

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/95487>

Please be advised that this information was generated on 2019-04-25 and may be subject to change.

## Van beleid naar uitvoering: brug of kloof?

Nicolette van Gestel\*

### Inleiding

Hoewel de ziekteverzuimcijfers de laatste vijftien jaar zijn gedaald en ook de instroom in de WAO/WIA lange tijd is afgenomen, is er nog allerminst reden voor tevredenheid. Nog steeds vallen mensen onnodig uit het arbeidsproces en veroorzaakt de arbeidsorganisatie een belangrijk deel van de gezondheidsklachten. Oorzaken voor uitval die in de organisatie zijn gelegen – zoals werkdruk en stress, slechte communicatie, fysieke overbelasting, problemen met leiding en samenwerking – worden bovendien nog nauwelijks fundamenteel aangepakt. Uit recent onderzoek in 27 EU-landen blijkt dat maar liefst 8,6 % van de beroepsbevolking in de EU last heeft van werkgerelateerde gezondheidsklachten, dat wil zeggen 23 miljoen mensen (Eurostat 2010). De meest voorkomende klachten betreffen het bewegingsapparaat, werkdruk/stress en intimidatie door leidinggevenden of collega's (zie ook Jehoel-Gijsbers 2010). Hoewel de werkgerelateerde gezondheidsproblemen zich in alle landen en sectoren van de EU voordoen, kampen de land- en mijnbouw en de sector zorg en welzijn met bovengemiddelde problemen. In Nederland is deze laatste sector goed voor 16 procent van de banen van werknemers (CBS statline).

In Nederland suggereren we graag dat we het ziekte- en arbeidsongeschiktheidsprobleem hebben opgelost (*van Dutch disease* naar *Dutch miracle*). Niettemin omvat de totale populatie van arbeidsongeschikten ondanks de lagere instroom nog steeds bijna een miljoen mensen en neemt de laatste tijd het aantal WIA-uitkeringen weer toe. De Wajong is intussen het nieuwe probleemkind geworden van het Nederlandse stelsel, met een omvang van bijna 200.000 mensen en een snelle groei in het laatste decennium. Ook in de EU als geheel is er geen reden om het dossier van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid als opgelost te beschouwen. Ondanks de aanscherping van het beleid voor ziekte/arbeitsongeschiktheid in vele EU-landen (zie ook de bijdrage van Prins) is tussen 1999 en 2007 het percentage werknemers met werkgerelateerde gezondheidsklachten juist fors toegenomen. Voor de negen EU-landen waarvoor dit is vergeleken, is een toename van 4,7 naar 7,1 procent geconstateerd (Eurostat 2010). Interessant genoeg is het verzuim in deze landen doorgaans *niet* gestegen: mensen voelen zich weliswaar minder gezond maar komen toch werken (Eurostat 2010). Dit opvallende verschijnsel kwam ook al in de evaluatie in 2006 van de Wet verbetering poortwachter (ingevoerd in 2002) in Nederland naar voren: werknemers hervatten sneller het werk ook al is hun gezondheid niet verbeterd (Reijenga et al. 2006).

\* Bijzonder hoogleraar 'Nieuwe sturingsvormen in sociale zekerheid en arbeidsvoorziening' aan de Universiteit van Tilburg en universitair hoofddocent aan de Faculteit der Managementwetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen.

We staan er dus ogenschijnlijk in Europa en in Nederland qua verzuim en arbeidsongeschiktheid goed voor; echter een deel van de werknemers komt naar het werk zonder goed fit te zijn en kan door gezondheidsklachten niet optimaal presteren. Het doorwerken met klachten doet de kans op nieuwe en langduriger uitval op termijn zelfs toenemen. Dit is geen gunstige ontwikkeling in een tijd waarin gehamerd wordt op duurzame inzetbaarheid, verdere verhoging van de arbeidsparticipatie (bijvoorbeeld door grotere deeltijdbanen) en latere pensionering. Ook op korte termijn heeft doorwerken met toenemende gezondheidsklachten negatieve effecten op de arbeidsproductiviteit. Het productiviteitsverlies veroorzaakt door 'presenteïsme' – zoals dit verschijnsel wordt aangeduid in de literatuur – is groter dan het productiviteitsverlies veroorzaakt door verzuim (Dixon 2005). Zowel voor werkgevers, werknemers als overheden ligt hier een enorme uitdaging voor een betere evenwicht tussen arbeid, gezondheid en economische ontwikkeling.

