

# Waarom zijn cliënten het oneens met de uitslag van de EZWB?

Loraine Gras

## Samenvatting

Inleiding: sinds de invoering van de EZWB bestaat de gedachte dat er een forse stijging van protestmeldingen is.

Doel: aanwijzen van samenhangende factoren voor protestmeldingen en bezwaarzaken.

Methode: alle cliënten van UWV kantoor Hengelo (n = 141) die in de periode juni tot en met augustus 2016 een beslissing hebben ontvangen dat hun uitkering op basis van de EZWB uitslag wordt beëindigd, zijn uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen.

Resultaten: 51 cliënten hebben deelgenomen. Significante verschillen tussen deelnemers die het eens versus oneens met de uitslag waren, werden gevonden voor opleidingsniveau, begrip beoordelingskader, van plan zijn actie te ondernemen, ziekteperceptie en sociale steun.

Discussie: de resultaten sluiten gedeeltelijk aan bij wat uit literatuur bekend is. Opvallend was dat er een trend werd gezien waarbij deelnemers die begeleid waren door ex-werkgever de uitslag vaker accepteerden dan wanneer begeleiding door het UWV had plaatsgevonden.

Conclusie: een lager opleidingsniveau, het niet begrijpen hoe de uitslag van de EZWB tot stand komt, verschillende ziektepercepties en weinig ervaren steun bij problemen zijn voorspellende factoren voor protestmeldingen en bezwaarzaken.

## EZWB, Acceptatie uitslag, Protestmelding, Ziektepercepties, Sociale steun

Sinds de invoering van de Eerstejaars Ziektewet Beoordeling (EZWB) hebben de (verzekerings-)artsen van UWV-kantoor Hengelo het idee dat er een forse stijging van de zogenaamde protestmeldingen is. Dit zijn hernieuwde ziekmeldingen, kort nadat de ziektewet (ZW) uitkering is beëindigd. Deze protestmeldingen leiden ertoe dat de verzekeringsarts opnieuw de cliënt moet beoordelen, wat extra tijd en geld kost. Gezien het tekort aan artsencapaciteit, wordt dit het liefst voorkomen. Ook het aantal bezwaarzaken rondom ZW-beoordelingen is met de invoering van de EZWB toegenomen. Mogelijk gaat het (gedeeltelijk) om een verschuiving van cliënten die anders bij de Wet Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA)-beoordeling bezwaar hadden aangetekend, maar waarbij nu na de EZWB de ZW al wordt beëindigd. Een combinatie van zowel een protestmelding als een bezwaarprocedure, wordt ook gezien.

Voor de toename van de protestmeldingen worden op de werkvloer verschillende redenen genoemd. Al snel wordt gedacht dat verlies van inkomen de enige reden is voor cliënten om zich opnieuw ziek te melden. Maar behalve financiële redenen, kunnen andere factoren een rol spelen. Voorbeelden zijn ziektepercepties, bejegening door verzekeringsarts of arbeidsdeskundige en het idee niet gehoord te zijn. Naast deze ideeën van de werkvloer over de redenen voor een ziekmelding, zijn uit de literatuur een aantal factoren bekend die geassocieerd zijn met een hoger ziekteverzuim. Het gaat om sociodemografische factoren, ziektepercepties en sociale steun. Ik acht het aannemelijk dat de factoren die van invloed zijn op het ziekteverzuim ook van invloed zijn op de protestmeldingen/bezwaarzaken. Er is veel onderzoek verricht naar sociodemografische factoren die van invloed zijn op ziekteverzuim. Zowel hogere leeftijd, lager inkomen als lager opleidingsniveau zijn geassocieerd met een hoger ziekteverzuim.<sup>1-2</sup> Zweeds onderzoek gaf aan dat nationaliteit van belang was, want een niet Zweedse origine gaf een hoger risico op een ziekte uitkering en daarmee dus ziekteverzuim.<sup>2</sup>

