, neemt de kans op werkhervatting toe. Er zijn echter ook andere variabelen die de kans op werkhervatting beïnvloeden. Alleenstaanden en werknemers met thuiswonende kinderen (tot twaalf jaar) hebben een kleinere kans om het werk te hervatten. De invloed van dit laatste kenmerk blijkt overigens in de regressieanalyse, waarbij ook ervaren gezondheid wordt opgenomen, weg te vallen (zie paragraaf 3.5). Mensen met een hoger uurloon ten tijde van de WIA-beoordeling en mensen die een re-integratietraject hebben afgerond, hebben juist een grotere kans om het werk te hervatten.

3.3 Aard van de vastgestelde beperking en werkhervatting

In deze paragraaf toetsen we de hypothese dat mensen met een combinatie van lichamelijke en psychische beperkingen minder vaak het werk hervatten dan mensen met uitsluitend lichamelijke of psychische problemen.

In figuur 3.2 wordt eerst een beeld geschetst van de mate van werkhervatting van de verschillende groepen. Het is op basis van deze figuur niet eenduidig vast te stellen of de aard van de beperking van invloed is op de mate van werkhervatting. Zestig procent van de mensen met een combinatie van lichamelijke en psychische problemen heeft het werk hervat. Indien er enkel sprake is van lichamelijke of psychische problemen ligt het percentage werkhervatters op respectievelijk 65 en 69 procent.

Figuur 3.2 Relatie tussen vastgestelde belastbaarheid en werkhervatting (n=1656)



¹² De tabel met de resultaten van de regressieanalyse staat in bijlage 2.

Om vast te stellen of er een relatie is tussen de aard van de vastgestelde beperking en werkhervatting hebben we een logistische regressieanalyse uitgevoerd. Hierin wordt de mate van werkhervatting van mensen met enkel een lichamelijke of psychische beperking vergeleken met de mate van werkhervatting van mensen die zowel lichamelijke als psychische problemen ondervinden. Het aantal beperkingen is eveneens in de analyse opgenomen. Mensen met een combinatie van lichamelijke en psychische belemmeringen hebben namelijk meer vastgestelde belemmeringen dan mensen met alleen psychische of lichamelijke belemmeringen. Het totaal aantal vastgestelde belemmeringen bedraagt respectievelijk 12,9 (lichamelijk + psychisch), 9,7 (lichamelijk) en 5,2 (psychisch).

Uit de analyse blijkt dat er een relatie is tussen de aard van de beperking en werkhervatting. Mensen met een lichamelijke of een psychische beperking hebben een grotere kans om het werk te hervatten dan mensen met een combinatie van lichamelijke en psychische beperkingen. Daarnaast blijkt ook uit deze analyse dat een hoger loon samengaat met een grotere kans op werkhervatting, evenals het afronden van een re-integratieinstrument of re-integratietraject. De kans op werkhervatting is kleiner indien de 35-minner alleenstaand is. De tabel met de resultaten van de analyse staat in bijlage 2.

3.4 Ervaren gezondheid en werkhervatting

In deze paragraaf staat de relatie tussen ervaren gezondheid en werkhervatting centraal. Daarbij toetsen we de volgende hypothese: *werkhervatters en werkbehouders hebben een betere ervaren gezondheid dan niet-werkhervatters.*

Tabel 3.2 Ervaren gezondheid voor werkende en niet-werkende 35-minners

	Werkt niet	Werkt wel
Zeer goed	1%	2%
Goed	16%	41%
Matig	46%	45%
Slecht	30%	10%
Zeer slecht	7%	2%
Totaal	100%	100%

Uit de analyse blijkt dat er een positieve relatie is tussen ervaren gezondheid en werkhervatting. Mensen die hun eigen gezondheid als (zeer) slecht beoordelen, hervatten minder vaak het werk dan mensen die hun gezondheid (zeer) goed vinden. Daarnaast zijn de al in paragraaf 3.3 genoemde factoren van invloed op de kans op werkhervatting.

3.5 Ervaren en vastgestelde belastbaarheid in relatie tot werkhervatting

In het voorgaande hebben we vastgesteld dat zowel ervaren als vastgestelde belastbaarheid positief samenhangt met de kans op werkhervatting. De vraag is hoe de relatie tussen ervaren en vastgestelde belastbaarheid de kans op werkhervatting beïnvloedt. In deze paragraaf gaan we in op deze vraag.

Met behulp van een regressieanalyse stellen we de invloed van ervaren gezondheid en vastgestelde belastbaarheid op werkhervatting vast. Ook alternatieve verklaringen voor werkhervatting zijn in de analyse opgenomen.¹³

Indien we gelijktijdig het effect van vastgestelde belastbaarheid en ervaren gezondheid op werkhervatting schatten, dan blijkt dat de invloed van vastgestelde belastbaarheid op werkhervatting vervalt als ook ervaren gezondheid in het model wordt opgenomen. Dat

¹³ De tabel met de resultaten van de regressieanalyse staat in bijlage 2.

betekent dat de ervaren gezondheid een belangrijkere verklaring is voor werkhervatting dan de vastgestelde belastbaarheid. Naarmate de ervaren gezondheid groter is, is de kans dat de 35-minner aan het werk is groter. Daarnaast blijkt ook het bruto uurloon op het moment van de WIA-beoordeling van invloed te zijn op de kans om het werk te hervatten. Ook hier is sprake van een positief verband. Naarmate het inkomen op het moment van de WIA-beoordeling hoger is, neemt de kans om het werk te hervatten toe. Mogelijk hebben of zien mensen met een hoger inkomen meer mogelijkheden om ander werk te gaan doen. Het is eveneens mogelijk dat zij vaker minder uren kunnen gaan werken, omdat zij in tegenstelling tot 35-minners met lagere inkomens met minder uren werk toch voldoende inkomsten kunnen genereren.

Ook mensen die een re-integratietraject hebben afgerond, hebben vaker het werk hervat. Alleenstaanden hebben een kleinere kans op werkhervatting dan niet alleenstaanden. Daarbij merken we op dat het hebben van thuiswonende kinderen tot twaalf jaar oud in deze analyse niet van invloed blijkt te zijn op de kans om het werk te hervatten.

3.6 Samenvatting en conclusie

In dit hoofdstuk is de relatie tussen ervaren gezondheid, belastbaarheid en werkhervatting onderzocht. Uit dit hoofdstuk komt naar voren dat wanneer de invloed van ervaren gezondheid en vastgestelde belastbaarheid afzonderlijk wordt vastgesteld, beiden van invloed zijn op de kans op werkhervatting.

Als echter zowel de ervaren als vastgestelde belastbaarheid in het model worden opgenomen, dan blijkt dat de relatie tussen vastgestelde belastbaarheid en werkhervatting verdwijnt. Dit duidt erop dat ervaren gezondheid belangrijker is voor de kans op werkhervatting dan het aantal beperkingen dat door UWV is vastgesteld.

Verder blijkt uit de analyses in dit hoofdstuk dat de hoogte van het inkomen van invloed is op de kans op werkhervatting. Mensen met een hoger inkomen ten tijde van de claimbeoordeling hebben een grotere kans het werk te hervatten, ongeacht het aantal beperkingen of hun ervaren gezondheid. Een mogelijke verklaring is dat mensen met een hoger inkomen meer mogelijkheden zien of hebben om ander werk te doen of minder te gaan werken.

Tot slot blijken 35-minners die een re-integratietraject hebben afgerond meer kans te hebben om het werk te hervatten.

In het vervolg van dit rapport gaan we dieper in op kenmerken van werkende en niet-werkende 35-minners in relatie tot hun belastbaarheid en ervaren gezondheid.

4 Niet-werkenden

4.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk hebben we een relatie tussen vastgestelde belastbaarheid, ervaren gezondheid en de kans op werkhervatting vastgesteld. Over het algemeen geldt dat een toename van het aantal beperkingen samengaat met een kleinere kans op werkhervatting. Uit dit hoofdstuk bleek ook dat de invloed van ervaren gezondheid belangrijker is voor de kans op werkhervatting, dan het aantal vastgestelde beperkingen. Naarmate de ervaren gezondheid van 35-minners slechter is, is de kans op werkhervatting kleiner.

In dit hoofdstuk wordt de groep werkloze 35-minners nader bestudeerd. Daarbij gaan we in op hun ervaren gezondheid en ervaren belastbaarheid en de relatie hiervan met kenmerken van de niet-werkende 35-minners, zoals inkomen, opleiding of samenstelling van het huishouden. Tevens gaan we in op de vraag hoe ervaren belastbaarheid zich verhoudt tot de belastbaarheid zoals die is vastgesteld door UWV.

We beginnen dit hoofdstuk met een beschrijving van de vastgestelde belastbaarheid (paragraaf 4.2). In paragraaf 4.3 staan de ervaren gezondheid en de ervaren belastbaarheid centraal. In paragraaf 4.4 wordt dieper ingegaan op de relatie tussen de ervaren gezondheid en vastgestelde belastbaarheid. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting en conclusie.

4.2 Vastgestelde belastbaarheid van niet-werkenden

In deze paragraaf gaan we in op de vastgestelde belastbaarheid van de werkloze 35-minners in dit onderzoek. Aan de hand van de gegevens van de claimbeoordeling van UWV hebben we de vastgestelde belastbaarheid van de respondenten bepaald.¹⁴ De scores op de verschillende items van de FML zijn samengenomen in drie schalen: lichamelijke beperkingen, psychische beperkingen en urenbeperkingen. Ook is er een schaal die het totaal aantal beperkingen weergeeft.

In tabel 4.1 is het totaal aantal beperkingen van de groep werkloze 35-minners weergegeven en is een uitsplitsing gemaakt naar de aard van de beperking. Het minimale aantal beperkingen is 0 en het maximale aantal beperkingen bedraagt 29. Het maximale aantal beperkingen dat UWV kan vaststellen bij een verzekeringsgeneeskundig onderzoek is 87 (zie 'theoretisch maximum'). Gemiddeld hebben de werkloze 35-minners in dit onderzoek 11,4 belemmeringen in de FML. Bij twee procent van de werkloze 35-minners is door UWV geen enkele beperking in de functionele mogelijkheden vastgesteld.

Als we kijken naar het type beperkingen, dan zien we dat bij ruim 86 procent van de werknemers een of meer lichamelijke beperkingen zijn vastgesteld, 47 procent heeft een psychische belemmering en bij ongeveer twintig procent is een urenbeperking vastgesteld.

Ook combinaties van typen beperkingen komen voor. UWV heeft bij 36 procent van de 35-minners zowel lichamelijke als psychische klachten vastgesteld. Bij de helft van de niet-werkende 35-minners zijn alleen lichamelijke beperkingen vastgesteld, bij twaalf procent is alleen sprake van psychische belemmeringen.

¹⁴ Het gaat om gegevens uit de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML) van UWV.

Tabel 4.1 Aantal beperkingen (n=615)

Aantal beperkingen	Totaal	Lichamelijk	Psychisch	Uren
0	2%	14%	53%	80%
1 t/m 5	15%	15%	33%	20%
6 t/m 10	30%	28%	11%	-
11 t/m 15	32%	30%	3%	-
16 t/m 20	17%	12%	0%	-
Meer dan 20	4%	1%	-	-
Totaal	100%	100%	100%	100%
Gemiddelde	11,4	10,5	4,5	2
Minimum	0	0	0	0
Maximum	29	25	17	4
Theoretisch maximum	87	40	47	4

Overigens zijn niet alle belemmeringen die UWV vaststelt van invloed op de verdien capaciteit van de 35-minner. Een cliënt is beperkt in zijn verdienvermogen, indien UWV een beperking vaststelt die een directe relatie heeft met het werk dat de cliënt uitvoerde of kan uitvoeren. Zo kan bij de beoordeling zijn vastgesteld dat iemand, uitgaande van een fulltime dienstverband, een beperking van tien uur per week heeft. Voor iemand die tevoren maar twintig uur werkte, heeft dit geen invloed op de verdien capaciteit.

Het is de vraag of er verschillen zijn in het aantal beperkingen tussen de werkloze 35-minners die tijdens ziekte hebben gewerkt en zij die dat niet hebben gedaan. In tabel 4.2 is te zien dat het gemiddeld aantal beperkingen van werkloze 35-minners die in de ziekteperiode hebben gewerkt nauwelijks afwijkt van het aantal beperkingen van de 35-minners die niet hebben gewerkt.

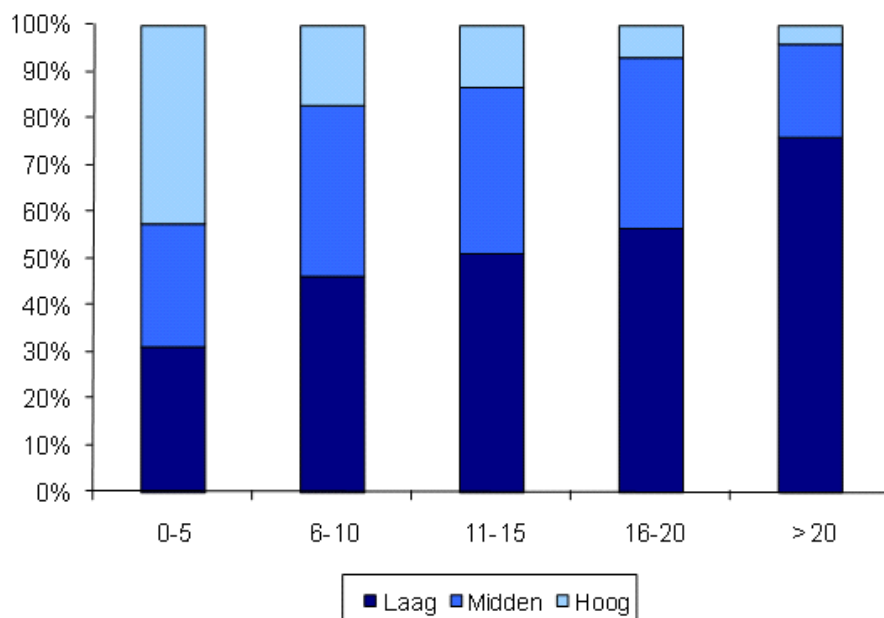
Tabel 4.2 Werk tijdens ziekte en aantal beperkingen van niet-werkende 35-minners (N=606)

	Gemiddeld aantal beperkingen
Gewerkt tijdens ziekte (n=254)	10,9
Niet gewerkt tijdens ziekte (n=352)	11,4

In figuur 4.1 is weergegeven hoe het aantal vastgestelde beperkingen zich verhoudt tot het inkomen ten tijde van de keuring. De inkomensgroepen zijn tot stand gekomen door de totale groep 35-minners op basis van hun inkomen te verdelen in drie groepen van gelijke omvang. Uit de figuur blijkt dat mensen met een laag uurloon oververtegenwoordigd zijn in de groepen met meer beperkingen. Mensen met een hoog loon zijn oververtegenwoordigd in de groepen met relatief weinig beperkingen. Dit is te verklaren vanuit de schattingssystematiek, waarbij het arbeidsongeschiktheidspercentage wordt bepaald op basis van het verlies aan verdien capaciteit.¹⁵ Mensen met een laag inkomen komen daardoor vaker met relatief veel beperkingen in een 35-minsituatie.

