

University of Groningen

"Willens en wetens"

Hopstaken, Liliane Elisabeth Maria

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1994

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Hopstaken, L. E. M. (1994). "Willens en wetens": ziekmelden als beredeneerd gedrag. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Hoofdstuk I

Maatschappelijke context

Ziekteverzuim kan inmiddels betiteld worden als een van de grotere probleemgebieden van de negentiger jaren. Vanuit het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid verschijnt de ene publikatie na de andere¹. Het verzuimpercentage vanaf 1990 is ongeveer net zo hoog als het in het begin van de jaren tachtig was: ongeveer negen procent. Na een daling medio jaren tachtig steeg het ziekteverzuim sinds 1987 weer gestaag. Reeds sinds de zestiger jaren (o.a. Ås, 1962; Vroom, 1964; Gibson, 1966; Philipsen, 1969) is regelmatig fundamenteel onderzoek gedaan naar ziekteverzuim; steeds ontstaat opnieuw wetenschappelijke belangstelling voor dit fenomeen. Een werkelijk verklarend kader dat verhelderende en probleemoplossende bevindingen oplevert, heeft zich echter niet aangediend. De mate waarin een beroep gedaan wordt op de ziekwet (ZW) en, na 52 weken, op de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet AAW of Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering WAO, lijkt een min of meer autonoom verschijnsel te zijn, dat zich niet eenvoudig doet terugdringen. De vele - al dan niet wetenschappelijke - studies, nota's en rapporten ten spijt, de ogenschijnlijke eenvoud waarmee ziekteverzuim zich laat beschrijven (verzuimfrequentie, -duur en -percentage) is bedrieglijk en staat haaks op de complexiteit die ondervonden wordt om het ontstaan van verzuim inzichtelijk en beheersbaar te maken. De onophoudelijke stijging van het aantal werknemers dat een beroep doet op de ziekwet en WAO gedurende de afgelopen vijf jaar, heeft de Nederlandse overheid genoodzaakt zich over maatregelen te beraden. Vergeleken met de situatie tien jaar terug, is aan het verzuimprobleem toegevoegd dat de kosten van de ziekwet en WAO een reële bedreiging vormen voor de sociaal-economische en maatschappelijke nationale huishouding. Om een idee te geven van de financiële omvang: in het kader van de Ziekwet werd in 1988 circa 7 miljard gulden uitgekeerd, in 1990 was dit inmiddels bijna 11 miljard, wat overeenkomt met 7 procent van de totale uitgaven voor sociale zekerheid. In 1985 verminderde het ziekteverzuim de produktiviteit met ruim 13 miljard gulden, wat een afname van 3.6 procent van het Bruto Nationaal Produkt betekende (Bergsma & Van Ginneken, 1990). In het kader van de Wet op de Arbeidsongeschiktheid werd in 1988 circa 17 miljard per jaar uitgegeven, in 1990 bedroeg dit ongeveer 22 miljard gulden. De verzorgingsstaat wordt langzaam maar zeker onbetaalbaar door een afnemende arbeidsparticipatie van de totale bevolking. Begin 1990 maakte de werkende bevolking 36,40 procent van het totaal uit en volgens de meest recente ramingen stijgt de 'inactieven-ratio' fors dan verwacht naar 86,1 in 1995 (bron: CPB). Nederland onderscheidt zich wat deze ontwikkeling betreft van

¹ Tenzij andere auteurs staan vermeld is het cijfermateriaal dat in deze inleiding wordt aangehaald afkomstig uit publicaties van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (1991, 1992).

de omringende landen, waar de verhouding werkzame bevolking versus niet-actieven minder scheef is. Wanneer de lijn van vermindering van arbeidsparticipatie wordt doorgetrokken (een ontwikkeling die medio jaren vijftig al startte), dan is de verwachting dat in het jaar 2020 de verhouding nagenoeg één werkende tegenover één uitkeringsgerechtigde zal zijn, voornamelijk als gevolg van uitkeringen in gevolge de Algemene Ouderdomswet AOW (kosten in 1990 ruim 30 miljard).