Uit de literatuur blijkt dat ziektepercepties ook een rol spelen bij ziekteverzuim. Ziekteperceptie betreft de persoonlijke ideeën die mensen over hun ziekte hebben. Deze ideeën worden vooral bepaald door 5 dimensies, namelijk: identiteit (naam en symptomen), oorzaken, consequenties (impact op levensdomeinen), verloop/duur en controle (hoe behandelbaar/hanteerbaar is de ziekte). Er zijn vragenlijsten ontwikkeld om de ziekteperceptie te meten, waaronder de brief *Illness Perception Questionnaire* (IPQ).<sup>3</sup>

Mensen met een sterke ziekte-identiteit gebruiken vaker een vermijdende copingstijl. Negatieve ziektepercepties zijn een bestendige factor voor langdurig ziekteverzuim, terwijl positieve percepties (zoals een hogere ervaren controle over de ziekte) geassocieerd zijn met beter sociaal functioneren.<sup>3-4-5</sup> Sociale steun blijkt ook van belang bij het omgaan met een ziekte. Sociale steun gaat over sociale interacties waarbij er geen verplichte tegenprestatie is afgesproken<sup>6</sup>. Sociale steun kan onderverdeeld worden in verschillende typen steun, te weten: alledaagse emotionele ondersteuning, emotionele

L.A. Gras, MSc, werkzaam bij het UWV, kantoor Hengelo.

Correspondentieadres:  
loraine.gras@uwv.nl

ondersteuning bij problemen, waarderingssteun, instrumentele ondersteuning, *social companionship* en informatieve ondersteuning.<sup>6</sup>

De invloed van sociale steun op ziekteverzuim lijkt tegenstrijdig. Enerzijds verkortte sociale steun het ziekteverzuim, maar na correctie voor sociodemografische factoren, verdween dit effect.<sup>7-8</sup> Anderzijds werd gevonden dat veel emotionele steun samenhang met meer ziekteverzuim, zowel kort- als langdurig.<sup>9</sup>

In dit onderzoek ga ik na of de factoren die van invloed zijn op ziekteverzuim ook van invloed zijn op protestmeldingen. Hierbij is de volgende vraagstelling gebruikt: Welke sociodemografische factoren, ziektepercepties en typen sociale steun maken onderscheid tussen UWV-cliënten die wel versus niet een protestmelding doen of bezwaar aantekenen tegen het beëindigen van de ZW op basis van de EZWB-uitslag?

## Methode

### Deelnemers

Alle cliënten (n = 141) van UWV-kantoor Hengelo, die in de periode juni tot en met augustus 2016 een beslissing hebben ontvangen dat hun uitkering op basis van de EZWB-uitslag wordt beëindigd, werden gevraagd deel te nemen aan dit onderzoek. Van de aangeschreven personen was 68,8% vrouw. Er werden geen exclusiecriteria gehanteerd.

### Onderzoeksopzet

Het ging om een crosssectioneel onderzoek.

### Meetinstrumenten

De volgende (bestaande) vragen(lijsten) werden opgenomen in de gegeven volgorde in een digitale vragenlijst. De vragenlijst was gemaakt via [www.enquetemaken.be](http://www.enquetemaken.be).

Sociodemografische factoren: geslacht; geboortedatum; opleidingsniveau; afkomst (vragen naar geboorteland van deelnemer en beide ouders); inkomen.

EZWB-achtergrond: vond begeleiding via de bedrijfsarts/ex-werkgever of het UWV plaats, of is begeleiding zowel door bedrijfsarts/ex-werkgever als het UWV uitgevoerd omdat de deelnemer ziek uit dienst is gegaan; mening over de uitslag; (voorgenomen) vervolgcacties (opnieuw ziek melden, bezwaar aantekenen, een andere actie waaruit blijkt dat ze het oneens zijn met de uitslag of geen actie); begrip totstandkoming uitslag.