#### Nationale regelgeving in EU-perspectief

In Nederland is de afgelopen vijftien jaar nieuwe wetgeving ontstaan om het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid terug te dringen (zie ook de andere bijdragen). Dit nationale beleid staat niet op zichzelf maar kan worden gezien als onderdeel van Europa's 'Activeringsstrategie' (Kluve et al. 2007; Eichhorst et al. 2008) die ten doel heeft de arbeidsmarktparticipatie te verhogen en het aantal uitkeringen voor sociale zekerheid te verlagen (Visser & Hemerijck 1997; Van Oorschot & Boos 2000; Bekke & Van Gestel 2004). Deze activeringsstrategie is ontwikkeld in reactie op de toenemende kosten van de welvaartsstaat en bevorderd door EU-beleid waartoe besloten is in het Verdrag van Maastricht (1992), van Amsterdam (juni 1997) en tijdens de Luxemburgse werkgelegenheidstop (november 1997). In 2000 heeft de EU opnieuw ambitieuze doelen gesteld voor arbeidsparticipatie in the Lissabon Agenda (minimaal 70% voor mannen en minimaal 60% voor vrouwen in 2010). De Europese Raad in Barcelona heeft in maart 2002 de ambities nog eens bevestigd en de activeringsstrategie voor volledige werkgelegenheid bestempeld als een van de kernbeleidsgebieden van de EU (European Employment Observatory 2008).

Binnen de EU is Nederland een interessante case vanwege zijn historisch hoge niveau van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid én vanwege het besluit om hier radicaal verandering in te brengen. Deze rigoureuze beleidsverandering werd met name uitgelokt door de snelle groei van het aantal arbeidsongeschikten: van 215.000 in 1970 tot bijna een miljoen mensen in 2000 (Maarse 1984:78; Van Oorschot & Boos 2000). Het sociale zekerheidssysteem en vooral de WAO kregen steeds meer kritiek omdat het te gemakkelijk toegankelijk en te generoos zou zijn (Aarts, Burkhauser & De Jong 1996; Van Oorschot 2006).

Sinds het midden van de jaren negentig heeft Nederland het beleid voor ziekte en arbeidsongeschiktheid drastisch aangepast. In 1996 privatiseerde de regering de financiering van ziekteverzuim en verplichtte werkgevers om het loon van zieke werknemers gedurende het eerste jaar door te betalen (WULBZ 1996). De daaropvolgende Wet PEMBA (1998) introduceerde financiële sancties, zoals een hogere premie voor

organisaties met een hoger niveau van arbeidsongeschiktheid dan het gemiddelde in de sector. Sinds 2002 zorgt de Wet verbetering poortwachter (wvp) voor strikte procedures voor verzuimbegeleiding, activering en re-integratie. Zowel werkgevers als werknemers krijgen financiële sancties als zij niet of onvoldoende meewerken aan de gestelde procedures. Zieke werknemers kunnen bijvoorbeeld een loonsanctie krijgen, terwijl werkgevers verplicht kunnen worden om het loon langer dan twee jaar door te betalen. In 2004 is de verplichte loondoorbetaling voor werkgevers van één naar twee jaar uitgebreid (vLZ Act). Tenslotte is eind 2005 een nieuwe arbeids(on)geschiktheidswet aangenomen (wIA) waarin onder meer de verantwoordelijkheid voor een deel van de werknemers bij de werkgever werd gelegd (namelijk voor degenen die na twee jaar ziekte voor minder dan 35% arbeidsongeschikt worden verklaard (de zogenoemde 35-minners)). Samengenomen kent al deze nieuwe wetgeving een significante rol toe aan de werkgever in het management van verzuim en arbeidsongeschiktheid.

Tot dusver is de evaluatie van dit nationale beleid positief (Ministerie van szw 2006; Reijnga et al. 2006; Piek et al. 2008; zie ook de bijdragen van Goudswaard en Prins). Sinds de start van de nieuwe wetgeving zijn werkgevers geleidelijk actiever geworden in ziekteverzuimbeleid. Doorgaans wordt dit gezien als oorzaak voor het feit dat het gemiddelde verzuimpercentage afnam en het aantal wAO/wIA-uitkeringsgerechtigden daalde. Tegelijkertijd laten de evaluatiestudies ook een aantal kritische kanttekeningen zien. Zo zouden werkgevers met hun personeel vaak slecht communiceren over gezondheidsproblemen en worden activeringsplannen vaak te laat of niet ontwikkeld. Werkgevers zouden er bovendien naar neigen om werknemers onder druk te zetten, zodat werknemers eerder terugkeren ook als ze niet volledig hersteld zijn (Ministerie van szw 2006; Reijnga et al. 2006). Vakbonden en vertegenwoordigers van uitkeringsgerechtigden vrezen dat organisaties simpel van het ene naar het andere uiterste gaan. Waar ze in het verleden weinig actief waren ten aanzien van zieke werknemers zitten ze er nu bovenop met overdreven controle (FNV 2003). Samengevat maken zowel de algemene positieve evaluatie als de kritische kanttekeningen het belang duidelijk van een beter inzicht in hoe de nieuwe nationale regelgeving in arbeidsorganisaties wordt geïnterpreteerd en toegepast.