Na veel politieke en maatschappelijke onrust over mogelijke maatregelen om het aantal ziektewet- en WAO-uitkeringsgerechtigden (volumebeleid) en de hoogte van de uitkeringen structureel omlaag te brengen, is een aantal nieuwe wetten afgekondigd. Sinds maart 1992 is de wet "Terugdringing Arbeidsongeschiktheidsvolume" (TAV) van kracht; na vele politieke debatten is een ander wetsvoorstel, "Terugdringing Ziekteverzuim" (TZ), met ingang van 1 januari 1994 van kracht geworden. Met deze nieuwe regelgeving worden aanvullingen en wijzigingen op de bestaande ziektewet en WAO aangebracht. De TAV bijvoorbeeld omvat 14 maatregelen om het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid terug te dringen, zoals onder andere een bonus-malus-systeem (doel: meer aandacht voor werkhervatting) en differentiatie van de ziektewetpremie (doel: betrokkenheid van werkgevers en werknemers bij terugdringen ziekteverzuim). Daarnaast verplicht de wet TZ alle werkgevers bijvoorbeeld tot het voeren van een ziekteverzuimbeleid en worden er afspraken in collectieve arbeidsovereenkomsten gemaakt met betrekking tot aanvulling van de ziektewetuitkering tot 100%.

Tevens werd de Arbo-wet voorzien van twee nieuwe artikelen, welke naar aanleiding van de invoering van een EG-Kaderrichtlijn zijn ontwikkeld. Deze richtlijn verplicht de lidstaten om wettelijke maatregelen te nemen ter bevordering van de veiligheid en gezondheid van werknemers op het werk. Het ene artikel (artikel 4a) bevat een verplichting voor de werkgever om een ziekteverzuimbeleid te voeren, terwijl het andere (artikel 24a) de werkgever verplicht om werknemers in de gelegenheid te stellen om op hun verzoek deel te nemen aan een periodiek geneeskundig onderzoek (bron: De Staatscourant, 1992). Het zal overbodig zijn te vermelden dat de geschetste problematiek gedurende het uitvoeren van het onderzoek en het schrijven van deze dissertatie onophoudelijk in het middelpunt van de belangstelling heeft gestaan. Zo heeft behandeling van de diverse wetsvoorstellen in de Eerste en Tweede Kamer er bijvoorbeeld enkele malen toe geleid dat de val van het kabinet dreigde en is ondertussen in verband met toename van de kosten voor de uitvoering van de Sociale Zekerheid een parlementaire enquête gehouden onder de verantwoordelijke instanties over onder andere het excessieve beroep dat op de WAO wordt gedaan (zie Rapport van de Commissie Buurmeijer, 1993). De eerste termijn van verschillende fasen van de TAV is inmiddels verstreken, zodat momenteel evaluaties plaatsvinden.

1. Achtergrond van het onderzoek

Deze dissertatie richt zich op de achtergronden van ziekteverzuim in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. De rechtspositie van de werknemers komt overeen met die van ambtenaren en het ziekenhuis is aangesloten bij het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP), dat een eigen regeling heeft met betrekking tot arbeidsongeschiktheid. Deze regeling verzekert onder andere vele werknemers binnen de overheid, de gezondheidszorg en het onderwijs (ook wel genoemd "ambtenaar in de zin van de Algemene Burgerlijke Pensioenwet ABP"). Op deze personen is een zogenaamde overheidsregeling van toepassing, waardoor ze niet verzekerd zijn ingevolge de ziektewet, de WW en de WAO. De werkgever van het onderzochte ziekenhuis is superaker (afdelingskassen en eigen-risicodragers), wat onder andere inhoudt dat deze het risico van ziekte zelf draagt (in tegenstelling tot omslagleden bij bedrijfsverenigingen) met als gevolg dat de werkgever het loon bij ziekte zelf doorbetaalt. De ziekmeldingen worden sinds eind 1988 met behulp van een geautomatiseerd programma centraal geregistreerd (als onderdeel van het personeelsinformatiesysteem). Tot 1988 werden verzuimkaarten handmatig ingevuld, waardoor de verzuimstatistieken door de jaren heen niet altijd betrouwbaar waren². Het verzuimcijfer van het ziekenhuis lag hoger dan het landelijk gemiddelde voor psychiatrische instellingen; de ontwikkeling van het verzuim was overeenkomstig de landelijke verzuimgegevens (NZI-personeelsstatistieken). Het gemiddelde verzuimpercentage (inclusief gravida³, exclusief langer dan 365 dagen ziek) in 1989 bedroeg 8,24%, wat een lichte daling was ten opzichte van het verzuim in 1988 (8,63%); in 1990 lag het percentage nog net iets lager dan in 1988, maar hoger dan in 1989, namelijk 8,57%. Wanneer men echter een berekening maakt waarin langdurig zieken, in dit geval langer dan 365 dagen aaneengesloten of met een eenmalige maximale onderbreking van 30 dagen ziekgemeld zijn, meegenomen worden, dan steeg het verzuimpercentage van 8,8% in 1988 naar 10,2% in 1989 en 10,4% in 1990 (Jaarverslag PIDG, 1989, 1990). Hoewel het verzuimcijfer een daling aangaf, was er klaarblijkelijk geen afname van het aantal ziektedagen, maar was er sprake van een verschuiving naar verzuim dat inmiddels langer dan een jaar duurde. Deze constatering vormde de aanleiding om een gedifferentieerd verzuimbeleid te ontwikkelen, waarbinnen een korte, middellange en lange termijn werden onderscheiden. Onderhavige studie maakt deel uit van de lange termijn aanpak van ziekteverzuim binnen het psychiatrisch ziekenhuis, met een nadruk op het ontwikkelen van preventief beleid.