Ziekteperceptie: de IPQ-K<sup>3</sup> is gebruikt, de Nederlandse vertaling van de verkorte IPQ. In de IPQ wordt elke dimensie met één vraag gemeten op een schaal van 0 tot 10, waarbij een hogere score een sterkere perceptie op die dimensie aanduidt. Daarbij staat 0 voor helemaal niet (en zeer korte tijd als het over de duur van de ziekte gaat) en 10 voor zeer veel (en mijn hele leven als het over de duur van de ziekte gaat). De items in de IPQ-K zijn: ervaren

consequenties van de ziekte, verloop (acuut-chronisch), mate van ervaren persoonlijke controle, controle over behandeling, identiteit, zorgen over de ziekte, samenhang van de ziekte en emotionele uiting. Het laatste item betreft een open vraag naar de mogelijke oorzaken van de ziekte.<sup>3</sup>

Deze vraag is niet overgenomen in deze vragenlijst, omdat dit een open vraag betreft en er geen relatie met protestmelding of bezwaar werd verwacht. Wanneer een groep geëvalueerd wordt, is minder dan een punt verschil in score voldoende om te spreken van een echt verschil.<sup>10</sup>

Sociale steun: de SSL-I-12 (Sociale Steun Lijst – Interacties-12) is gebruikt.<sup>11</sup> Dit is een verkorte versie van de Sociale Steun Lijst-Interacties. In 12 vragen is gevraagd naar drie subschalen van steun, namelijk alledaagse steun, steun bij problemen en waarderingssteun. Antwoordcategorieën waren: 1 = zelden of nooit, 2 = af en toe, 3 = regelmatig en 4 = erg vaak.<sup>6</sup> De scores op de vier vragen behorend bij een subschaal werden bij elkaar opgeteld.

### Procedure

De cliënten werden gemiddeld twee tot vier weken nadat de beslissingsbrief was verstuurd uitgenodigd voor deelname aan dit onderzoek. Zij werden zoveel mogelijk per e-mail uitgenodigd. Indien het e-mailadres niet bekend was, kregen zij per post een uitnodiging. In de uitnodiging stond een individuele link naar een digitale vragenlijst, zodat bekend was welke cliënt de vragenlijst had ingevuld. Op deze wijze kon de leeftijd op toetsdatum berekend worden. Indien cliënten na twee weken nog niet hadden gereageerd, werden zij via een herinneringsbrief nogmaals uitgenodigd tot deelname.

### Analyses

Data-analyse vond plaats met SPSS, versie 23.0.

De respondenten die het eens waren met de uitslag werden vergeleken met de respondenten die het hiermee oneens waren, op de verschillende variabelen. Een subanalyse werd gemaakt voor de groep die de uitslag niet accepteerde en aangaf geen actie te ondernemen versus de groep die wel actie wilde ondernemen. Verschillen tussen de groepen werden getoetst via een t-toets (leeftijd, ziektepercepties en sociale steun) en de overige variabelen via een chikwadraattoets of de Fisher's exact test indien niet aan de voorwaarden van de chikwadraattoets werd voldaan. Statistische significantie werd vastgesteld bij  $p \leq 0,05$ .

Het opleidingsniveau werd in twee groepen ingedeeld: lage opleiding (geen opleiding, lager onderwijs, lager of voorbereidend onderwijs en middelbaar algemeen voortgezet onderwijs) en hoge opleiding (middelbaar beroepsonderwijs en hoger beroepsonderwijs, wetenschappelijke opleiding). De afkomst van de deelnemer en zijn ouders werd als Nederlands of buitenlands geclassificeerd. Het inkomen werd in twee groepen ingedeeld:  $\leq \text{€}1350,-$  ( $\leq \text{€}1000,-$  en  $\text{€}1001$

**Tabel 1**

Demografische gegevens en gegevens over voornemens te zijn actie te ondernemen, begeleiding en het begrip van de uitslag, opgesplitst naar deelnemers die het eens met de uitslag zijn en deelnemers die het oneens met de uitslag zijn.