¹⁵ In hoofdstuk 1 is de schattingssystematiek nader beschreven.

Figuur 4.1 Relatie tussen inkomen en vastgestelde belastbaarheid van niet-werkende 35-minners (n=579)



4.3 Ervaren gezondheid en belastbaarheid bij niet-werkenden

4.3.1 Ervaren gezondheid en belastbaarheid

In deze paragraaf gaan we in op de ervaren gezondheid en ervaren belastbaarheid van de werkloze 35-minners. De ervaren gezondheid weerspiegelt het oordeel van een persoon over zijn eigen gezondheid. In het oordeel over de ervaren gezondheid worden alle gezondheidsaspecten betrokken die relevant zijn voor de persoon in kwestie. Deze onderliggende gezondheidsaspecten variëren per persoon, maar hebben vaak betrekking op zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid en ook op leefstijl- en psychosociale factoren.¹⁶ Tabel 4.3 geeft weer hoe niet-werkende 35-minners de eigen gezondheid ervaren.

Tabel 4.3 Ervaren gezondheid van niet-werkende 35-minners (n=611)

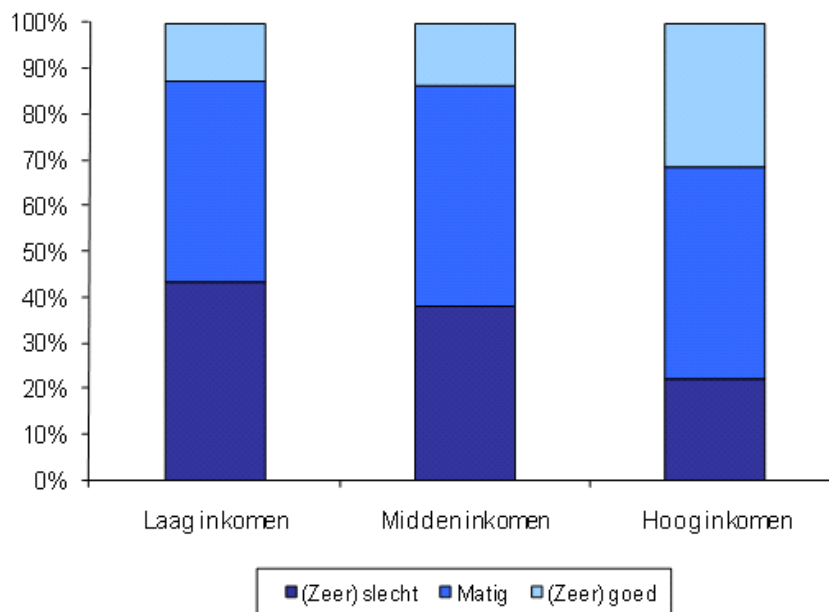
	Frequentie	Percentage
Zeer goed	3	1%
Goed	98	16%
Matig	281	46%
Slecht	184	30%
Zeer slecht	45	7%
Totaal	611	100%

Ruim een derde (37%) van de 35-minners geeft aan dat hun gezondheid slecht tot zeer slecht is. Iets minder dan de helft (46%) noemt zijn of haar gezondheid matig. Zeventien procent vindt de eigen gezondheid goed tot zeer goed.

¹⁶ www.rivm.nl.

In figuur 4.2 is de relatie tussen het uurloon en de ervaren gezondheid weergegeven. De 35-minners zijn in drie gelijke groepen verdeeld op basis van het maatmanloon. Voor elke groep is vastgesteld hoe de werknemers de eigen gezondheid beoordelen.

Figuur 4.2 Relatie tussen inkomen en ervaren gezondheid van niet-werkende 35-minners (n=579)



Uit de bovenstaande figuur blijkt dat niet-werkende 35-minners met een hoger inkomen een betere ervaren gezondheid hebben dan mensen met een lager inkomen, 22 procent ervaart de gezondheid als (zeer) slecht. In de andere groepen ligt dit percentage rond de veertig procent.

Bij de WIA-beoordeling wordt het arbeidsongeschiktheidspercentage gebaseerd op het verlies aan verdien capaciteit.¹⁷ Voor beperkingen of problemen met de gezondheid wordt nagegaan in hoeverre deze een belemmering vormen voor het uitvoeren van betaald werk. In dit onderzoek sluiten we hierbij aan door naast ervaren gezondheid ook het begrip ervaren belastbaarheid te gebruiken. De ervaren belastbaarheid is vastgesteld door aan de respondenten te vragen of zij in staat zijn om te werken en of hun gezondheid hen belemmert bij het verrichten van betaald werk. In tegenstelling tot het begrip ervaren gezondheid, gaat het hier dus alleen om de gezondheidsaspecten die volgens de respondenten van invloed zijn op het al dan niet kunnen werken. In tabel 4.4 is de ervaren belastbaarheid van niet-werkende 35-minners weergegeven.

¹⁷ Een toelichting op de schattingssystematiek van de WIA is opgenomen in hoofdstuk 1.

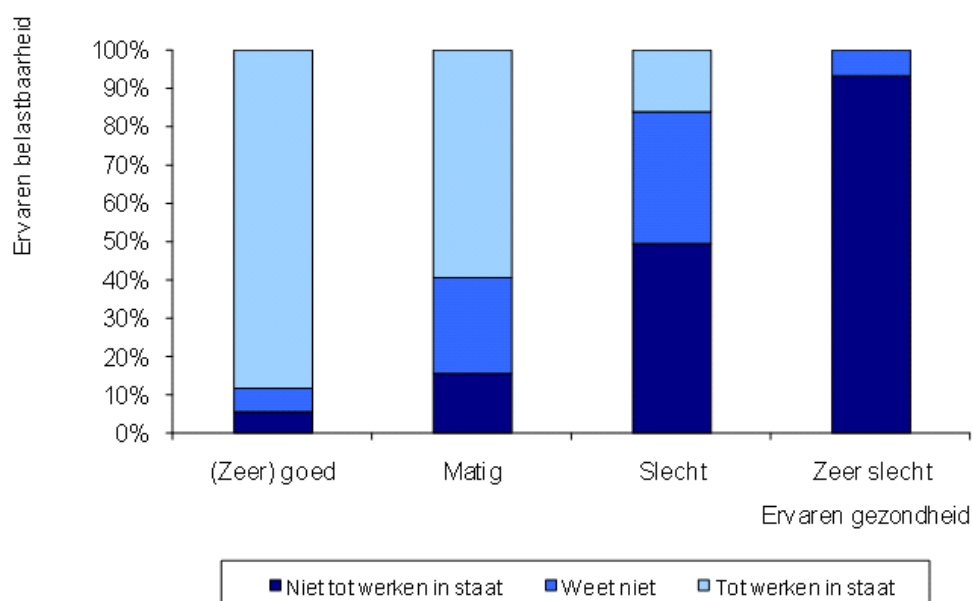
Tabel 4.4 Ervaren belastbaarheid van niet-werkende 35-minners

	Frequentie	Percentage
In staat om te werken	286	47%
Niet in staat om te werken	179	29%
Weet niet	143	24%
Totaal	608	100%

Zevenenveertig procent van de respondenten acht zichzelf tot werken in staat. Dat percentage is hoger dan de zeventien procent met een goede tot zeer goede ervaren gezondheid. Blijkbaar is een (zeer) goede gezondheid voor een deel van de 35-minners geen noodzakelijke voorwaarde om aan het werk te gaan. Dertig procent van de 35-minners denkt niet te kunnen werken en nog eens bijna een kwart (24%) van de respondenten zegt dit niet te weten.

Enerzijds verwachten we een verband tussen de ervaren gezondheid en de ervaren belastbaarheid. Anderzijds hebben we uit tabel 4.3 en tabel 4.4 afgeleid dat een goede ervaren gezondheid geen voorwaarde is voor een goede ervaren belastbaarheid, omdat de groep die zegt te kunnen werken groter is dan de groep niet-werkende 35-minners met een (zeer) goede ervaren gezondheid. In figuur 4.3 worden beide variabelen tegen elkaar afgezet.

Er blijkt inderdaad een sterke samenhang tussen ervaren gezondheid en ervaren belastbaarheid. Naarmate de respondenten een betere ervaren gezondheid hebben, achten zij zich vaker in staat om te werken. Respondenten die hun eigen gezondheid (zeer) goed vinden, geven in negentig procent van de gevallen aan dat ze in staat zijn om te werken. Van de respondenten met een matige gezondheid is zestig procent naar eigen zeggen tot werken in staat en vijftien procent is onzeker over het eigen werkvermogen. Er zit een duidelijk omslagpunt bij mensen die de eigen gezondheid als slecht tot zeer slecht beoordelen. Van deze groep vindt dertien procent dat ze tot werken in staat zijn, 58 procent denkt niet te kunnen werken.

Figuur 4.3 Relatie ervaren gezondheid en ervaren belastbaarheid van niet-werkende 35-minners (n=605)¹⁸

Er zijn echter ook werkloze 35-minners met een slechte ervaren gezondheid die vinden dat ze wel kunnen werken. Evenzogoed zijn er mensen met een goede ervaren gezondheid die naar eigen zeggen niet kunnen werken. Deze groep is echter klein (<10%).

De 35-minners die niet weten of zij kunnen werken, hebben in 46 procent van de gevallen een (zeer) slechte ervaren gezondheid. Mogelijk hebben deze 35-minners onvoldoende zicht op wat zij wel en niet kunnen, om te kunnen beoordelen of zij wel of niet kunnen werken. Het is ook mogelijk dat een deel van deze werknemers alleen denkt te kunnen werken als aan bepaalde voorwaarden met betrekking tot de werksituatie wordt voldaan, bijvoorbeeld minder uren werk of ander werk. Uit de onderzoeken naar 35-minners uit 2008 en 2007 bleek al dat een groot deel van de niet-werkende 35-minners dit aan zijn of haar gezondheidssituatie toeschreef. Een deel van hen achtte zichzelf echter in staat te werken, mits er passend werk beschikbaar was of het aantal uren kon worden aangepast.¹⁸

Als we de ervaren belastbaarheid vergelijken van werkloze 35-minners die wel en niet tijdens ziekte hebben gewerkt, dan zien we verschillen tussen deze groepen (tabel 4.5). De niet-werkende 35-minners die gedurende (een deel van) de ziekteperiode hebben gewerkt, achten zichzelf vaker in staat om aan het werk te gaan, dan degenen die niet hebben gewerkt. In de vorige paragraaf hebben we geconstateerd dat deze groepen wat betreft het gemiddeld aantal beperkingen nauwelijks van elkaar verschillen.

Tabel 4.5 Werk tijdens ziekte en ervaren belastbaarheid van niet-werkende 35-minners (n=602)

	In staat om te werken	Niet in staat om te werken	Weet niet	Totaal
Gewerkt tijdens ziekte (N=252)	59%	19%	22%	100%
Niet gewerkt tijdens ziekte (N=350)	38%	37%	25%	100%
Totaal	47%	30%	24%	100%

4.3.2 Type ervaren belemmeringen

In deze paragraaf wordt de ervaren belastbaarheid verder uitgewerkt aan de hand van de typen belemmeringen die de respondenten ervaren.

Tabel 4.6 Verwachte ervaren belemmeringen van niet-werkende 35-minners bij het uitvoeren van werk (n=614)

	(Helemaal) niet belemmerd	Neutraal	(Zeer) belemmerd
Lichamelijk	4%	13%	83%
Psychisch	23%	59%	19%
Uren	16%	39%	45%

De meeste werkloze 35-minners (83%) ervaren lichamelijke belemmeringen. Negentien procent van de respondenten ervaart psychische belemmeringen. Vijfenveertig procent ervaart belemmeringen in het aantal uren dat men kan werken.

¹⁸ Zie: Van Horssen en Van Doorn (2007) *Minder dan 35% arbeidsongeschikt: blijven werken of toch niet?* en Van Horssen (2008) *Geen WIA, wel werk? Vervolgmeting van het onderzoek naar de re-integratie van werknemers die minder dan 35 procent arbeidsongeschikt zijn verklaard.*

De typen belemmeringen verschillen wat betreft de invloed die ze hebben op de ervaren belastbaarheid. Van de niet-werkende 35-minners die lichamelijke beperkingen of urenbeperkingen ervaren, kan ruim veertig procent naar eigen zeggen werken. De respondenten die psychische belemmeringen ervaren, kunnen in 29 procent van de gevallen naar eigen zeggen werken.

4.3.3 Ervaren belastbaarheid in uren

In paragraaf 4.3.1 hebben we vastgesteld dat 47 procent van de 35-minners zichzelf tot betaalde arbeid in staat acht. Aan deze respondenten is gevraagd hoeveel uren zij dan kunnen werken. In tabel 4.7 wordt een overzicht gegeven van het aantal uren per dag en het aantal dagen per week dat deze werkloze 35-minners kunnen werken.

Tabel 4.7 Hoeveel dagen en uren bent u in staat om te werken? (n=265)

	2 dagen	3 dagen	4 dagen	5 dagen	Totaal
2 uren	1%	2%	2%	2%	5%
4 uren	3%	9%	8%	14%	34%
6 uren	0%	7%	9%	8%	24%
8 uren	2%	5%	7%	23%	37%
Totaal	5%	23%	26%	46%	100%

Ruim een derde van de respondenten zegt tussen de dertig en veertig uur per week te kunnen werken (donkergrijs gemarkeerd). Ruim een kwart van de respondenten zegt 20 tot 24 uur te kunnen werken (lichtgrijs gemarkeerd). De overige respondenten geven aan minder dan twintig uur te kunnen werken.