Het ziekenhuis is aangesloten bij een bedrijfsgezondheidsdienst. De bedrijfsarts maakt

² Hopstaken. L.E.M. (1988). *Inventarisatie ziekteverzuim*. Intern rapport. Vught: PIDG.

³ Gezien het relatief grote aantal vrouwen dat werkzaam is in de gezondheidszorg (in dit ziekenhuis ongeveer 570 fulltime-equivalenten vrouwelijk personeel tegenover 400 fte mannelijk) maakt het zwangerschaps- en bevallingsverlof een aanzienlijk deel uit van het ziekteverzuimcijfer.

onder andere deel uit van het sociaal medisch team, waarin ook de afdelingsleiding en een personeelsfunctionaris zitting hebben. Op deze manier wordt structureel vormgegeven aan individuele begeleiding van zieke medewerkers. In periodiek overleg met een verzekeringsgeneeskundige van het ABP worden individuele ziektegevallen besproken, waarna beslissingen genomen worden met betrekking tot keuringen en mogelijke herplaatsingen. Daarnaast verricht de bedrijfsarts medische onderzoeken, waarvoor men twee weken na datum ziekmelding een formulier ontvangt met vragen over de ziekte en het verloop ervan. Aan de hand van deze formulieren en persoonlijke anamneses worden de diagnoses gesteld, welke een inzicht geven in de (medisch gediagnosticeerde) verzuimoorzaken. Cumulatief over de jaren 1983-1988 bestond ongeveer 30% van de ruim 600 diagnoses uit klachten met betrekking tot het bewegingsstelsel, zoals de rug (13,5%) of andere bewegingsorganen (gewrichten e.d.) (16.6%); de tweede meest voorkomende categorie vormden de psychische klachten, namelijk 22,1% van het totaal⁴. Als we ons concentreren op deze categorieën in 1989 en 1990, dan blijkt dat er in het algemeen minder rugklachten optreden en dat de psychische klachten bij het verpleegkundig en medisch personeel afgenomen maar bij het niet-verpleegkundig personeel juist toegenomen zijn. Bij het verplegend en medisch personeel zijn in 1990 klachten over het bewegingsstelsel toegenomen, terwijl door het niet-verpleegkundig personeel iets minder klachten hierover zijn gerapporteerd dan in 1989 (Jaarverslag PIDG, 1990). Wanneer we de landelijke cijfers over medische oorzaken van arbeidsongeschiktheid raadplegen, dan zien we dat er een verschuiving is opgetreden in de medische diagnoses. Klachten op het gebied van het bewegingsstelsel vormden sinds lange tijd de grootste categorie van afkeuringen (oplopend van ongeveer 25% in 1970 tot ruim 30% in 1988) (overigens kunnen de zogenaamde 'lage' rugklachten, die gecategoriseerd worden onder het bewegingsstelsel, een psychische oorzaak hebben). Sinds enige tijd wordt er een structurele forse toename waargenomen van klachten met een psychische achtergrond; in 1978 was 20% van het aantal arbeidsongeschikten afgekeurd op grond van psychische klachten, 10 jaar later is dit percentage gestegen naar 31% (Knepper, 1989). Het ABP keurde in 1988 zelfs 47% van de arbeidsongeschikten af op psychische gronden (Knepper, 1991). Hoewel de cijfers van het ziekenhuis betrekking hebben op de diagnoses bij ziekte van langer dan twee weken en niet de feitelijke afkeuringsgronden vormen, zien we dat klachten van het bewegingsstelsel, waaronder met name rugklachten, en psychische klachten tot langdurige uitval of arbeidsongeschiktheid leiden. Beroepsgebonden aandoeningen komen relatief veel voor in ondermeer de gezondheidszorg én in functies waar veel vrouwen werkzaam zijn (Schellart, 1989). Er lijkt reden te bestaan om te veronderstellen dat het werk in de sector van de geestelijke gezondheidszorg een belangrijke invloed heeft op de lichamelijke en psychische vitaliteit van werknemers in deze sector en zodoende het ziekteverzuim beïnvloedt.