	Eens met uitslag (n=15)	Oneens met uitslag (n=36)	Toets	p	Totaal (n=51)
Geslacht					
Man	4 (26,7%)	7 (19,4%)	Chi2 = 0,33*	0,711	11
Vrouw	11 (73,3%)	29 (80,6%)			
Leeftijd (gemiddeld)	44	47	t = 0,92	0,365	
Opleidingsniveau					
Laag	3 (20%)	20 (55,6%)	Chi2 = 5,41	0,020	23
Hoog	12 (80%)	16 (44,4%)			
Inkomen					
≤ €1350,-	9 (60%)	27 (75%)	Chi2 = 1,15*	0,325	36
€1351 - €3150,-	6 (40%)	9 (25%)			
Geboorteland deelnemer					
Nederland	14 (93,3%)	27 (75%)	Chi2 = 2,26*	0,246	41
Buitenland	1 (6,7%)	9 (25%)			
Voornemens actie te ondernemen					
Wel actie	0 (0%)	25 (69,4%)	Chi2 = 20,43	<0,001	25
Geen actie	15 (100%)	11 (30,6%)			
Begeleiding tijdens ZW door**					
UWV	6 (42,9%)	21 (72,4%)	Chi2 = 3,53	0,060	27
Ex-werkgever	8 (57,1%)	8 (27,6%)			
Begrijpen totstandkoming uitslag					
Ja	12 (80%)	7 (19,4%)	Chi2 = 16,61	<0,001	19
Gedeeltelijk	3 (20%)	17 (47,2%)			
Nee	0 (0%)	12 (33,3%)			

\*Getoetst via Fisher exact test.

\*\*Begeleiding tijdens ZW is ook vergeleken tussen alleen ex-werkgever en beide (p=0,178) en tussen alleen UWV en beide (p=1,000). Beide n=8.

tot en met €1350,-) en €1351 - €3150,- (€1351,- tot en met €1800,- en €1801,- tot en met €3150,-). Verschil in begeleiding werd getoetst door de verschillende mogelijkheden tegen elkaar te toetsen, namelijk: bedrijfsarts/ex-werkgever versus UWV, combinatie bedrijfsarts/ex-werkgever en UWV versus alleen UWV en combinatie bedrijfsarts/ex-werkgever en UWV versus alleen bedrijfsarts/ex-werkgever. Er was één missend gegeven: één deelnemer had het inkomen niet ingevuld. Dit is d.m.v. dossierstudie aangevuld.

## Resultaten

### Deelnemers

Van de 141 cliënten die waren uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek, hebben 51 cliënten de vragenlijst ingevuld (36,2% responspercentage). Eén cliënt had de vragenlijst twee keer ingevuld. Alleen zijn eerste respons is meegenomen in dit onderzoek.

### Kenmerken deelnemers

Van de deelnemers was 78,4% vrouw. De gemiddelde leeftijd op toetsdatum EZWB was 46 jaar, de jongste deelnemer

was 23 jaar en de oudste 63 jaar. 29,4% was het eens met de uitslag van de EZWB. De demografische gegevens van de deelnemers staan in Tabel 1.

### Vergelijking eens versus oneens met de uitslag

Er was een trend waarbij deelnemers die begeleid waren door het UWV het vaker oneens waren met de uitslag dan deelnemers die door een ex-werkgever begeleid waren. Verder werden geen verschillen gezien wat betreft de begeleiding tijdens het eerste ziektejaar.

De leeftijd, hoogte van het inkomen en het geboorteland van de deelnemer en zijn ouders (Nederland of buitenland) lieten geen verschillen zien.

Hoger opgeleiden waren het vaker eens met de uitslag dan lager opgeleiden. Deelnemers die de totstandkoming van de uitslag niet of slechts gedeeltelijk begrepen waren het vaker oneens met de uitslag dan deelnemers die dit wel begrepen. Deelnemers die het oneens waren met de uitslag, waren vaker van plan actie te ondernemen.