Een derde van de niet-werkende 35-minners die naar eigen zeggen kunnen werken, geeft aan evenveel of meer uren te kunnen werken dan dat zij voor hun ziekmelding werkten. Twee derde van de respondenten geeft echter aan dat zij minder uren kunnen werken dan voor de ziekmelding. Het is mogelijk dat deze werknemers om die reden niet konden terugkeren naar hun eigen werkgever. Voor de werknemers die naar eigen zeggen evenveel of meer kunnen werken, biedt dit echter geen verklaring.

Van de mensen die zich (zeer) belemmerd voelen in het aantal uren dat ze kunnen werken, zegt 86 procent dat zij minder uren kunnen werken dan voorheen. Van de werkloze 35-minners die zich helemaal niet of niet belemmerd voelen in het aantal uren dat zij kunnen werken, kan respectievelijk 19 tot 35 procent minder uren werken dan voorheen.

4.3.4 Kunnen en willen werken

Aan niet-werkende 35-minners is eveneens gevraagd of zij willen werken. Van de gehele groep niet-werkende 35-minners geeft bijna driekwart (73%) aan dat zij wel willen werken. In tabel 4.8 is de relatie tussen willen en kunnen werken weergegeven.

Tabel 4.8 Ervaren belastbaarheid van niet-werkende 35-minners naar wel of niet betaald willen werken (n=589)

	n	Wil betaald werk	Wil geen betaald werk
In staat om te werken	276	92%	8%
Niet in staat om te werken	176	35%	65%
Weet niet	137	83%	18%
Totaal	589	73%	27%

Er is een duidelijke relatie tussen kunnen en willen werken. Van de mensen die niet in staat zijn om te werken, wil 65 procent ook niet aan het werk. Het merendeel van de niet-werkende 35-minners die zeggen te kunnen werken (92%), wil ook werken. De mensen die niet weten of ze kunnen werken, willen in 83 procent van de gevallen aan het werk.

De gezondheidstoestand is de voornaamste reden dat de niet-willers niet aan het werk willen (85%). Daarnaast noemen zij hun leeftijd (12%), de zorg voor het gezin of het huishouden (9%) en het volgen van een opleiding (8%) als reden om niet aan het werk te willen.¹⁹

4.3.5 Persoonskenmerken

Tot slot onderzoeken we of er een relatie is tussen persoonskenmerken van de 35-minner en zijn ervaren gezondheid. Bij de ervaren gezondheid onderscheiden we een (zeer) goede ervaren gezondheid, een matige gezondheid en een (zeer) slechte ervaren gezondheid. We hebben gekeken naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, etniciteit, huishoudsamenstelling, financiële noodzaak en inkomen ten tijde van de claimbeoordeling. De tabellen vindt u in bijlage 3

De voornaamste samenhang tussen de persoonskenmerken en gezondheidsbeleving doen zich voor op het gebied van etniciteit, opleidingsniveau en inkomen (maatmanloon).

Allochtone 35-minners hebben een slechtere ervaren gezondheid dan autochtone 35-minners. Drieënvijftig procent van de 35-minners die zelf, of waarvan één van de ouders, in het buitenland is geboren, heeft een (zeer) slechte ervaren gezondheid. Dit geldt voor 33 procent van de autochtone 35-minners.

Daarnaast is er een relatie tussen het opleidingsniveau en de gezondheidsbeleving. Naarmate het opleidingsniveau stijgt, is de ervaren gezondheid van de werkloze 35-minner beter. Deze relatie is weergegeven in tabel 4.9.

Tabel 4.9 Gezondheidsbeleving van niet-werkende 35-minners naar opleidingsniveau (n=597)

	(Zeer) slechte ervaren gezondheid	Matige ervaren gezondheid	(Zeer) goede ervaren gezondheid	Totaal
Basisonderwijs (n=71)	54%	38%	8%	100%
Vmbo (n=174)	43%	46%	11%	100%
Mbo (n=236)	31%	50%	19%	100%
Havo/vwo (n=39)	33%	54%	13%	100%
Hbo (n=58)	29%	43%	28%	100%
Wo (n=19)	26%	37%	37%	100%
Totaal (n=597)	37%	46%	16%	100%

Tot slot blijkt de ervaren gezondheid samen te hangen met het inkomen ten tijde van de claimbeoordeling (maatmaninkomen). De 35-minners zijn op basis van hun maatmanloon ingedeeld in drie groepen van gelijke omvang. De groep met het hoogste

¹⁹ Omdat de respondenten meerdere antwoorden konden geven, tellen de percentages niet op tot honderd procent.

inkomen ten tijde van de claimbeoordeling heeft gemiddeld een betere ervaren gezondheid dan de twee andere groepen. Tweëndertig procent van de 35-minners in deze groep beoordeelt de eigen gezondheid als (zeer) goed. In de overige groepen is dit percentage kleiner, rond de dertien procent.

4.4 Relatie tussen ervaren en vastgestelde belastbaarheid

Deze paragraaf gaat over de relatie tussen vastgestelde en ervaren belastbaarheid. UWV heeft onderzoek gedaan naar de samenhang tussen de gezondheidsbeleving en de aard en het aantal functionele beperkingen van cliënten van wie de uitkering na herbeoordeling is verlaagd of beëindigd. Hieruit blijkt dat de gezondheidsbeleving van verzekerden slechter is naarmate er meer beperkingen zijn. In tabel 4.10 geven we de relatie tussen ervaren gezondheid en de vastgestelde belastbaarheid weer. Hieruit blijkt dat het gemiddeld aantal beperkingen van niet-werkende 35-minners met een (zeer) slechte ervaren gezondheid groter is dan bij niet-werkende 35-minners met een (zeer) goede ervaren gezondheid.

Tabel 4.10 Gemiddeld aantal beperkingen van niet-werkende 35-minners naar ervaren gezondheid (n=608)

Ervaren gezondheid	Gemiddeld aantal vastgestelde beperkingen
(Zeer) goed	7,9
Matig	10,6
(Zeer) slecht	13,3

In dit onderzoek hanteren we naast het begrip ervaren gezondheid ook het begrip ervaren belastbaarheid. Er is een sterke samenhang tussen de ervaren gezondheid (gezondheidsbeleving) en ervaren belastbaarheid. Het valt dan ook te verwachten dat ervaren en vastgestelde belastbaarheid op een soortgelijke wijze met elkaar samenhangen als gezondheidsbeleving en de vastgestelde belastbaarheid.

Een eerste indicatie voor de relatie tussen de vastgestelde en de ervaren belastbaarheid is dat mensen die zichzelf in staat achten om te werken, gemiddeld minder beperkingen hebben dan mensen die naar eigen zeggen niet kunnen werken. Dat geldt zowel voor het totaal aantal beperkingen als voor de lichamelijke en psychische beperkingen (tabel 4.11).

Tabel 4.11 Gemiddeld aantal beperkingen naar ervaren belastbaarheid van niet-werkende 35-minners

Gemiddeld aantal vastgestelde beperkingen	In staat om te werken (n=283)	Niet in staat om te werken (n=179)	Weet niet (n=143)
Totaal aantal beperkingen	10,2	12,1	11,9
Lichamelijke beperkingen	8,4	9,8	9,3
Psychische beperkingen	1,7	2,3	2,6

Met behulp van een logistische regressieanalyse hebben we onderzocht of de relatie tussen vastgestelde en ervaren belastbaarheid standhoudt als er wordt gecorrigeerd voor andere variabelen die van invloed zijn op ervaren belastbaarheid.²⁰ Uit de analyse blijkt dat de mate

²⁰ De resultaten van de regressieanalyse zijn opgenomen in bijlage 2.

van ervaren belastbaarheid wordt verklaard door de vastgestelde belastbaarheid, maar ook door het inkomen op het moment van de claimbeoordeling (maatmanloon). Dus zowel vastgestelde belastbaarheid als inkomen zijn van invloed op de ervaren belastbaarheid; een hoger inkomen en een hogere vastgestelde belastbaarheid gaan samen met een hogere ervaren belastbaarheid.²¹ Voorts blijkt uit de analyse dat de ervaren belastbaarheid van ouderen en mensen met thuiswonende kinderen kleiner is dan de ervaren belastbaarheid van jongeren en mensen zonder thuiswonende kinderen.

4.4.1 Relatie tussen typen ervaren en vastgestelde belastbaarheid

In deze paragraaf relateren we het type vastgestelde beperkingen aan het type ervaren belemmeringen.

Er is een verband tussen de ervaren en de vastgestelde belastbaarheid. Dit verband doet zich voor bij de psychische en de lichamelijke belemmeringen, maar niet bij de belemmeringen in het aantal uren dat men kan werken.

Over het algemeen geldt dat mensen met meer vastgestelde lichamelijke beperkingen vaker lichamelijke belemmeringen ervaren. Ook bij de psychische belastbaarheid is er een verband tussen de ervaren en de vastgestelde belastbaarheid. Naarmate er meer vastgestelde psychische beperkingen zijn, is de ervaren psychische belastbaarheid kleiner.

Zestig procent van de niet werkende 35minners waarbij bij de WIA-beoordeling geen beperkingen in het verrichten van dynamische handelingen of statische houdingen zijn vastgesteld, verwacht door de lichamelijke gezondheid beperkt te worden bij het uitvoeren van betaald werk. Het zou hier kunnen gaan om algemene lichamelijke klachten als vermoeidheid of wisselende belastbaarheid, wat UWV niet als dynamisch of statische beperkingen aanmerkt. Bij door UWV vastgestelde beperkingen in het persoonlijk of sociaal functioneren is het zo dat de betreffende 35-minners vaak aangeven zich niet belemmerd te voelen door de psychische gezondheid.

Het is dus zeer waarschijnlijk en logisch dat de niet-werkende 35-minners de gezondheidsproblemen anders labelen dan de zeer specifieke indeling die UWV hanteert in de FML. Het is mogelijk dat de klachten in de periode tussen de claimbeoordeling en de beantwoording van de vragenlijst zijn veranderd.

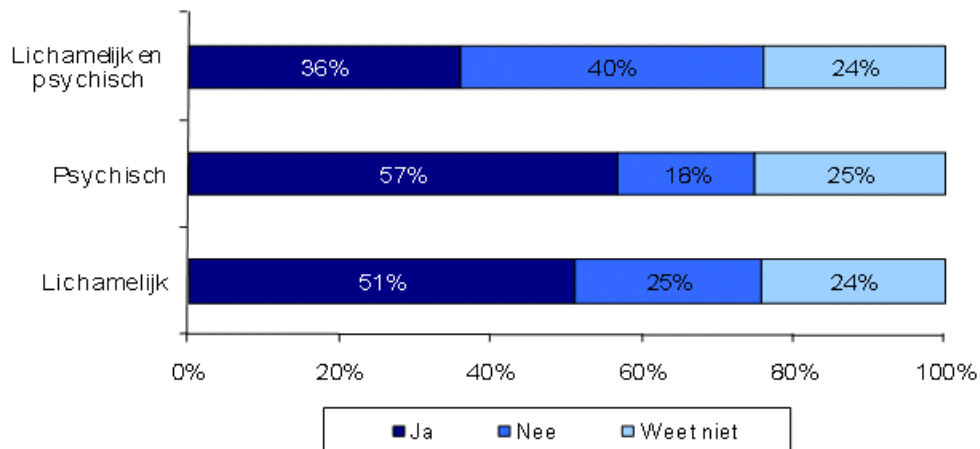
Een ander deel van de verklaring is dat de verzekeringsarts weliswaar beperkingen heeft vastgesteld, maar dat UWV tegelijkertijd oordeelt dat er nog voldoende functies zijn waarbij deze beperkingen geen belemmeringen hoeven te vormen. Als de vastgestelde beperkingen geen relatie hebben met de eisen die de werkzaamheden aan een werknemer stellen, dan zal de vastgestelde beperking niet als belemmering worden ervaren.

Samenloop van beperkingen

Een deel van 35-minners (35%) heeft een combinatie van fysieke en psychische beperkingen. We veronderstellen dat een combinatie van beperkingen leidt tot een slechtere ervaren belastbaarheid. In figuur 4.4 is daarom de relatie tussen de aard van de vastgestelde beperking en de ervaren belastbaarheid voor de groep 35-minners weergegeven.

²¹ In hoofdstuk 3 is de relatie tussen inkomen en belastbaarheid al uitgewerkt.

Figuur 4.4 Relatie tussen de aard van de vastgestelde beperking en de ervaren belastbaarheid van niet-werkende 35-minners (n=605)



De ervaren belastbaarheid van cliënten met alleen psychische klachten is het grootst, 57 procent is naar eigen zeggen in staat om te werken. Eenenvijftig procent van de werknemers met lichamelijke klachten zegt te kunnen werken. Bij een combinatie van lichamelijke en psychische klachten kan 36 procent naar eigen zeggen betaalde arbeid verrichten. Dit duidt erop dat een combinatie van fysieke en psychische beperkingen leidt tot een slechtere ervaren belastbaarheid.

4.5 Samenvatting en conclusie

In dit hoofdstuk hebben we de ervaren en vastgestelde belastbaarheid van werkloze 35-minners beschreven. Daarbij zijn we tevens nagegaan hoe de ervaren en vastgestelde belastbaarheid zich tot elkaar verhouden. In deze slotparagraaf komen we kort terug op de belangrijkste uitkomsten in dit hoofdstuk.

Vastgestelde belastbaarheid en inkomen

Gemiddeld heeft UWV bij de werkloze 35-minners 11,4 beperkingen vastgesteld. Niet-werkende 35-minners met een laag maatmanuurloon hebben meer beperkingen dan niet-werkende 35-minners met een hoog maatmanuurloon. De verklaring hiervoor ligt in de schattingsystematiek van de WIA, waardoor mensen met een laag inkomen en relatief veel beperkingen vaker minder dan 35 procent arbeidsongeschikt verklaard worden dan mensen met een hoog inkomen en relatief veel beperkingen.

Ervaren gezondheid en ervaren belastbaarheid

De meeste werkloze 35-minners hebben een matige (46%) of een (zeer) slechte (37%) ervaren gezondheid. Een slechte ervaren gezondheid komt vaker voor bij mensen met een allochtone achtergrond, een lage opleiding en een laag maatmanuurloon.

Zevenenveertig procent van de niet werkende 35-minners kan naar eigen zeggen werken. Twee derde van hen kan echter niet meer zo veel uren als voor de ziekteperiode werken. De meeste werkloze 35-minners willen nog wel werken. Degenen die niet willen werken, geven daarvoor vooral hun gezondheidssituatie als reden.