⁴ Hopstaken, L.E.M. & Egdome, G. van (1989). *Verzuimbegeleiding*. Intern rapport. Vught: PIDG.

2. Het werken in de gezondheidszorg

Wanneer men het over dé gezondheidszorg heeft, is er nog geen sprake van een homogene groep mensen, die onder vergelijkbare arbeidsomstandigheden werken. Het overkoepelend orgaan van werkgevers in de intramurale gezondheidszorg, de Nederlandse Zorgfederatie (sinds 1992 de fusienaam voor de NZR en NZI), verzamelt en presenteert de verschillende personeelsstatistieken en maakt daarbinnen weer onderscheid in: ziekenhuizen (37,9% van totaal personeelsbestand), verpleeghuizen (22,2%), bejaardenoorden (10,4%), instellingen voor zwakzinnigenzorg (9,8%), psychiatrische ziekenhuizen (8,2%), kruiswerk (7,0%) en overig (4,4%) (NZI, 1991). Hoewel er grote verschillen bestaan binnen het werken in de gezondheidszorg, wordt het werk ook gekenmerkt door een groot aantal overeenkomsten. Inherent aan de meeste banen in deze sector is bijvoorbeeld het werken met mensen, een hoog werktempo, een grote werkdruk (Knol, 1990) en, vergeleken met het bedrijfsleven, geringe salariëring en beperkte loopbaanmogelijkheden. De meest recente onderzoeken naar arbeidsomstandigheden binnen de gezondheidszorg leggen zich toe op stressfactoren in het werk, de werkdruk, het werktempo en het optreden van gezondheidsproblemen en functioneringsklachten als gevolg van stress en 'burn out' (Veldhoven, 1990).

In een onderzoek naar het functioneren van werknemers, uitgevoerd door Winter, Oversloot, Schlatman en Smulders (1988), werden diverse verschillen gevonden tussen 6500 werknemers werkzaam in de industriële en administratieve tak, en ongeveer 8700 werknemers uit de intramurale gezondheidszorg. Men constateerde onder andere dat het werk in de intramurale gezondheidszorg zowel lichamelijk als geestelijk erg inspannend wordt gevonden en dat het werktempo problemen veroorzaakt. In de gezondheidssector werden meer klachten gerapporteerd dan in de industrie en administratieve beroepen, zoals rug- en hoofdpijn, vaak moe zijn en last van droge en warme lucht. Ook wordt genoemd dat het werk in de gezondheidszorg, meer dan in andere sectoren, bemoeilijkt wordt wanneer anderen (collega's) afwezig zijn en dat het privé-leven er onder te lijden heeft. Wat de arbeidsvoorwaarden betreft, wordt de beloning vaak niet in overeenstemming geacht met de geleverde inspanningen en zijn vooruitzichten in de loopbaan niet veelbelovend. In een hierop gebaseerd onderzoek naar persoonlijk functioneren in een middelgroot Vlaams ziekenhuis, constateerden D'Hertefelt en Van Gasse (1989) dat het ziekenhuispersoneel (verplegend, medisch-technisch, huishoudelijk en administratief) meer gezondheidsklachten heeft dan de eerder genoemde vergelijkingsgroep van 6500 Nederlandse werknemers in de industriële en administratieve sector. Met name het verplegend personeel vertoonde een groot aantal nerveuze klachten en inspanningsklachten.