Tabel 2 beschrijft de verbanden tussen acceptatie van de uitslag en de ziekteperceptie en ervaren sociale steun. Deel-

**Tabel 2**

Ziekteperceptie en ervaren sociale steun in de groepen eens met uitslag en oneens met uitslag. Gemiddelden en standaard deviatie tussen haakjes.

	eens uitslag (n=15)	oneens uitslag (n=36)	p	Mean Difference (95% CI)
<b>Ziekteperceptie</b>				
invloed op leven	5,87 (2,26)	8,31 (1,67)	<0,001	-2,469 (-3,587 / -1,291)
duur ziekte	6,00 (3,34)	7,81 (2,34)	0,032	-1,806 (-3,451 / -0,161)
controle	4,87 (1,77)	3,75 (2,69)	0,146	1,117 (-0,402 / 2,636)
behandelbaar	5,87 (2,72)	4,83 (3,04)	0,260	1,033 (-0,789 / 2,856)
klachten	4,73 (2,05)	8,03 (1,46)	<0,001	-3,294 (-4,315 / -2,274)
zorgen	4,33 (2,90)	7,89 (2,03)	<0,001	-3,556 (-4,981 / -2,131)
begrip	6,40 (2,47)	5,94 (2,94)	0,600	0,456 (-1,281 / 2,192)
negatieve stemming	4,67 (3,33)	8,33 (2,13)	0,001	-3,667 (-5,614 / -1,719)
<b>Sociale steun</b>				
alledaagse	10,20 (2,21)	8,81 (2,40)	0,059	1,394 (-0,055 / 2,844)
bij problemen	10,27 (2,76)	8,56 (2,60)	0,041	1,711 (0,075 / 3,347)
waarderingssteun	10,07 (3,11)	9,14 (2,54)	0,272	0,928 (-0,749 / 2,605)
totale steun	30,53 (7,40)	26,50 (7,09)	0,074	4,033 (-0,401 / 8,468)

nemers die het oneens waren met de uitslag, vonden dat hun ziekte hun leven meer beïnvloedde, ervaren ernstiger klachten en maakten zich meer zorgen over hun ziekte. Hun stemming werd meer beïnvloed door hun ziekte en zij dachten dat hun ziekte langer zou duren dan deelnemers die het eens waren met de uitslag. Bij sociale steun werden minder verschillen gevonden. Wel bleek dat deelnemers die de uitslag accepteerden meer ondersteuning bij problemen kregen dan deelnemers die dit niet deden.

**Vergelijking subgroep oneens met de uitslag, wel versus geen actie ondernemen**

In de subanalyse van deelnemers die de uitslag niet accepteerden, werden ongeveer dezelfde verschillen gevonden op de ziektepercepties tussen de groepen die wel of geen actie na de uitkomst van de EZWB wilden ondernemen, alleen in minder sterke mate. De deelnemers die actie wilden ondernemen, hadden negatievere ziektepercepties dan deelnemers die geen actie wilden ondernemen. Ten aanzien van de ervaren sociale steun werd geen verschil meer gevonden. Tabel 3 laat de resultaten zien.

**Discussie**

Dit onderzoek laat zien dat er factoren zijn die samenhangen met de acceptatie van de EZWB en of men een protestmelding of bezwaar gaat doen. Mensen met een lagere opleiding zijn het vaker oneens met de uitslag. Mensen die het oneens zijn met de uitslag (en actie gaan ondernemen) hebben negatievere ziektepercepties. Zij vinden namelijk dat hun ziekte meer invloed op hun leven heeft, langer

zal duren en meer klachten geeft. Ook maken zij zich meer zorgen en heeft de ziekte een negatieve invloed op hun stemming. Dit sluit aan bij wat eerder in de literatuur gevonden is over risicofactoren voor (een langer durend) verzuim.<sup>1-2,3-4-5</sup>

In dit onderzoek is er vanuit gegaan dat de belastbaarheid juist is ingeschat door de verzekeringsarts. Er bestaat ook de mogelijkheid dat de verzekeringsarts de belastbaarheid in de groep deelnemers die het oneens is met de uitslag overschat heeft en dat de cliënten inderdaad meer beperkt zijn dan door de verzekeringsarts wordt aangenomen.

In de literatuur werden tegenstrijdige resultaten gevonden over sociale steun.<sup>7-8-9</sup> Tegen de verwachting in, bleken mensen die veel steun ervaren bij problemen het vaker eens te zijn met de uitslag.