Er is samenhang tussen ervaren gezondheid en ervaren belastbaarheid. Mensen met een (zeer) slechte ervaren gezondheid geven vaker aan niet te kunnen werken. Niet alle werkloze 35-minners die aangeven te kunnen werken hebben een goede ervaren gezondheid. Blijkbaar is een goede tot zeer goede gezondheid voor deze 35-minners geen noodzakelijke voorwaarde voor het uitvoeren van betaald werk.

Belastbaarheid en werk gedurende de ziekteperiode

Het gemiddeld aantal beperkingen van de 35-minners die niet hebben gewerkt tijdens ziekte is vrijwel gelijk aan het gemiddeld aantal beperkingen van 35-minners die wel hebben gewerkt tijdens ziekte. De ervaren belastbaarheid van 35-minners die tijdens ziekte hebben gewerkt, is echter beter dan van de 35-minners die niet in de ziekteperiode hebben gewerkt. Blijkbaar achten 35-minners die gedurende de ziekteperiode hebben gewerkt zich ook na de WIA-beoordeling vaker in staat om te werken dan degenen die tijdens ziekte niet hebben gewerkt.

Typen ervaren belemmeringen en ervaren belastbaarheid

De meeste werkloze 35-minners ervaren lichamelijke belemmeringen. Het aandeel werkloze 35-minners dat psychische of urenbelemmeringen ervaart, is kleiner. Ervaren psychische belemmeringen hebben meer invloed op de ervaren belastbaarheid dan ervaren lichamelijke of urenbelemmeringen. Van de 35-minners die psychische belemmeringen ervaren, kan 29 procent naar eigen zeggen werken. Bij de groep met ervaren lichamelijke belemmeringen of urenbelemmeringen ligt dit percentage rond de veertig procent.

Samenhang ervaren en vastgestelde belastbaarheid

Over het algemeen geldt dat hoe meer belemmeringen UWV heeft vastgesteld, des te meer belemmeringen worden er ervaren en des te slechter de ervaren belastbaarheid is. Daarnaast blijkt de hoogte van het inkomen ten tijde van de WIA-beoordeling een belangrijke factor te zijn. Een hoger inkomen gaat samen met een hogere vastgestelde en ervaren belastbaarheid.

Voor de lichamelijke en psychische belemmeringen geldt dat er een samenhang is tussen de ervaren en vastgestelde belemmeringen. Er zijn ook verschillen tussen het type vastgestelde beperkingen en wat de niet-werkende 35-minners ervaren. Een deel verklaring hiervoor ligt in het feit dat UWV bij de claimbeoordeling weliswaar beperkingen vaststelt, maar tegelijkertijd oordeelt dat deze beperkingen geen belemmering hoeven te vormen voor het uitvoeren van betaald werk. Ook kan het zo zijn dat een deel van de 35-minners lichamelijke beperkingen ervaren, terwijl deze bij de claimbeoordeling als urenbeperking of psychische beperking zijn vastgesteld. Verder lopen de begripsvaliditeit van de vraag zoals geformuleerd in de vragenlijst, en de inhoud en opbouw van de FML-vragenlijst, zodanig uiteen dat op voorhand geen een-op-eenrelatie verwacht mag worden.

In het volgende hoofdstuk gaan we in op de vastgestelde belastbaarheid en ervaren gezondheid van werkende 35-minners.

5 Werkhervatters

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de werkende 35-minners centraal. Uit hoofdstuk 2 is gebleken dat 65 procent van de 35-minners in september 2009 aan het werk is. Tweeënvijftig procent werkt bij de werkgever waar men ziek is geworden en dertien procent heeft een nieuwe werkgever gevonden. In dit hoofdstuk wordt deze groep nader bestudeerd. We stellen vast hoe werkende 35-minners hun gezondheid ervaren, welk type gezondheidsbelemmeringen zij ervaren bij hun werk en hoe zich dit verhoudt tot de belastbaarheid zoals is vastgesteld door UWV.

In dit hoofdstuk gebruiken we het begrip ervaren gezondheid in plaats van ervaren belastbaarheid. De ervaren belastbaarheid geeft namelijk weer of mensen zichzelf tot werken in staat achten. Aangezien dit hoofdstuk gaat over 35-minners die werken, is deze vraag niet meer relevant. De vraag of en welke belemmeringen 35-minners ondervinden bij het uitvoeren van betaald werk blijft wel relevant. Op dit aspect van de ervaren belastbaarheid gaan we in dit hoofdstuk wel in.

In de eerstvolgende paragraaf brengen we eerst de aanloop naar de werkhervatting uitgebreider in kaart. Paragraaf 5.3 gaat over de vastgestelde belastbaarheid van de 35-minners die het werk hebben hervat. Paragraaf 5.4 gaat over de ervaren gezondheid en belastbaarheid. Vervolgens gaan we in paragraaf 5.5 in op de relatie tussen ervaren en vastgestelde belastbaarheid. We sluiten het hoofdstuk af met een samenvatting en conclusie waarin we een antwoord geven op de vraag hoe de vastgestelde en ervaren belastbaarheid van de werkende 35-minners zich tot elkaar verhouden.

5.2 Werkhervatting

Het grootste deel van de werkende 35-minners werkt tijdens de ziekteperiode. Mensen die bij de oude werkgever blijven werken (eerste spoor), hebben vaker in de ziekteperiode gewerkt dan mensen die het werk hervatten bij een nieuwe werkgever (tweede spoor). Twee derde van de mensen die bij een nieuwe werkgever werkt, heeft gedurende de eerste twee ziektejaren gewerkt. Van de mensen die bij de oude werkgever werken, heeft negentig procent in de ziekteperiode gewerkt. De gemiddelde leeftijd van 35-minners die bij een nieuwe werkgever het werk hervatten, is lager (44) dan de gemiddelde leeftijd van de 35-minners die bij hun oude werkgever blijven werken (48).

5.2.1 Mate van werkhervatting, aantal beperkingen en ervaren gezondheid

In hoofdstuk 2 is gebleken dat 47 procent van de werkende 35-minners na de claimbeoordeling minder werkt dan voor de ziekmelding. Vierenveertig procent van de 35-minners werkt ongeveer evenveel en negen procent werkt op dit moment meer uren.

De 35-minners die minder uren zijn gaan werken, hebben gemiddeld meer beperkingen dan 35-minners die evenveel of meer uren werken dan voor de ziekmelding. Werknemers die hetzelfde aantal of meer uren werken dan voor ziekmelding hebben gemiddeld 7,9 en 8,3 beperkingen, terwijl degenen die minder zijn gaan werken gemiddeld 9,8 beperkingen hebben.

Tabel 5.1 Werk na WIA-beoordeling en aantal beperkingen van werkende 35-minners

	Gemiddeld aantal beperkingen
Werkt minder uren (n=461)	9,8
Werkt hetzelfde aantal uren (n=432)	7,9
Werkt meer uren (n=83)	8,3

Wanneer we de gezondheidsbeleving van 35-minners afzetten tegen de mate van werkhervatting, dan blijkt dat respondenten met een (zeer) goede ervaren gezondheid vaker hetzelfde aantal uren werken als voor ziekmelding, dan de respondenten met een (zeer) slechte ervaren gezondheid. Dit duidt erop dat de ervaren gezondheid van invloed is op de mate van werkhervatting.

Tabel 5.2 Ervaren gezondheid van werkende 35-minners naar mate van werkhervatting

Ervaren gezondheid	n	Minder gaan werken	Evenveel	Meer gaan werken
Zeer goed	22	14%	68%	18%
Goed	413	38%	52%	11%
Matig	443	54%	40%	7%
Slecht	81	69%	26%	5%
Zeer slecht	13	69%	31%	0%
Totaal	972	48%	44%	9%

5.3 Vastgestelde belastbaarheid van werkenden

In hoofdstuk 4 hebben we gezien dat UWV bij de werkloze 35-minners gemiddeld 11,4 beperkingen heeft vastgesteld. Voor de werkende 35-minners ligt het gemiddelde lager met 9,5 beperkingen. In tabel 5.3 is het aantal door UWV vastgestelde beperkingen van werkende 35-minners weergegeven. Er is een uitsplitsing gemaakt naar de aard van de beperking. Het minimale aantal beperkingen is 0 en het maximale aantal beperkingen bedraagt 28.

Tabel 5.3 Aantal beperkingen van werkende 35-minners (n=1109)

Aantal beperkingen	Totaal	Lichamelijk	Psychisch	Uren
0	5%	20%	56%	65%
1 t/m 5	24%	20%	34%	35%
6 t/m 10	33%	30%	9%	-
11 t/m 15	26%	22%	1%	-
16 t/m 20	9%	7%	0%	-
Meer dan 20	3%	1%	-	-
Totaal	100%	100%	100%	100%
Gemiddelde	9,5	9,2	3,8	2,3
Minimum	0	0	0	0
Maximum	28	26	18	4
Theoretisch maximum	87	40	47	4

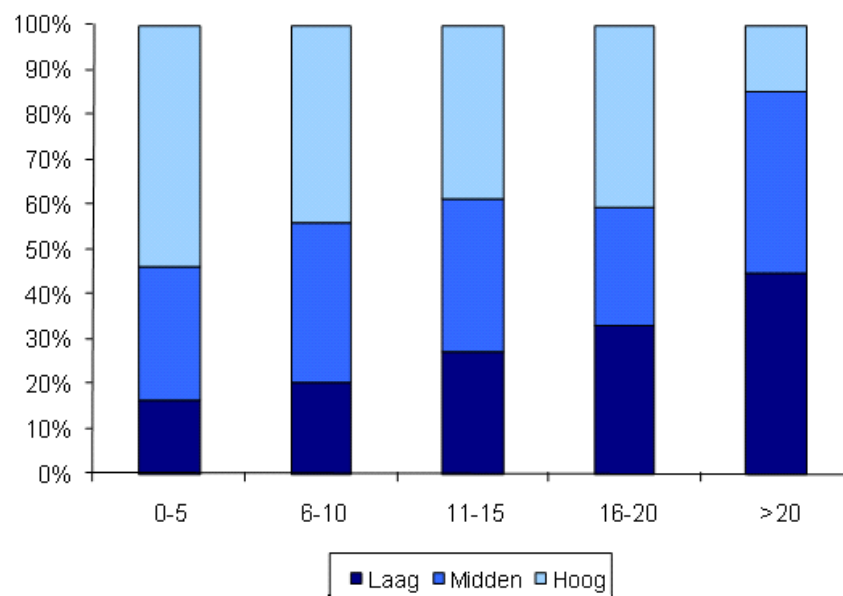
Bij vijf procent van de werkende 35-minners is geen enkele beperking in de functionele mogelijkheden vastgesteld. Tachtig procent heeft minimaal één vastgestelde lichamelijke

beperking, 44 procent heeft een psychische belemmering en bij 35 procent is sprake van een beperking in het aantal uren of dagen dat men kan werken. Dertig procent heeft een combinatie van lichamelijke en psychische klachten. Vijftig procent heeft alleen lichamelijke klachten, vijftien procent alleen psychische.

Uit nadere analyse van 35-minners die bij de eigen of een andere werkgever zijn gere-integreerd, blijkt dat er geen verschil is tussen deze groepen wat betreft het aantal vastgestelde beperkingen. Het gemiddeld aantal beperkingen bedraagt in de eerste groep 9,4 en in de tweede groep 9,8. De verdeling van het aantal vastgestelde belemmeringen in beide groepen is nagenoeg gelijk. Het aantal vastgestelde belemmeringen kan niet verklaren waarom sommige mensen bij de oude werkgever blijven werken en anderen niet.

In figuur 5.1 is de relatie tussen inkomen en vastgestelde belastbaarheid weergegeven. De figuur laat hetzelfde beeld zien als bij de niet-werkende 35-minners. Mensen met een laag uurloon hebben vaker meer beperkingen dan mensen met een hoog uurloon. Mensen met een hoog loon zijn oververtegenwoordigd in de groepen met relatief weinig beperkingen. De verklaring hiervoor ligt, zoals in hoofdstuk 4 al is gesteld, in de schattingssystematiek van de WIA.

Figuur 5.1 Relatie tussen inkomen en vastgestelde belastbaarheid van werkende 35-minners (n=933)



5.4 Ervaren gezondheid bij werkenden

In deze paragraaf gaan we in op de ervaren gezondheid van werkende 35-minners. Zoals al in de inleiding is gesteld, kijken we bij de werkende 35-minners naar ervaren gezondheid in plaats van naar ervaren belastbaarheid. Daarnaast gaan we ook in op de ervaren belemmeringen bij het uitvoeren van betaald werk.

5.4.1 Ervaren gezondheid

Drieënveertig procent van de werkende 35-minners beoordeelt de eigen gezondheid als (zeer) goed en 45 procent als matig. Slechts een klein deel van de werkende 35-minners

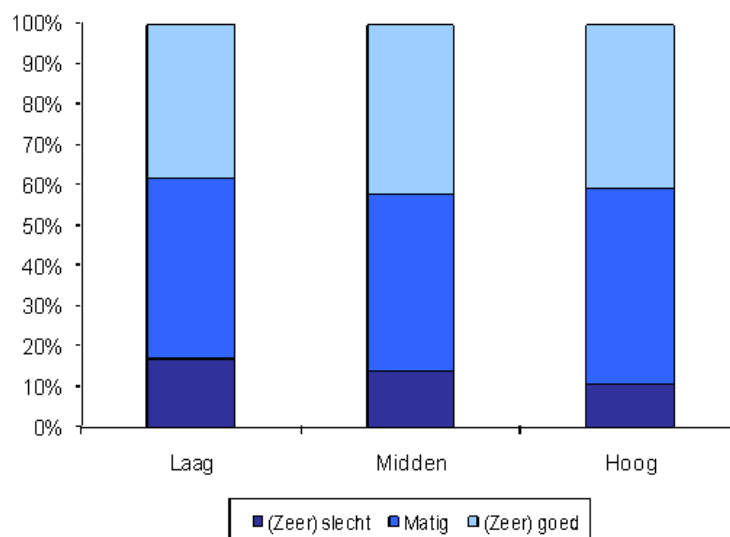
(12%) vindt de eigen gezondheid slecht of zeer slecht. Er is geen verschil in gezondheidsbeleving tussen mensen die bij de oude en de nieuwe werkgever werken.