Ook Schaufeli (1990) vermeldt een aantal onderzoeken, waaruit blijkt dat de werkomstandigheden tot gezondheidsproblemen leiden. Kenmerkend voor de meeste banen in de zorgsector is bijvoorbeeld dat men contact heeft met mensen, en in het bijzonder met mensen die een zorgbehoefte of -vraag hebben. Er zijn tal van redenen te noemen waarom

het werken met patiënten/cliënten een zwaar emotioneel beroep doet op de verplegende/verzorgende, arts of paramedisch hulpverlener, zoals bijvoorbeeld het gegeven dat patiënten veelal met een gezondheidsprobleem worstelen of anderszins met zaken bezig zijn, die een "normaal" leven verstoren. In de geestelijke gezondheidszorg participeren de zorgverleners daarnaast ook nog eens voor het grootste gedeelte in het leefmilieu van de patiënten, wat het letterlijk en figuurlijk afstand nemen bij intensief contact bemoeilijkt.

Naast interacties met de patiënt zijn er andere omstandigheden in het werk, die als antecedenten van ervaren gezondheidsproblemen kunnen optreden. Zo blijken vele psychosociaal getinte problemen bij met name verpleegkundigen samen te hangen met knelpunten in de werksituatie (Rijssen-Moll & Nijhuis, 1989). Aanleiding tot problemen in de psychosociale sfeer zijn bijvoorbeeld een slechte organisatie op de verpleegafdeling, strikt geldende hiërarchische lijnen, onduidelijke en tegenstrijdige taakeisen, geringe loopbaanvooruitzichten en een zware fysieke en psychische werkbelasting. Aangezien het ziekenhuis een volcontinue organisatie is (7 dagen per week, 24 uur per dag in bedrijf) werkt een groot deel van de werknemers in deze sector in onregelmatige diensten, wat ook een extra belasting vormt. Deze onregelmatigheid kan tot zowel lichamelijke klachten (verstoord metabolisme etc.) als sociaal-persoonlijke problemen (verstoring van sociale activiteiten, bijvoorbeeld in het gezinsleven) leiden.

Een literatuuronderzoek van Place (1992) aan de hand van de Amerikaanse en Nederlandse literatuur over 'burn out' bij psychiatrisch verpleegkundigen geeft een overzicht van kenmerken van het werk, de werksituatie en de individuele verpleegkundige, die het optreden van 'burn out' kunnen veroorzaken. De diverse publikaties hebben geen 'burn out'-symptomen aan het licht gebracht, die specifiek voor de B-verpleegkundigen zouden gelden. De lichamelijke, psychische of emotionele en gedragsmatige klachten die het 'burn out'-verschijnsel kenmerken, doen zich bij alle beroepen voor waarin men beroepshalve intensief contact heeft met andere mensen, zoals patiënten of bewoners in de psychiatrie. Place vult aan dat daar niet mee gezegd is dat die specifieke symptomen ook niet bestaan, maar dat onderzoek wenselijk is dat zich richt op het vergelijken van diverse beroepsgroepen. Tevens geeft zij aan dat ziekteverzuim en personeelsverloop met 'burn out' samenhangen. Uit de diverse publikaties maakt Place op dat als oorzaken van het hoge verzuim onder Nederlandse B-verpleegkundigen genoemd worden de zware fysieke belasting en stress- en 'burn out'-verschijnselen. Men meldt zich ziek vanwege lichamelijke klachten, oververmoeidheid en omdat men er tegenop ziet om naar het werk te gaan.

Spaans (1991) komt in een onderzoek onder 115 verpleegkundigen van twee psychiatrische ziekenhuizen tot de slotsom dat de psychiatrisch verpleegkundigen te maken hebben met een hoge werkbelasting, gebrek aan invloed op het instellingsbeleid, moeizame samenwerking met ander disciplines in het ziekenhuis en ontevredenheid over beloning en ontplooiingsmogelijkheden. Spaans ziet een verklaring in het feit dat de B-verpleegkundige een identiteitscrisis doormaakt door een accentverschuiving binnen de psychiatrie, namelijk