Ook tegen de verwachting in bleken leeftijd, inkomen en buitenlandse afkomst niet samen te hangen met de acceptatie van de EZWB-uitslag. In de literatuur zijn dit factoren die bekend zijn met een hoger verzuimrisico<sup>1-2</sup>. Mogelijk was de onderzoekspopulatie hier te klein voor. Nader onderzoek met een grotere populatie wordt dan ook aanbevolen.

Dit onderzoek laat zien dat mensen die niet of slechts gedeeltelijk begrijpen hoe de EZWB-uitslag tot stand komt, het vaker oneens zijn met deze uitslag. Daar kan UWV op inspelen, door bijvoorbeeld betere voorlichting te geven. Hierbij moet niet alleen gedacht worden aan voorlichting door de verzekeringsarts, maar zeker ook door de arbeidsdeskundige. Dit is namelijk de persoon die uiteindelijk de uitslag aan cliënt meedeelt. Daarnaast kan bij de groep

**Tabel 3**

Ziekteperceptie en ervaren sociale steun in de groep deelnemers die het oneens is met de EZWB-uitslag en wel of geen actie wil ondernemen. Gemiddelden en standaarddeviatie tussen haakjes.

	Actie (n= 25)	Geen actie (n=11)	p	Mean Difference (95% CI)
<b>Ziekteperceptie</b>				
invloed op leven	8,80 (0,96)	7,18 (2,36)	0,049	1,618 (0,005 / 3,231)
duur ziekte	7,80 (2,22)	7,82 (2,71)	0,983	-0,018 (-1,764 / 1,727)
controle	3,36 (2,58)	4,64 (2,84)	0,193	-1,276 (-3,231 / 0,678)
behandelbaar	4,56 (3,03)	5,45 (3,11)	0,424	-0,895 (-3,139 / 1,350)
klachten	8,56 (1,04)	6,82 (1,60)	<0,001	1,742 (0,834 / 2,649)
zorgen	8,44 (1,53)	6,64 (2,50)	0,045	1,804 (0,051 / 3,556)
begrip	5,60 (3,12)	6,73 (2,41)	0,295	-1,127 (-3,283 / 1,028)
negatieve stemming	9,08 (1,08)	6,64 (2,91)	0,020	2,444 (0,462 / 4,426)
<b>Sociale steun</b>				
alledaagse	9,08 (2,34)	8,18 (2,52)	0,308	0,898 (-0,865 / 2,661)
bij problemen	8,96 (2,42)	7,64 (2,87)	0,163	1,324 (-0,562 / 3,209)
waarderingsteun	9,44 (2,57)	8,45 (2,46)	0,291	0,985 (-0,880 / 2,851)
totale steun	27,48 (6,88)	24,27 (7,39)	0,216	3,207 (-1,965 / 8,380)

mensen die één of meerdere risicofactoren heeft voor het niet accepteren van de uitslag, extra aandacht besteed worden aan de verslaglegging. De gedachte is dat een goede verslaglegging, inclusief een heldere beschouwing ook voor de cliënt, ertoe kan leiden dat een protestmelding sneller afgehandeld kan worden door te verwijzen naar deze rapportage en dit kan ook de afhandeling van bezwaarzaken makkelijker maken.

Er was een trend dat cliënten die begeleid waren door de ex-werkgever de uitslag vaker accepteerden dan cliënten die begeleid waren door het UWV. Indien uit nader onderzoek blijkt dat de cliënten die door de ex-werkgever zijn begeleid, vergelijkbaar zijn met de UWV-clieñten, is het verstandig om te kijken wat de ex-werkgevers anders doen dan het UWV. Het zou bijvoorbeeld kunnen liggen aan de frequentie van contact tussen cliënt en de bedrijfsarts/ verzekeringsarts of andere medewerkers, namelijk dat de ex-werkgever vaker contact heeft met de cliënt dan het UWV.