Tabel 5.4 Ervaren gezondheid van werkende 35-minners

	Frequentie	Percentage
Zeer goed	23	2%
Goed	453	41%
Matig	498	45%
Slecht	109	10%
Zeer slecht	27	2%
Totaal	1110	100%

In figuur 5.2 is de relatie tussen het uurloon en de ervaren gezondheid weergegeven. De 35-minners zijn in drie gelijke groepen verdeeld op basis van het maatmanloon. Voor elke groep is vastgesteld hoe de werknemers de eigen gezondheid beoordelen.

Figuur 5.2 Relatie tussen inkomen en ervaren gezondheid van werkende 35-minners (n=938)



In het vorige hoofdstuk hebben we gezien dat niet-werkende 35-minners met een hoger inkomen een betere ervaren gezondheid hebben dan niet-werkende 35-minners met een lager inkomen. Bij werkende 35-minners is het verschil in ervaren gezondheid tussen de verschillende inkomensgroepen veel minder sterk. Blijkbaar is de invloed van inkomen op de ervaren gezondheid bij de groep niet-werkenden sterker dan bij werkenden.

5.4.2 Type ervaren belemmeringen

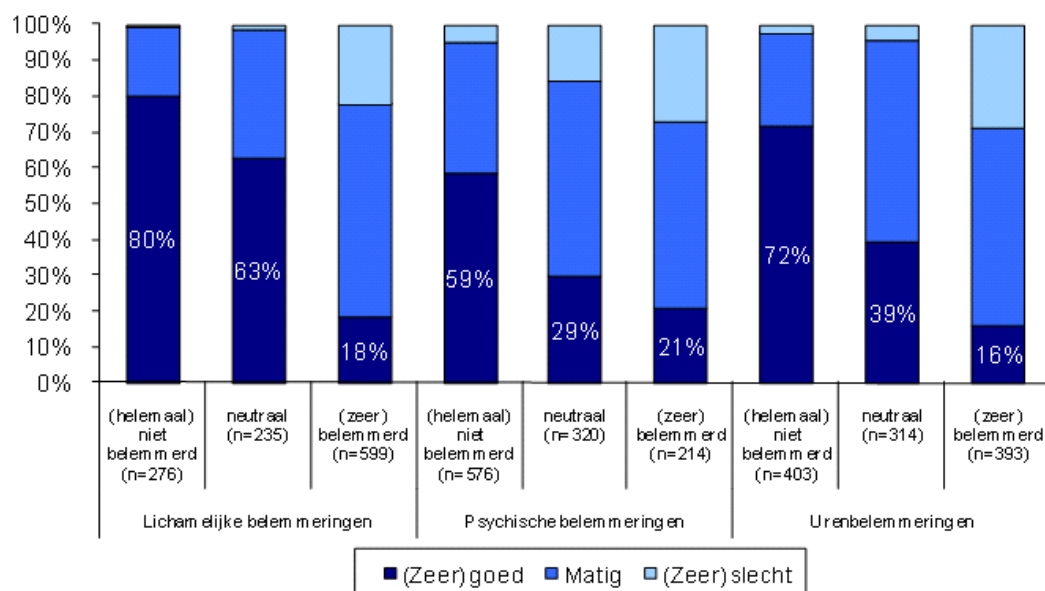
In deze paragraaf wordt ingegaan op de ervaren belastbaarheid aan de hand van typen belemmeringen die de respondenten ervaren bij het uitvoeren van werk. In tabel 5.5 is weergegeven hoeveel procent van de werknemers urenbelemmeringen, lichamelijke en psychische belemmeringen ervaren.

Tabel 5.5 Ervaren belemmeringen bij het uitvoeren van betaald werk (n=1130)

	(Helemaal) niet belemmerd	Neutraal	(Zeer) belemmerd
Lichamelijk	25%	21%	54%
Psychisch	52%	29%	19%
Uren	36%	28%	35%

De meeste werknemers ervaren lichamelijke belemmeringen bij het uitvoeren van werk (54%). Psychische belemmeringen en urenbelemmeringen komen minder vaak voor. Het is van belang om op te merken dat een groot deel van de werknemers belemmeringen ervaart bij het verrichten van betaalde arbeid, maar er desondanks toch in slaagt om te werken. Zeventien procent van de werknemers ervaart geen enkele belemmering bij het uitvoeren van werk. Tien procent van de werknemers ervaart lichamelijke, psychische en urenbeperkingen.

Als we de ervaren belemmeringen in relatie tot de ervaren gezondheid bekijken, dan zien we bij alle typen belemmeringen dat de 35-minners die geen belemmeringen ervaren vaker een (zeer) goede gezondheidsbeleving hebben (zie figuur 5.3). Er zijn echter ook 35-minners met een goede ervaren gezondheid, die toch belemmeringen ervaren bij het uitvoeren van betaald werk. Dit aandeel is bij 35-minners met ervaren psychische belemmeringen het grootst (21%). Mogelijk ervaart een deel van de werknemers met bijvoorbeeld stress op het werk dit wel als psychische belemmering, maar niet als gezondheidsprobleem.

Figuur 5.3 Ervaren gezondheid van werkende 35-minners naar type belemmering

5.4.3 Persoonskenmerken

Tot besluit van deze paragraaf beschrijven we de relatie tussen persoonskenmerken en de ervaren gezondheid van werkende 35-minners. Bij de ervaren gezondheid onderscheiden we een (zeer) goede, een matige en een (zeer) slechte ervaren gezondheid. We onderscheiden de volgende persoonskenmerken: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, etniciteit, samenstelling van het huishouden, financiële noodzaak en inkomen ten tijde van de claimbeoordeling. De tabellen vindt u in bijlage 3.

Werkende 35-minners met een allochtone achtergrond hebben vaker een (zeer) slechte ervaren gezondheid (24%) dan autochtone werkenden (11%).

Dertien procent van de werkenden waar, volgens de respondent, sprake is van financiële noodzaak heeft een (zeer) slechte ervaren gezondheid. Van de werkende 35-minners waar geen sprake is van financiële noodzaak heeft elf procent een (zeer) slechte ervaren gezondheid.

Bij de werkloze 35-minners was er ook een verband tussen ervaren gezondheid en het bruto uurloon op het moment van de ziekmelding. Dit verband is er echter niet bij werkende 35-minners. In alle inkomensgroepen beoordeelt 38 tot 42 procent de eigen gezondheid als (zeer) goed.

Ook het verband tussen opleiding en ervaren gezondheid doet zich bij de werkenden niet voor. Alleen werkenden met een opleiding op het niveau van het basisonderwijs hebben vaker dan andere opleidingsniveau een (zeer) slechte ervaren gezondheid (75%). In de overige opleidingscategorieën ervaart 42 tot 48 procent de eigen gezondheid als (zeer) goed.

5.5 Relatie tussen ervaren gezondheid en vastgestelde belastbaarheid

In de vorige paragraaf hebben we vastgesteld dat twaalf procent van de werkende 35-minners een slechte tot een zeer slechte ervaren gezondheid heeft. Het is de vraag of UWV bij deze groep mensen ook meer beperkingen heeft vastgesteld dan bij de mensen die een (zeer) goede ervaren gezondheid hebben. Dat blijkt inderdaad het geval te zijn. Werkenden met een slechtere ervaren gezondheid hebben meer vastgestelde beperkingen dan mensen met een betere ervaren gezondheid.

Tabel 5.6 Gemiddeld aantal vastgestelde beperkingen van werkende 35-minners naar ervaren gezondheid

Ervaren gezondheid	Gemiddeld aantal beperkingen			
	Totaal	Lichamelijk	Psychisch	Uren
(Zeer) goed	7,5	5,9	1,6	0,7
Matig	9,7	8,0	1,6	0,9
(Zeer) slecht	11,3	9,4	2,8	0,8

Met een ordinale regressieanalyse is vastgesteld of de relatie tussen vastgestelde belastbaarheid en ervaren gezondheid standhoudt als er wordt gecorrigeerd voor andere variabelen die van invloed zijn op ervaren gezondheid.²²

²² De resultaten van de regressieanalyse zijn opgenomen in bijlage 2.

Uit de analyse blijkt dat de mate van ervaren gezondheid wordt verklaard door de vastgestelde belastbaarheid, maar ook door etniciteit. Naarmate een werkende 35-minner minder beperkingen heeft, is de kans groter dat hij of zij een betere ervaren gezondheid heeft. Daarnaast blijken autochtone 35-minners een betere ervaren gezondheid te hebben dan 35-minners met een allochtone achtergrond.

In de volgende paragrafen zullen we de relatie tussen typen ervaren belemmeringen en vastgestelde belastbaarheid verder uitwerken.

5.5.1 Relatie tussen typen ervaren en vastgestelde belastbaarheid

Er is een verband tussen de ervaren en de vastgestelde lichamelijke belastbaarheid. Mensen met meer vastgestelde lichamelijke beperkingen ervaren vaker lichamelijke belemmeringen. Ook voor de psychische belastbaarheid geldt dat naarmate UWV meer belemmeringen heeft vastgesteld, de ervaren psychische belastbaarheid afneemt. Bij de werkende 35-minners is geen relatie vast te stellen tussen ervaren en vastgestelde urenbelemmeringen.

Het aandeel werkende 35-minners dat een urenbelemmering ervaart, neemt nauwelijks toe, naarmate het aantal vastgestelde belemmering toeneemt.

Dertig procent van de werknemers waarbij geen lichamelijke belemmeringen zijn vastgesteld, voelt zich toch lichamelijk (zeer) belemmerd bij het uitvoeren van betaald werk. Net als bij de niet-werkende 35-minners is het mogelijk dat UWV een psychische of urenbelemmering vaststelt, maar dat deze door de 35-minners als lichamelijke belemmering wordt ervaren.

Het is ook zo dat van de werkende 35-minners met relatief veel vastgestelde psychische belemmeringen zestig procent zich niet belemmerd voelt. Dit beeld komt overeen met wat we hebben gezien bij de werkloze 35-minners. Ook hier geldt dat de verzekeringsarts beperkingen weliswaar heeft vastgesteld, maar dat UWV tegelijkertijd oordeelt dat er nog voldoende mogelijkheden zijn om betaald werk uit te voeren waarbij deze beperkingen geen belemmering vormen.

5.6 Samenvatting en conclusie

In dit hoofdstuk hebben de groep werkende 35-minners nader bekeken. In deze slotparagraaf vatten we de belangrijkste uitkomsten kort samen.

Vastgestelde belastbaarheid

Werkende 35-minners hebben gemiddeld 9,5 beperkingen. Dit is minder dan het gemiddeld aantal beperkingen van werkloze 35-minners. Respondenten die minder zijn gaan werken, hebben gemiddeld meer beperkingen dan de respondenten die na de WIA-beoordeling evenveel werken als voor ziekmelding.

Er blijkt een samenhang te zijn tussen het aantal belemmeringen en de omvang van het dienstverband na werkhervatting. Werkenden met relatief veel vastgestelde belemmeringen zijn vaker minder gaan werken. Er is geen verschil tussen het gemiddeld aantal beperkingen van 35-minners die bij de eigen of een andere werkgever het werk hebben hervat. Het aantal beperkingen verklaart daarmee niet waarom de ene werknemer bij de eigen werkgever re-integreert en de andere niet. Het aantal beperkingen zegt overigens niets over de arbeids(on)geschiktheid voor eigen werk. Het is mogelijk dat werknemers die bij een nieuwe werkgever re-integreren hun oude werk niet meer kunnen uitvoeren. Dit is echter niet af te leiden uit de vastgestelde belastbaarheid zoals deze in dit onderzoek is geoperationaliseerd.

Net als bij niet-werkende 35-minners is het bij werkenden 35-minners zo dat de mensen met een lager inkomen over het algemeen meer beperkingen hebben dan mensen met een hoger inkomen. Dit is een gevolg van de schattingssystematiek van de WIA.

Ervaren gezondheid en belastbaarheid

43 procent van de werkende 35-minners beoordeelt de eigen gezondheid als (zeer) goed en 45 procent als matig. De 35-minners met een (zeer) goede ervaren gezondheid, werken in vergelijking met de 35-minners wier gezondheidsbeleving matig of slecht is vaker hetzelfde aantal uren als voor ziekmelding. Een groot deel van de werknemers ervaart belemmeringen bij het uitvoeren van werk, maar is er desondanks in geslaagd het werk te hervatten.

Werkenden met een allochtone achtergrond hebben vaker dan autochtone werkenden een (zeer) slechte ervaren gezondheid. Daarnaast is de ervaren gezondheid slechter als het huishouden financieel afhankelijk is van het inkomen van de werkende 35-minner om rond te kunnen komen. In vergelijking met de niet-werkende 35-minners is bij werkende 35-minners het verschil in ervaren gezondheid tussen de verschillende inkomensgroepen veel minder sterk.

Ervaren gezondheid en vastgestelde belastbaarheid

Over het algemeen geldt voor de werkenden dat hun gezondheidsbeleving beter is naarmate UWV minder beperkingen heeft vastgesteld. Tegelijkertijd is het zo dat een deel van de werkende 35-minners belemmeringen ervaart terwijl UWV deze niet heeft vastgesteld en andersom: UWV heeft belemmeringen vastgesteld die door de respondent niet als belemmering worden ervaren bij het uitvoeren van werk. Mogelijk ervaren 35-minners een lichamelijke beperking, terwijl bij de claimbeoordeling als urenbeperking of psychische beperking is vastgesteld. Daarnaast is het zo dat UWV bij de claimbeoordeling weliswaar beperkingen vaststelt, maar tegelijkertijd oordeelt dat deze beperkingen geen belemmering hoeven te vormen voor het uitvoeren van betaald werk en dus ook niet als zodanig worden ervaren.