van intra- naar extramuralisering (opname-voorkómend). Dit leidt volgens Spaans tot onder andere onvoldoende identificatie met de eigen beroepsgroep en afwezigheid van een eigen deskundigheidsgebied, waardoor inbreng en invloed in multidisciplinaire verbanden afneemt. Deze ontwikkelingen maken de psychiatrisch verpleegkundigen gevoelig voor stress en 'burn out'. Volgens een onderzoek van Dassen, Halfens en Philipsen (1992) wijst ruim vijftig procent van de psychiatrisch verpleegkundigen een verpleegkundige beroepsrol af. Bekend is ook dat de verloopcijfers in de gezondheidszorg aanzienlijk zijn, omdat bijvoorbeeld de uitstroom al vroegtijdig grote vormen aanneemt, zoals het grote verloop (15 à 25%) van leerlingen uit de in-service-opleidingen (Knol & Voogd, 1990). De leerlingen worden echter al voor een groot gedeelte ingezet als arbeidskracht, zodat het potentieel aan toekomstige (gediplomeerde) arbeidskrachten drastisch afneemt. Volgens het onderzoek van Knol en Voogd wordt door maar liefst 45% van de leerlingen die de in-service opleiding afbreken als reden "geestelijke werkdruk" vermeld.

Ter afsluiting van dit beeld van het werken in de gezondheidszorg, wordt nog vermeld dat ook de sfeer, sociale ondersteuning en een aantal individuele eigenschappen in negatieve, dan wel positieve zin kunnen bijdragen aan het effect, dat eventueel aanwezige gezondheidsbedreigende factoren op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van werknemers kunnen uitoefenen. Geconstateerd wordt dat zowel lichamelijke als psychische belasting het werk in deze sector kenmerkt en klachten veroorzaakt, die uiteindelijk kunnen resulteren in ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en verloop.

3. Overzicht van deze dissertatie

Dit onderzoek richt zich op het ziekteverzuim in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Anders dan in veel onderzoek naar ziekteverzuim wordt niet primair gekeken naar determinanten van ziekteverzuim zoals de aard van het werk, 'burn out', fysieke en emotionele belasting, de onregelmatigheid van het werk of de inrichting van de werkplek en dergelijke. In dit onderzoek wordt gekozen voor een theoretische benadering die zich richt op de factoren die direct van invloed zijn op het ziekteverzuim als gedrag, namelijk de theorie van gepland gedrag (Schifter & Ajzen, 1985; Ajzen & Madden, 1986; Ajzen, 1987). Uitgaande van deze theorie wordt ziekteverzuim beschouwd als het resultaat van min of meer bewuste afwegingsprocessen die in een sociale context plaatsvinden. De definitie van ziekteverzuim die in dit onderzoek wordt gehanteerd is afkomstig van Van der Vlist (1988, p. 8):

"Ziekteverzuim is de term die gehanteerd wordt wanneer een werknemer niet op zijn werk verschijnt en daarvoor als reden 'ziekte' opgeeft".

Gezien het uitgangspunt bij dit onderzoek, namelijk dat het ziekteverzuim het gevolg is

van overwegingen van een werknemer met als resultaat de beslissing om zich wel of niet ziek te melden, is de volgende toevoeging van Van der Vlist essentieel:

"In hoeverre er ook werkelijk sprake is van ziekte is niet steeds duidelijk. Het is de beslissing van de werknemer. Zodra hij zich ziek meldt, is er sprake van ziekteverzuim, wat ook zijn overwegingen geweest mogen zijn".

In hoofdstuk II worden de probleemstelling en het theoretisch kader nader uitgewerkt. In de eerste paragraaf wordt een blik geworpen op de diverse definities van ziekteverzuim. Vervolgens wordt een aantal markerende onderzoekstrends op het gebied van ziekteverzuim in beschouwing genomen. Het hoofdstuk eindigt met een beschrijving van de theorie van gepland gedrag. De stelling is dat ziekteverzuim ontstaat door gedragskeuzes, die onder andere worden bepaald door de attitude van een werknemer ten aanzien van het gedrag in kwestie: ziekmelden dan wel gaan werken. In hoofdstuk III en IV worden deze theoretische principes toegepast op het verzuimgedrag van werknemers van twee organisaties: in hoofdstuk III wordt een vooronderzoek beschreven, waarin het ontwikkelen van een vragenlijst ten behoeve van het hoofdonderzoek centraal staat, en in hoofdstuk IV wordt de verzuimintentie en het feitelijk ziekteverzuim aan de hand van de ontwikkelde vragenlijst geanalyseerd. Hoofdstuk V, tot slot, bevat de conclusie en aandachtspunten bij de toepassing van de theorie van gepland gedrag op het "zich ziek melden", waarbij enerzijds de evaluatie van de theorie en anderzijds de relevantie van deze theoretische benadering voor het ziekteverzuim wordt gegeven.