Dit onderzoek kent ook enkele beperkingen. Zo hebben meer vrouwen (78,4%) dan mannen meegedaan. Aangezien 68,8% van de aangeschreven cliënten vrouw was, kan niet gesteld worden dat het responspercentage onder mannen en vrouwen wezenlijk anders was. De onderzoeksgroep was te klein om significante verschillen tussen mannen en vrouwen vast te kunnen stellen. Toekomstig onderzoek kan hiernaar kijken en zich richten op de vraag waarom er bij zoveel meer vrouwen dan mannen de uitkering is beëindigd. Zitten er sowieso meer vrouwen in de ZW, hebben zij ernstiger aandoeningen waardoor zij langer in de ZW blijven, of juist minder ernstige aandoeningen, waardoor zij na EZWB hun uitkering verliezen?

Verder heeft dit onderzoek alleen gevraagd naar de intentie van de deelnemers om actie te ondernemen. Gedurende mijn onderzoek zijn verschillende deelnemers inderdaad in bezwaar gegaan of hebben zich opnieuw ziekgemeld. Ik heb niet gecontroleerd of dit de deelnemers waren die in dit onderzoek ook hadden aangegeven dat te zullen doen, noch heb ik bijgehouden hoe dit in de groep is geweest

welke niet aan dit onderzoek heeft meegedaan. Aanvullend onderzoek kan hier duidelijkheid over geven.

Ook heeft er geen non-respons analyse plaatsgevonden, waardoor het niet bekend is of de groep deelnemers representatief is voor de totale groep cliënten van wie op basis van de EZWB de ZW-uitkering is beëindigd.

### Conclusie

Er zijn een aantal (demografische) factoren en ziektepercepties die voorspellen of mensen het met de uitslag van de EZWB oneens zullen zijn en daardoor een hoger risico op een protestmelding of bezwaarzaak geven. Mensen met een lager opleidingsniveau zijn het vaker oneens met de uitslag, evenals mensen die niet of slechts gedeeltelijk begrijpen hoe de uitslag van de EZWB tot stand is gekomen. Daarnaast zijn mensen die de uitslag niet accepteren van mening dat hun ziekte hun leven meer beïnvloed en langer zal duren dan mensen die de uitslag wel accepteren. De groep welke de uitslag niet accepteert ervaart ernstiger klachten, is bezorgder en de ziekte heeft een grotere invloed op hun stemming. Op het gebied van sociale steun ervaren zij minder ondersteuning bij problemen.

### Belangencollicten

Er is geen sprake van belangenconflicten.

### Literatuur

- Dekkers-Sánchez PM, Hoving JL, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. *Occup Environ Med* 2008; 65: 153-157.
- Karlsson NE, Carstensen JM, Gjesdal S, Alexanderson KAE. Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. *Eur J Public Health* 2008; 18: 224-231.
- Broadbent E, Wilkes C, Koschwanec H, et al. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychol Health* 2015; 30: 1361-1385.
- Dekkers-Sánchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. A qualitative study of perpetuating factors for long-term sick leave and promoting factors for return to work: chronic work disabled patients in their own words. *J Rehabil Med* 2010; 42: 544-552.
- Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health* 2003; 18: 141-184.
- Sonderen E van (2012). Het meten van sociale steun met de Sociale Steun Lijst –Interacties (SSL-I) en Sociale Steun Lijst – Discrepanties (SSL-D): een handleiding. Tweede herziene druk. UMCG/Rijksuniversiteit Groningen, Research institute SHARE.
- Brouwer S, Krol B, Reneman MF, et al. Behavioral determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence: an application of the theory of planned behavior. *J Occup Rehabil* 2009; 19: 166-174.
- Sinokki M, Hinkka K, Ahola K, et al. Social support as a predictor of disability pension: the Finnish health 2000 study. *J Occup Environ Med* 2010; 52: 733-739.
- Rael EGS, Stansfeld SA, Shipley M, et al. Sickness absence in the Whitehall II study, London: the role of social support and material problems. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49: 474-481.
- Raaij EJ de, Schröder C, Maissan FJ, et al. Cross-cultural adaptation and measurement properties of the Brief Illness Perception Questionnaire-Dutch Language Version. *Man Ther* 2012; 17: 330-335.
- Bridges K R, Sanderman R, Sonderen E van. (2002). An English language version of the social support list: Preliminary reliability. *Psychol Rep*, 90, 1055-1058.