Literatuur

- Blonk, R.W.B. (2006) *Het lukt niet zonder werk. Over psychische klachten, arbeidsparticipatie en herstel*. Almere: PlantijnCasparie.
- Bosch, F.A.J. van den, & C. Petersen (1980) Arbeidsongeschiktheid als economisch begrip. Een theoretische en empirische analyse inzake de ontwikkeling van arbeidsongeschiktheid op mesoniveau. *Economisch Statistische Berichten*, 1980 (...), 1344-1350.
- Broersen, J.P.J., H.P.G. Mulders, A.J.M. Schellart, & A.J. van der Beek (2009) *The interrelations between the functional abilities in cases of long-term sickness absence*. Amsterdam: Research Centre for Insurance Medicine AMC-UWV-Vumc en VU University Medical Centre, EMGO Institute, Department of Public and Occupational Health en Knowledge Centre of the Executive Institute for Social Insurance.
- Burg, C.L. van der, D.A.G. Arts & V. Veldhuis (2009) *Begrip en beleving van de WGA. Ervaringen van WGA-cliënten met de WGA*. Leiden: Bureau AStri.
- Burg, C.L. van der, & C.G.L. van Deursen (2008) *Eindrapportage. Herbeoordeeld...en dan? Stand van zaken achttien maanden na de uitslag 2005 en 2006*. Leiden: Bureau AStri.
- Deursen, C.G.L. van (2006) *Werken na herbeoordeling? Onderzoek onder 1.783 herbeoordeelden waarvan de uitkering verlaagd of beëindigd is*. Leiden: Bureau AStri.
- Deursen, C.G.L. van (2007) *Herbeoordeeld...en dan? Stand van zaken acht maanden na de uitslag 2005 en 2006*. Leiden: Bureau AStri.
- Doorn, M. van, C. van der Burg & I. Hento (2003) *Onzekerheden bij werkhervatting. Een verkennende studie naar de ervaren onzekerheden van mensen met een WAO-uitkering*. Leiden: Bureau AStri.
- Echtelt, P. van, & S. Hoff (2008) *Wel of niet aan het werk. Achtergronden van het onbenut arbeidspotentieel onder werkenden, werklozen en arbeidsongeschikten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Grievink, L., M. de Vries, C.J. Yzermans, P.G. van der Velden, B. van den Berg & D.A. Smilde-van den Doel (2007) *Gezondheidsonderzoek na rampen. Vragenlijsten voor algemene en psychosociale gezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Hento, I., M. van Doorn & C. van Deursen (2003) *2 ½ jaar na het eerste ziektejaar: werken met WAO-uitkering? 12-maandszieken over hun arbeidsongeschiktheid, gezondheid, herbeoordeling en reïntegratie*. Leiden: Bureau AStri.
- Hoff, S., & G. Jehoel-Gijsbers (2003) *De uitkering van de baan. Reïntegratie van uitkeringsontvangers: ontwikkelingen in de periode 1992-2002*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Hooff, M. van, P. Smulders & E. de Vroome (z.d.) Onderzoeksnotitie: Verklaren werkomstandigheden de gezondheidsverschillen tussen autochtone en allochtone werknemers? *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, z.d.(25-2), 147-155.
- Hooft, E. van, & M. Ottervanger (2007) *Verklarende factoren van werkzoekgedrag en werkhervatting*. Rotterdam: Instituut voor Psychologie, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Hooftman, W., J.F. Ybema & S. van den Bossche (2009) Beroep als voorspeller van langdurig geregistreerd verzuim. *Economisch Statistische Berichten*, 2009(94-4563), 390-393.
- Horssen, C. van (2008) *Geen WIA, wel werk? Vervolgmeting van het onderzoek naar de re-integratie van werknemers die minder dan 35 procent arbeidsongeschikt zijn verklaard*. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek.
- Horssen, C. van, & E. van Doorn (2007) *Onderzoek naar de re-integratie van werknemers die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn. Minder dan 35% arbeidsongeschikt: blijven werken of toch niet?* Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek.

- Jong, P. de, C. Schrijvershof & T. Veerman (2009) Langdurig verzuim van vangnetters. *Economisch Statistische Berichten*, 2009(94-4563), 407-409.
- Jong, T. de, N. Wiezer & C. Joling (z.d.) Baanonzekerheid, welzijn en gezondheid. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, z.d.(24-4), 384-401.
- Kawachi, I., B.P. Kennedy & R. Glass (1999) Social capital an self-rated health: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 1999(89-8), 1187-1193.
- Kenniscentrum UWV (2007) *UWV kwartaal verkenning 2007-I*.
- Kenniscentrum UWV (2008) *Kennismemo 08/02 Resultaten onderzoek zittend bestand WW*.
- Kenniscentrum UWV (2008) *Kennismemo 08/17 Zachte factoren en werkhervatting*.
- Kenniscentrum UWV (2008) *UWV kwartaal verkenning 2007-IV*.
- Kenniscentrum UWV (2009) *Kennismemo 09-13 Schatting effect aangepaste schattingsbesluit op aandeel afwijzingen WIA*.
- Klein Hesselink, J., & P. Smulders (2005) De voorspellers van werkwens en werkzoekgedrag. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 2005(21-3), 245-258.
- Klink, J. van der (2007) *Oratie. Werk maken van participatie*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Molarius, A., K. Berglund, C. Eriksson, M. Lambe, E. Nordström, H.G. Eriksson, & I. Feldman (2006) Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *European Journal of Public Health*, 2006(17-2), 125-133.
- Nas, M. (2008). Haagse WWB-ers over hun gezondheid en betaald werk. *Sociaal Bestek*.
- Oguzoglu, U. (2009) *Severity of work disability and work*. Bonn: IZA.
- RIVM (2002) *De ICF. Een classificatie voor het beschrijven van het functioneren van mensen inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn. (Brochure)* Bilthoven: ICF.
- RIVM (2002) *Nederlandse vertaling van de 'International classification of functioning, disability and health'. Compilatie*. Bilthoven: ICF.
- Schellekens, J.M.H., F. Abma, M. Nijland, G. Postma, J. van Bebbber, H. Mulders, H. Havinga, & K. van Brakel (2007) *Voorspellers voor succesvolle werkhervatting. Bijlagen A t/m D*. Groningen: Experimentele & Arbeidspsychologie der Rijksuniversiteit Groningen.
- Schellekens, J.M.H., F. Abma, M. Nijland, G. Postma, J. van Bebbber, H. Mulders, H. Havinga, & K. van Brakel (2007) *Voorspellers voor succesvolle werkhervatting. Een vergelijking tussen langdurig werklozen en snelle werkhervatters*. Groningen: Experimentele & Arbeidspsychologie der Rijksuniversiteit Groningen.
- Steenbeek, R., K. Jettinghoff, H.M. Sonneveld & F.M.M. van den Heuvel (2007) *TNO-rapport. Gezondheidsherstel en werkhervatting van zieke en niet-zieke werklozen*. Hoofddorp: Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek.
- Ybema, J.F., J. Sanders & E. de Vroome (2006) *TNO-rapport. Cohortstudie arbeid, verzuim en gezondheid (AVG). Methodologie en eerste resultaten 2004-2006*. Hoofddorp: Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek.

Bijlage 1

Operationalisering vastgestelde belastbaarheid

Inleiding

Ten behoeve van dit onderzoek heeft UWV informatie aangeleverd over de functionele beperkingen (feitelijke belastbaarheid) van de respondenten. De vastgestelde belastbaarheid voor werk wordt door een keuringsarts van UWV vastgesteld. De keuringsarts maakt daarbij gebruik van de functionele mogelijkhedenlijst (FML). Met behulp van de FML worden de beperkingen van de respondent in kaart gebracht en dienovereenkomstig geregistreerd.

In dit onderzoek onderscheiden we drie typen beperkingen. In deze bijlage verantwoorden we de wijze waarop de FML-items zijn samengenomen in schalen die het type vastgestelde beperking weergeven.

Opbouw van de FML

De FML bestaat uit 91 items waarop beperkingen aanwezig kunnen zijn. Daarin worden de volgende clusters onderscheiden:

- Rubriek I: Persoonlijk functioneren
- Rubriek II: Sociaal functioneren
- Rubriek III: Aanpassing aan fysieke omgevingseisen
- Rubriek IV: Dynamische handelingen
- Rubriek V: Statische houdingen
- Rubriek VI: Werktijden

Schaalindeling van de items

Het type beperking wordt geoperationaliseerd door de items uit de FML samen te nemen in schalen. Er zijn verschillende schaalindelingen mogelijk. Op basis van een aantal theoretische overwegingen is een indeling in type beperkingen gemaakt. Vervolgens is met behulp van factoranalyse en betrouwbaarheidsanalyse vastgesteld wat de interne consistentie is van de samengenomen variabelen.

Op inhoudelijke en statistische gronden hebben we er uiteindelijk voor gekozen om bij de constructie van de schalen aansluiting te zoeken bij de indeling van het type beperkingen zoals gehanteerd in de vragenlijst. Dit maakt vergelijking van de ervaren belastbaarheid en de vastgestelde belastbaarheid op het niveau van de type beperkingen mogelijk. Persoonlijk en sociaal functioneren zijn geschaard onder de noemer psychische belastbaarheid. Dynamische en statische handelingen worden tot de lichamelijke belastbaarheid gerekend. Werktijden vallen onder de belastbaarheid in uren.

De items die betrekking hebben op de beperkingen in de fysieke arbeidsomstandigheden (zoals werken in tocht, hitte en stof) zijn in de praktijk niet van invloed op de uitkomst van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. In het CBBS zijn namelijk geen beroepen opgenomen waarbij dergelijke omstandigheden voorkomen. Deze items blijven in het onderzoek daarom buiten beschouwing.

Tabel B1.1 Indeling FML en interne consistentie

Typen beperkingen	FML	Interne consistentie (Crohnbach's alfa)
Lichamelijke beperkingen	Rubriek 1 en 2	0,78
Psychische beperkingen	Rubriek 4 en 5	0,82
Urenbeperkingen	Rubriek 6	0,79

De interne consistentie is een statistische maat die aangeeft of de items gelijksoortig genoeg zijn om in een schaal samengenomen te worden. Daarbij wordt over het algemeen een ondergrens van 0,6 aangehouden. De waarden voor de interne consistentie van de schalen zijn uitstekend.

Totstandkoming van de schaalscores

De mate van belastbaarheid wordt bepaald door te kijken naar het aantal vastgestelde beperkingen in de FML, waarbij ook rekening wordt gehouden met de ernst van de beperking. Naarmate een respondent meer en/of ernstiger beperkingen heeft, is de schaalscore hoger en de belastbaarheid voor werk lager.

De mate van belastbaarheid wordt geoperationaliseerd in twee variabelen. Allereerst wordt een schaalscore bepaald op basis van het aantal en de ernst van de beperkingen. Deze score wordt bepaald door de scores op de afzonderlijke items van de FML bij elkaar op te tellen. Er zijn 87 items in de schaal opgenomen. Voor elk item geldt dat de minimumwaarde 0 is (niet beperkt) en de maximumwaarde 0,75 (indien de antwoordcategorieën eindigen bij beperkt) en 1 (als de antwoordcategorieën eindigen bij sterk beperkt). In tabel B1.2 zijn de minimum- en de maximumwaarde van de verschillende schalen weergegeven.

Tabel B1.2 Minimum- en de maximumwaarde van de schalen

Typen beperkingen	Aantal items	Minimum	Maximum
Totaal	87	0	71,5
Lichamelijke beperkingen	40	0	34
Psychische beperkingen	47	0	37,5
Urenbeperkingen	4	0	3,75

De tweede variabele is een som van het aantal items waarop iemand beperkt is, ongeacht de ernst ervan. De verdeling van de cliënten in het proefbestand van UWV over het aantal beperkingen is als volgt.

De samenhang tussen het aantal beperkingen en de schaalscore is nagenoeg perfect (correlatie is 0,988). Dit komt omdat 63 van de 87 items waaruit deze schaal is opgebouwd dichotoom zijn (wel/geen beperking). Er is in dat geval bij het vóórkomen van de beperking geen spreiding in de ernst.

Dit leidt ertoe dat beide variabelen wel opgenomen kunnen worden in de beschrijving, maar dat het geen zin heeft om zowel het aantal beperkingen als de schaalscore op te nemen in de verklarende analyses. In de verklarende analyses maken we gebruik van de schaalscores.

Bijlage 2

Tabellen multivariate analyse

Paragraaf 3.2

Tabel B2.1 Logistische regressieanalyse: de relatie tussen vastgestelde belastbaarheid en werkhervatting²³

	Exp(B)	S.E.	Sig.	95% BI	
				Ondergrens	Bovengrens
Constante	0,244	,646	,029		
Vastgestelde belastbaarheid	0,948	,017	,002	,917	,980
Alleenstaand	0,646	,148	,003	,484	,864
Thuiswonend kind	0,651	,155	,005	,481	,881
Re-integratie	2,054	,126	,000	1,604	2,632
Uurloon	1,129	,019	,000	1,087	1,171

Nagelkerke Pseudo R² = 0,190

Paragraaf 3.3

Tabel B2.2 Logistische regressieanalyse: de relatie tussen de aard van de beperking en werkhervatting²⁴

	Exp(B)	S.E.	Sig.	95% BI	
				Ondergrens	Bovengrens
Constant	,094	,256	,000	-	-
Bruto uurloon	1,155	,018	,000	1,115	1,196
Re-integratie-instrumenten	1,811	,117	,000	1,440	2,277
Samenstelling huishouden	,703	,133	,008	,542	,912
Lichamelijk			,028	-	-
Psychisch	,699	,189	,058	,483	1,012
Lichamelijk en psychisch	,738	,130	,019	,572	,952

Nagelkerke Pseudo R² = 0,183

²³ Niet in de tabel opgenomen zijn: opleidingsniveau, etniciteit, aantal maanden sinds de claimbeoordeling, leeftijd, geslacht en financiële noodzaak.

²⁴ Niet in de tabel opgenomen zijn: opleidingsniveau, etniciteit, aantal maanden sinds de claimbeoordeling, leeftijd, geslacht en financiële noodzaak. Deze variabelen hangen niet significant samen met werkhervatting.

Paragraaf 3.4

Tabel B2.3 Logistische regressieanalyse: ervaren belastbaarheid en werkhervatting²⁵

	Exp(B)	S.E.	Sig.	95% BI	
				Ondergrens	Bovengrens
Constant	,625	,805	,559	-	-
Ervaren gezondheid (zeer goed)			,000		
Ervaren gezondheid (goed)	,563	,779	,461	,122	2,593
Ervaren gezondheid (matig)	,250	,774	,073	,055	1,139
Ervaren gezondheid (slecht)	,096	,781	,003	,021	,445
Ervaren gezondheid (zeer slecht)	,122	,816	,010	,025	,602
Bruto uurloon	1,152	,016	,000	1,117	1,188
Re-integratie-instrumenten	1,856	,120	,000	1,466	2,350
Samenstelling huishouden	,734	,135	,022	,564	,957

Nagelkerke Pseudo R² = 0,259

Paragraaf 3.5

Tabel B2.4 Logistische regressieanalyse: vastgestelde, ervaren belastbaarheid en werkhervatting²⁶

	Exp(B)	S.E.	Sig.	95% BI	
				Ondergrens	Bovengrens
Constant	,625	,805	,559	-	-
Vastgestelde belastbaarheid					
Ervaren gezondheid (zeer goed)			,000		
Ervaren gezondheid (goed)	,563	,779	,461	,122	2,593
Ervaren gezondheid (matig)	,250	,774	,073	,055	1,139
Ervaren gezondheid (slecht)	,096	,781	,003	,021	,445
Ervaren gezondheid (zeer slecht)	,122	,816	,010	,025	,602
Bruto uurloon	1,152	,016	,000	1,117	1,188
Re-integratie-instrumenten	1,856	,120	,000	1,466	2,350
Samenstelling huishouden	,734	,135	,022	,564	,957

Nagelkerke Pseudo R² = 0,260

²⁵ Niet in de tabel opgenomen zijn: thuiswonende kinderen (<12 jaar), opleidingsniveau etniciteit, aantal maanden sinds de claimbeoordeling, leeftijd, geslacht en financiële noodzaak. Deze variabelen hangen niet significant samen met werkhervatting.

²⁶ Niet in de tabel opgenomen zijn: thuiswonende kinderen (<12 jaar), opleidingsniveau, etniciteit, aantal maanden sinds de claimbeoordeling, leeftijd, geslacht en financiële noodzaak. Deze variabelen hangen niet significant samen met werkhervatting.

Paragraaf 4.4

Tabel B2.5 Logistische regressieanalyse: de relatie tussen ervaren en vastgestelde belastbaarheid²⁷

	Exp(B)	S.E.	Sig.	95% BI	
				Ondergrens	Bovengrens
Constante	3,418	0,797	0,123	-	-
Vastgestelde belastbaarheid	0,932	0,029	0,015	,881	,987
Leeftijd	0,959	0,013	0,002	,935	,984
Maatmanloon	1,147	0,035	0,000	1,071	1,228
Thuiswonende kinderen	0,549	0,282	0,033	,316	,954

Nagelkerke Pseudo R² = 0,121

Paragraaf 5.5

Tabel B2.6 Ordinale regressieanalyse: de relatie tussen ervaren gezondheid en vastgestelde belastbaarheid²⁸

Vastgestelde berishtaarmid					
	Par.	SE	Sig.	95% BI	
				Ondergrens	Bovengrens
Ervaren gezondheid (referentie = zeer slecht)					
Zeer goed	-5,236	,405	,000	-6,030	-4,441
Goed	-1,490	,340	,000	-2,156	-,824
Matig	,886	,338	,009	,224	1,548
Slecht	2,666	,379	,000	1,924	3,409
Aantal vastgestelde beperkingen (referentie = meer dan 21)					
0	-1,540	,402	,000	-2,327	-,753
1 tot 5	-1,313	,329	,000	-1,958	-,669
6 tot 10	-,773	,321	,016	-1,403	-,143
11 tot 15	-,364	,325	,263	-1,001	,274
15 tot 20	,112	,361	,757	-,596	,820
Etniciteit (referentie = allochtoon)					
Autochtoon	-,502	,172	,004	-,840	-,165
Nagelkerke Pseudo R ² = 0,075					

²⁷ Niet in de tabel opgenomen zijn: maatmanuurloon, leeftijd, opleidingsniveau, aantal maanden sinds de claimbeoordeling, geslacht en financiële noodzaak, samenstelling van het huishouden en thuiswonende kinderen. Er is geen significant verband tussen deze variabelen en ervaren gezondheid.

²⁸ Niet in de tabel opgenomen zijn: opleidingsniveau, etniciteit, aantal maanden sinds de claimbeoordeling, geslacht en financiële noodzaak. Er is geen significant verband tussen deze variabelen en ervaren belastbaarheid.

Bijlage 3

Achtergrondkenmerken werkende en niet-werkende 35-minners

Werkenden en niet-werkenden vergeleken

Onderstaande tabellen worden besproken in 'Samenvatting en conclusies'.

Tabel B3.1 Opleidingsniveau naar werk en gezondheidsbeleving (n=1715)

	Geen werk, goede ervaren gezondheid (n=99)	Geen werk, slechte ervaren gezondheid (n=509)	Werk, goede ervaren gezondheid (n=475)	Werk, slechte ervaren gezondheid (n=630)
Basisonderwijs	6%	13%	3%	6%
Vmbo	20%	31%	21%	19%
Mbo	46%	38%	43%	42%
Havo/vwo	5%	7%	10%	8%
Hbo	16%	8%	18%	19%
Wo	7%	2%	6%	6%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Tabel B3.2 Inkomen naar werk en gezondheidsbeleving (n=1715)

	Geen werk, goede ervaren gezondheid (n=96)	Geen werk, slechte ervaren gezondheid (n=485)	Werk, goede ervaren gezondheid (n=375)	Werk, slechte ervaren gezondheid (n=548)
Laag	39%	51%	22%	24%
Midden	27%	34%	34%	32%
Hoog	34%	15%	44%	44%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Achtergrondkenmerken niet-werkenden

Onderstaande tabellen worden besproken in hoofdstuk 4.

Tabel B3.3 Gezondheidsbeleving van niet-werkende 35-minners naar geslacht (n=611)

	Matige tot zeer slechte ervaren gezondheid	(Zeer) goede ervaren gezondheid	Totaal
Vrouw (n=391)	84%	16%	100%
Man (n=220)	83%	17%	100%
Totaal (n=611)	83%	17%	100%

Tabel B3.4 Gezondheidsbeleving van niet-werkende 35-minners naar leeftijd (n=610)

	Matige tot zeer slechte ervaren gezondheid	(Zeer) goede ervaren gezondheid	Totaal
< 30 (n=35)	86%	14%	100%
31-40 (n=117)	80%	20%	100%
41-50 (n=227)	83%	17%	100%
51-60 (n=204)	85%	15%	100%
> 60 (n=27)	89%	11%	100%
Totaal (n=610)	83%	17%	100%

Tabel B3.5 Gezondheidsbeleving van niet-werkende 35-minners naar etniciteit (n=611)

	Matige tot zeer slechte ervaren gezondheid	(Zeer) goede ervaren gezondheid	Totaal
Autochtoon (n=485)	81%	19%	100%
Allochtoon (n=126)	93%	7%	100%
Totaal (n=611)	83%	17%	100%

Tabel B3.6 Gezondheidsbeleving van niet-werkende 35-minners naar financiële noodzaak (inkomen nodig om huishouden financieel rond te laten komen) (n=597)

	Matige tot zeer slechte ervaren gezondheid	(Zeer) goede ervaren gezondheid	Totaal
Nee (n=102)	81%	19%	100%
Ja (n=495)	84%	16%	100%
Totaal (n=597)	83%	17%	100%

Tabel B3.7 Gezondheidsbeleving van niet-werkende 35-minners naar samenstelling van het huishouden

	Matige tot zeer slechte ervaren gezondheid	(Zeer) goede ervaren gezondheid	Totaal
Niet-alleenstaand (n=417)	84%	16%	100%
Alleenstaand (n=177)	84%	16%	100%
Totaal (n=594)	84%	16%	100%

Tabel B3.8 Gezondheidsbeleving van niet-werkende 35-minners naar thuiswonende kinderen (n=611)

	Matige tot zeer slechte ervaren gezondheid	(Ze)er goede ervaren gezondheid	Totaal
Geen thuiswonend kind (n=471)	83%	17%	100%
Thuiswonend kind (n=140)	86%	14%	100%
Totaal (n=611)	83%	17%	100%

Tabel B3.9 Gezondheidsbeleving van niet-werkende 35-minners naar opleidingsniveau (n=603)

	Matige tot zeer slechte ervaren gezondheid	(Ze)er goede ervaren gezondheid	Totaal
Geen opleiding (n=6)	100%	0%	100%
Basisonderwijs (n=71)	92%	8%	100%
Vmbo (n=174)	89%	11%	100%
Mbo (n=236)	81%	19%	100%
Havo/vwo (n=39)	87%	13%	100%
Hbo (n=58)	72%	28%	100%
Wo (n=19)	63%	37%	100%
Totaal (n=603)	84%	16%	100%

Tabel B3.10 Gezondheidsbeleving van niet-werkende 35-minners naar maatmanloon (n=581)

	Matige tot zeer slechte ervaren gezondheid	(Ze)er goede ervaren gezondheid	Totaal
Laag (n=285)	87%	13%	100%
Midden (n=192)	86%	14%	100%
Hoog (n=104)	68%	32%	100%
Totaal (n=581)	83%	17%	100%

Achtergrondkenmerken werkenden

Onderstaande tabellen worden besproken in hoofdstuk 5.

Tabel B3.11 Gezondheidsbeleving van werkende 35-minners naar geslacht (n=1109)

	Matige tot zeer slechte ervaren gezondheid	(Ze)er goede ervaren gezondheid	Totaal
Vrouw (n=585)	59%	41%	100%
Man (n=524)	54%	46%	100%
Totaal (n=1109)	57%	43%	100%

Tabel B3.12 Gezondheidsbeleving van werkende 35-minners naar leeftijd (n=1105)

	Matige tot zeer slechte ervaren gezondheid	(Zeer) goede ervaren gezondheid	Totaal
< 30 (n=71)	56%	44%	100%
31-40 (n=194)	51%	49%	100%
41-50 (n=369)	59%	41%	100%
51-60 (n=445)	58%	42%	100%
> 60 (n=26)	58%	42%	100%
Totaal (n=1105)	57%	43%	100%

Tabel B3.13 Gezondheidsbeleving van werkende 35-minners naar etniciteit (n=1110)

	Matige tot zeer slechte ervaren gezondheid	(Zeer) goede ervaren gezondheid	Totaal
Autochtoon (n=966)	56%	44%	100%
Allochtoon (n=144)	65%	35%	100%
Totaal (n=1110)	57%	43%	100%

Tabel B3.14 Gezondheidsbeleving van werkende 35-minners naar financiële noodzaak (n=1098)

	Matige tot zeer slechte ervaren gezondheid	(Zeer) goede ervaren gezondheid	Totaal
Nee (n=227)	48%	52%	100%
Ja (n=871)	59%	41%	100%
Totaal (n=1098)	57%	43%	100%

Tabel B3.15 Gezondheidsbeleving van werkende 35-minners naar samenstelling van het huishouden (n=1079)

	Matige tot zeer slechte ervaren gezondheid	(Zeer) goede ervaren gezondheid	Totaal
Niet-alleenstaand (n=841)	56%	44%	100%
Alleenstaand (n=238)	62%	38%	100%
Totaal (n=1079)	57%	43%	100%

Tabel B3.16 Gezondheidsbeleving van werkende 35-minners naar thuiswonende kinderen (n=1110)

	Matige tot zeer slechte ervaren gezondheid	(Ze)er goede ervaren gezondheid	Totaal
Geen thuiswonend kind (n=887)	57%	43%	100%
Thuiswonend kind (n=223)	57%	43%	100%
Totaal (n=1110)	57%	43%	100%

Tabel B3.17 Gezondheidsbeleving van werkende 35-minners naar opleidingsniveau (n=1103)

	Matige tot zeer slechte ervaren gezondheid	(Ze)er goede ervaren gezondheid	Totaal
Geen opleiding (n=5)	80%	20%	100%
Basisonderwijs (n=52)	75%	25%	100%
Vmbo (n=217)	55%	45%	100%
Mbo (n=465)	57%	43%	100%
Havo/vwo (n=95)	52%	48%	100%
Hbo (n=200)	58%	42%	100%
Wo (n=69)	57%	43%	100%
Totaal (n=1103)	57%	43%	100%

Tabel B3.18 Gezondheidsbeleving van werkende 35-minners naar maatmanloon (n=923)

	Matige tot zeer slechte ervaren gezondheid	(Ze)er goede ervaren gezondheid	Totaal
Laag (n=215)	62%	38%	100%
Midden (n=304)	58%	42%	100%
Hoog (n=404)	59%	41%	100%
Totaal (n=923)	59%	41%	100%

Vragenlijst

***gezondheidsbeleving en werkhervatting
35-min***

Invulinstructie

Deze vragenlijst wordt geautomatiseerd verwerkt. Daarom is het belangrijk dat u:

- de vragenlijst niet kreukt;
- de vragenlijst invult met een zwarte of blauwe pen;
- een duidelijk kruisje zet in het vakje van uw keuze;
- geen streepjes zet als u niets hoeft in te vullen.
- getallen in het daarvoor bestemde vakjes invult, en niet buiten de lijntjes;

BIJVOORBEELD:

U heeft het cijfer goed ingevuld:

9

U heeft het cijfer niet goed ingevuld:

9

Soms kunt u een vraag overslaan. Er staat dan achter het antwoord dat u heeft gekozen wat de volgende vraag is die u moet beantwoorden. Bijvoorbeeld '→ ga door naar vraag 15'. Wanneer er niets staat achter het gekozen antwoord, dan kunt u gewoon verder gaan met de volgende vraag.

Wat moet u doen als u het foute antwoord heeft aangekruist?

BIJVOORBEELD:

Bent u een man of een vrouw?

☒ Man

☐ Vrouw

U heeft nu ingevuld dat u een man bent. Als u per ongeluk het verkeerde vakje heeft aangekruist, moet u het goede vakje helemaal inkleuren.

Bent u een man of een vrouw?

☒ Man

☒ Vrouw

U heeft nu ingevuld dat u een vrouw bent.

WIA-beoordeling

Tussen 1 januari 2008 en nu bent u door UWV beoordeeld voor de WIA.
De volgende vragen gaan over deze WIA-beoordeling.

1. Kunt u aangeven in welke mate u arbeidsongeschikt bent verklaard door UWV?

Indien u meerdere keren bent beoordeeld, beantwoord u de vraag dan voor de laatste beoordeling.

- ☐ Minder dan 35% arbeidsongeschikt
- ☐ Gedeeltelijk arbeidsongeschikt (35-80%) → *einde v/d vragenlijst, stuur de vragenlijst a.u.b. wel in!*
- ☐ Volledig arbeidsongeschikt (80-100%) → *einde v/d vragenlijst, stuur de vragenlijst a.u.b. wel in!*

2. Wanneer bent u door UWV beoordeeld voor de WIA?

Geef een schatting als u dit niet precies meer weet.

Jaar:

☐ 2008

☐ 2009

Maand:

☐ januari

☐ februari

☐ maart

☐ april

☐ mei

☐ juni

☐ juli

☐ augustus

☐ september

☐ oktober

☐ november

☐ december

3. Bent u het eens met de uitslag van de beoordeling?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

4. Heeft u bezwaar aangetekend tegen de uitslag van de beoordeling?

- ☐ Ja
- ☐ Nee → *ga door naar vraag 6*

5. Is de uitslag van de WIA-beoordeling na uw bezwaar aangepast door UWV?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Ik wacht op de uitslag van mijn bezwaarprocedure

6. Voor hoeveel procent bent u bij uw laatste beoordeling door UWV precies arbeidsongeschikt verklaard? UWV heeft de uitslag van de medische keuring in een brief aan u meegedeeld. In deze brief staat ook uw exacte arbeidsongeschiktheidpercentage.

%

7. Zijn uw gezondheidsklachten na de WIA-beoordeling veranderd?

- ☐ Nee, de klachten zijn hetzelfde gebleven
- ☐ Ja, de klachten zijn erger geworden
- ☐ Ja, de klachten zijn minder erg geworden

Uw werksituatie voor ziekmelding

8. Wat voor dienstverband had u, voordat u zich ziek meldde?

- ☐ Vast dienstverband (voor onbepaalde tijd)
- ☐ Tijdelijk dienstverband met uitzicht op een vaste aanstelling
- ☐ Tijdelijk dienstverband zonder uitzicht op een vaste aanstelling
- ☐ Uitzendkracht
- ☐ Oproepkracht
- ☐ Anders, namelijk:

9. Hoeveel uur per week werkte u (volgens contract) toen u zich ziek meldde?

 uur

10. Heeft u in de periode tussen ziekmelding en WIA-beoordeling gewerkt?

- ☐ Ja, alle uren van mijn contract
- ☐ Ja, maar niet volledig
- ☐ Nee → ga door naar vraag 12

11. Hoeveel uur werkte u gemiddeld per week op het moment van de keuring?

 uur

12. Hoe hoog was uw persoonlijke netto-inkomen op het moment van de keuring door UWV?

Het netto-inkomen is het bedrag dat elke maand op uw bankrekening wordt gestort.

- ☐ Minder dan 500 euro
- ☐ Meer dan 500, maar minder dan 1000 euro
- ☐ Meer dan 1000, maar minder dan 1500 euro
- ☐ Meer dan 1500, maar minder dan 2000 euro
- ☐ Meer dan 2000, maar minder dan 2500 euro
- ☐ Meer dan 2500 euro

Uw huidige situatie

13. Heeft u op dit moment nog een dienstverband bij de werkgever waar u ziek bent geworden?

- ☐ Ja → ga door naar vraag 15
- ☐ Nee

14. Hoe is uw dienstverband bij deze werkgever beëindigd?

- ☐ Ik ben ontslagen voordat ik een nieuwe baan had gevonden
- ☐ Ik heb ontslag genomen voordat ik een nieuwe baan had gevonden
- ☐ Ik heb ontslag genomen omdat ik een nieuwe baan had gevonden
- ☐ Mijn contract liep af en is niet verlengd
- ☐ Anders, namelijk:

15. Bent u op dit moment aan het werk bij deze werkgever?

- ☐ Ja → *ga door naar vraag 29*
- ☐ Nee

16. Bent u op dit moment aan het werk bij een andere werkgever?

- ☐ Ja → *ga door naar vraag 29*
- ☐ Nee

U werkt op dit moment niet

17. Heeft u gebruik gemaakt, of gaat u gebruik maken van een re-integratietraject of een re-integratie-instrument om weer aan het werk komen?

- ☐ Ja, ik heb gebruik gemaakt van een traject of –instrument
- ☐ Ja, ik ben momenteel bezig met een traject of –instrument
- ☐ Ja, ik ga gebruik maken van een traject of –instrument
- ☐ Nee → *ga door naar vraag 19*

18. Wie helpt u, of heeft u geholpen bij de re-integratie? Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Mijn oude werkgever
- ☐ Een re-integratiebedrijf
- ☐ Bedrijfsarts
- ☐ UWV
- ☐ Gemeente
- ☐ Mensen uit mijn omgeving
- ☐ Anders

19. Heeft u na de WIA-beoordeling betaald werk gedaan?

- ☐ Ja
- ☐ Nee → *ga door naar vraag 27*

20. Bij welke werkgever was dat? Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Bij de werkgever waar ik ziek ben geworden
☐ Bij een andere werkgever

21. Zijn in uw laatste baan de volgende werkaanpassingen toegepast?

		Ja	Nee
a.	Korter werken	☐	☐
b.	Andere pauzeregeling	☐	☐
c.	Lager werktempo dan gebruikelijk	☐	☐
d.	Weglaten van taken	☐	☐
e.	Zelf het werk mogen indelen	☐	☐
f.	Telewerken	☐	☐
g.	Aanschaf van hulpmiddelen	☐	☐
h.	Roosteraanpassing	☐	☐
i.	Hulp van collega's	☐	☐
j.	Arbeidstherapeutisch werken	☐	☐

22. Werkte u op het moment van de WIA-beoordeling?

- ☐ Ja → ga door naar vraag 24
☐ Nee

23. Wanneer heeft u voor het eerst na de keuring het werk hervat?

Als u dit niet precies meer weet, kunt u een schatting geven.

Jaar:

- ☐ 2008
☐ 2009

Maand:

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ januari | ☐ april | ☐ juli | ☐ oktober |
| ☐ februari | ☐ mei | ☐ augustus | ☐ november |
| ☐ maart | ☐ juni | ☐ september | ☐ december |

24. Wat voor dienstverband had u in dit werk?

- ☐ Vast dienstverband (voor onbepaalde tijd)
☐ Tijdelijk dienstverband met uitzicht op een vaste aanstelling
☐ Tijdelijk dienstverband zonder uitzicht op een vaste aanstelling
☐ Uitzendkracht
☐ Oproepkracht
☐ Anders, namelijk:

25. Hoeveel uur werkte u gemiddeld per week bij dit werk?

uur

26. Geef u bij de onderstaande punten aan in hoeverre deze op dit moment een belemmering zouden vormen bij het uitvoeren van betaald werk (1= helemaal niet belemmerend, 5 = zeer belemmerend)

		Helemaal niet belem- merend	Niet belem- merend	Neutraal	Belem- merend	Zeer belem- merend
a.	Lichamelijke gezondheid	☐	☐	☐	☐	☐
b.	Psychische gezondheid	☐	☐	☐	☐	☐
c.	Het aantal uren dat u kunt werken	☐	☐	☐	☐	☐
d.	Zorg voor familieleden	☐	☐	☐	☐	☐
e.	Opleidingsniveau	☐	☐	☐	☐	☐
f.	Werkervaring	☐	☐	☐	☐	☐
g.	Beheersing van de Nederlandse taal	☐	☐	☐	☐	☐
h.	Uw leeftijd	☐	☐	☐	☐	☐
i.	Afwijkende werktijden (nacht-, avond-, ploegendienst, onregelmatige dienst)	☐	☐	☐	☐	☐

27. Zou u op dit moment betaald werk willen hebben?

- ☐ Ja → ga door naar vraag 37
☐ Nee

28. Wat zijn de belangrijkste redenen dat u op dit moment geen betaald werk wilt hebben?

Maximaal twee antwoorden aankruisen

- ☐ Ik zorg voor mijn gezin en/of huishouden
☐ Ik volg een opleiding/studie
☐ Vanwege mijn leeftijd
☐ Vanwege mijn gezondheidstoestand
☐ Financieel niet nodig
☐ Anders, namelijk:

→ GA DOOR NAAR VRAAG 37

U werkt

29. U werkt. Heeft u gebruik gemaakt van een re-integratie-instrument om weer aan het werk komen?

- ☐ Ja
☐ Nee → ga door naar vraag 33

30. Wie heeft u geholpen bij het terugkeren naar werk? Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Mijn oude werkgever
☐ Een re-integratiebedrijf
☐ Bedrijfsarts
☐ UWV
☐ Gemeente
☐ Mensen uit mijn omgeving
☐ Anders

31. Zijn in uw huidige baan de volgende werkaanpassingen toegepast?

		Ja	Nee
a.	Korter werken	☐	☐
b.	Andere pauzeregeling	☐	☐
c.	Lager werktempo dan gebruikelijk	☐	☐
d.	Weglaten van taken	☐	☐
e.	Zelf het werk mogen indelen	☐	☐
f.	Telewerken	☐	☐
g.	Aanschaf van hulpmiddelen	☐	☐
h.	Roosteraanpassing	☐	☐
i.	Hulp van collega's	☐	☐
j.	Arbeidstherapeutisch werken	☐	☐

32. Werkte u op het moment van de WIA-beoordeling?

- ☐ Ja → ga door naar vraag 34
☐ Nee

33. U heeft na de WIA-beoordeling betaald werk gedaan. Wanneer bent u na de keuring voor het eerst gaan werken? Dat kan ook in een andere baan zijn dan uw huidige baan. Als u de precieze maand niet meer weet, kunt u een schatting geven.

Jaar:

- ☐ 2008
☐ 2009

Maand:

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ januari | ☐ april | ☐ juli | ☐ oktober |
| ☐ februari | ☐ mei | ☐ augustus | ☐ november |
| ☐ maart | ☐ juni | ☐ september | ☐ december |

34. Wat voor dienstverband heeft u op dit moment?

- ☐ Vast dienstverband (voor onbepaalde tijd)
- ☐ Tijdelijk dienstverband met uitzicht op een vaste aanstelling
- ☐ Tijdelijk dienstverband zonder uitzicht op een vaste aanstelling
- ☐ Uitzendkracht
- ☐ Oproepkracht
- ☐ Anders, namelijk:

35. Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week op dit moment?

uur

36. Geef u bij de onderstaande punten aan in hoeverre deze op dit moment een belemmering vormen bij het uitvoeren van betaald werk (1= helemaal niet belemmerend, 5 = zeer belemmerend) U kunt deze vraag beantwoorden als u nu werkt, maar ook als u nu niet werkt.

		Helemaal niet belem- merend	Niet belem- merend	Neutraal	Belem- merend	Zeer belem- merend
a.	Lichamelijke gezondheid	☐	☐	☐	☐	☐
b.	Psychische gezondheid	☐	☐	☐	☐	☐
c.	Het aantal uren dat u kunt werken	☐	☐	☐	☐	☐
d.	Zorg voor familieleden	☐	☐	☐	☐	☐
e.	Opleidingsniveau	☐	☐	☐	☐	☐
f.	Werkervaring	☐	☐	☐	☐	☐
g.	Beheersing van de Nederlandse taal	☐	☐	☐	☐	☐
h.	Uw leeftijd	☐	☐	☐	☐	☐
i.	Afwijkende werktijden (nacht-, avond-, ploegendienst, onregelmatige dienst)	☐	☐	☐	☐	☐

Gezondheid

37. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?

- ☐ Zeer goed
- ☐ Goed
- ☐ Matig
- ☐ Slecht
- ☐ Zeer slecht

38. Vindt u dat u - gezien uw gezondheid - in staat bent om te werken?

- ☐ Ja
- ☐ Nee → *ga door naar vraag 40*
- ☐ Weet niet

39. Hoeveel uren per dag en hoeveel dagen per week bent u gezien uw gezondheid in staat om te werken?

Uren per dag:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 4
- ☐ 6
- ☐ 8

Dagen per week:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

Persoonlijke situatie

40. In welk jaar bent u geboren?

19

41. Bent u een man of een vrouw?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

42. Zet een kruisje bij alle opleidingen die u heeft gevolgd en bij alle diploma's die u heeft gehaald. Als uw opleiding er niet precies bijstaat, kruis dan aan wat er het dichtste in de buurt komt.

		Gevolgd	Afgerond/ Diploma
a.	Niet van toepassing, geen opleiding		☐
b.	Basisonderwijs (lagere school)	☐	☐
c.	Vorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (VMBO)	☐	☐
d.	Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)	☐	☐
e.	Havo/vwo	☐	☐
f.	Hoger beroepsonderwijs (HBO)	☐	☐
g.	Universiteit (WO)	☐	☐

43. Hoe is uw huishouden samengesteld?

- ☐ Gehuwd of samenwonend zonder kinderen → *ga door naar vraag 46*
- ☐ Gehuwd of samenwonend met kinderen
- ☐ Alleenstaand met kinderen
- ☐ Alleenwonend → *ga door naar vraag 46*
- ☐ Anders (bijv. bij ouders) → *ga door naar vraag 46*

44. Hoeveel thuiswonende kinderen heeft u?

kinderen

45. Hoe oud is het jongste thuiswonende kind?

jaar

46. Hoeveel personen binnen uw huishouden - uzelf meegerekend - hebben een vast inkomen (dit kan ook een uitkering zijn)

- ☐ 1 persoon
- ☐ 2 personen
- ☐ meer dan 2 personen

47. Heeft u maandelijkse inkomsten in de vorm van een salaris of een uitkering?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Ja, een uitkering
- ☐ Ja, een salaris → *ga door naar vraag 49*
- ☐ Nee → *ga door naar vraag 49*

48. Wat voor uitkering ontvangt u?

- ☐ Een WW-uitkering
- ☐ Een bijstandsuitkering
- ☐ Ander, namelijk:

49. Wie is de kostwinner in uw huishouden? De hoofdkostwinner heeft gemiddeld het hoogste inkomen in het huishouden.

- ☐ Ikzelf
- ☐ Mijn partner
- ☐ Mijn partner en ik hebben ongeveer een even hoog inkomen

50. Kan uw huishouden financieel rondkomen zonder uw inkomen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Dat weet ik niet

51. Bent uzelf of is één van uw ouders in het buitenland geboren?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, in Marokko
- ☐ Ja, in Turkije
- ☐ Ja, in de Nederlandse Antillen of in Suriname
- ☐ Ja, in Oost-Europa (inclusief Balkan)
- ☐ Ja, in een ander land

Dit is het einde van de vragenlijst. Heel hartelijk bedankt voor uw deelname!

Colofon

Gezondheidsbeleving en werkhervatting 35-minners is een uitgave van de Raad voor Werk en Inkomen.

Oranjestraat 4
2514 JB Den Haag
Postbus 16101
2500 BC Den Haag
info@rwi.nl
www.rwi.nl

© Raad voor Werk en Inkomen, Den Haag. Niets uit deze uitgave mag op enige manier worden vervoelvoudigd, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Vormgeving omslag: Smidswater
strategie > concept > design, Den Haag

ISBN 978-90-8766-045-1

Mei 2010