### Nationale regelgeving in praktijk

In de periode 2005-2009 is er door het Instituut voor Management Research van de Radboud Universiteit Nijmegen<sup>1</sup> onderzoek uitgevoerd in 48 private en (semi-)publieke organisaties. De globale onderzoeksvraag in deze meerjarige studie was: Hoe geven organisaties in praktijk inhoud aan de veranderingen in het sociale zekerheidsbeleid voor gezondheid en verzuim? In het onderzoek is naar aanleiding van een literatuurstudie de nadruk gelegd op drie dimensies van deze praktijk, namelijk:

- 1 de focus in het verzuim-/ gezondheidsbeleid van organisaties;
- 2 de rollen van HR-adviseurs en leidinggevendenden in de vormgeving en uitvoering van dit beleid;
- 3 de consequenties voor werknemers.

Het onderzoek vond plaats in middelgrote en grote organisaties in diverse sectoren: de industrie, de bankensector, het onderwijs, zorg en welzijn, informatietechnologie, horeca, politie, advocatuur, accounting en consultancy, overheidsorganisaties en de luchtvaartsector. Van de 48 organisaties waren er 39 profit en 9 non-profit ondernemingen, variërend van minimaal 50 tot circa 5000 werknemers. In elke organisatie is uitvoerig gesproken met (een van) de HR-managers die verantwoordelijk waren voor het implementeren van de nationale beleidsveranderingen in de organisatie. Deze HR-managers hadden zowel kennis van verzuim- en re-integratiebeleid op organisatieniveau als ervaring met de uitvoering van dit beleid op de werkvloer. De interviews duurden 60-75 minuten en zijn opgenomen en uitgewerkt in rapportages, die in totaal circa 330 pagina's tekst beslaan. Onderstaand worden een aantal belangrijke conclusies uit dit onderzoek weergegeven.

#### Dimensie 1: Focus in organisatiebeleid

Ondanks de nodige variaties heeft het verzuim- en arbeidsongeschiktheidsbeleid in de diverse onderzochte organisaties een viertal gemeenschappelijke kenmerken. Ten eerste ligt de focus in het organisatiebeleid op een individuele aanpak in plaats van op een ondernemingsstrategie. Het beleid in de diverse organisaties is doorgaans niet gebaseerd op een grondige analyse van het personeelsbestand en van de oorzaken voor verzuim, maar op het begeleiden van individuele zieke werknemers bij de terugkeer naar werk. Hiermee samenhangend blijkt het beleid in organisaties vooral curatief in plaats van preventief. Men begint pas met actie nadat het probleem van uitval zich voordoet en richt zich slechts in zeer beperkte zin op preventie. Voor zover er sprake is van preventieve maatregelen richten die zich eerder op eenvoudige veranderingen (zoals een betere stoel of werkhouding) en niet op complexe veranderingen (zoals in de managementstijl en in de werkorganisatie). Ten derde zijn de organisaties in onze studie gericht op (korte termijn) kostenbesparingen in plaats van op productiviteitsverbetering. Men besteedt bijvoorbeeld wel aandacht aan het reduceren van frequent verzuim door sterkere controle, maar niet aan de pakweg 95% werknemers die niet zijn uitgevallen maar van wie een deel door gezondheidsklachten – bijvoorbeeld als gevolg van werkdruk of communicatieproblemen in de organisatie – minder productief is. Tenslotte wordt de nationale regelgeving door organisaties vooral geïnterpreteerd als een prikkel tot verandering van het gedrag van (zieke) werknemers in plaats van tot een aanpassing van de arbeidsorganisatie. Werknemers worden tegenwoordig geacht open te communiceren over hun gezondheidsproblemen en tevens om daar zelf – voor zover mogelijk – wat aan te doen (in de vorm van meewerken aan behandelingen, gezond eten en bewegen). Arbeidsorganisaties zien echter in de nationale regelgeving geen prikkel om zich te bezinnen hoe zij een gezonde werkplaats kunnen worden voor hun personeel.

#### Dimensie 2: Managementrollen in vormgeving en uitvoering

In het onderzoek is geanalyseerd welke rol(len) HR-adviseurs en leidinggevendenden spelen in de vormgeving en uitvoering van het organisatiebeleid voor verzuim en

arbeidsongeschiktheid. Opnieuw en met enige variatie blijken er een aantal duidelijke overeenkomsten. Wat betreft de rol van de leidinggevende moet worden geconstateerd dat deze weliswaar in veel gevallen tot casemanager is uitgeroepen en daar ook zijn/haar best voor wil doen, maar dat in praktijk andere taken prioriteit hebben. Het dagelijks runnen van de afdeling laat volgens de HR-managers bij de leidinggevendenden weinig tijd en ruimte over voor de problemen van zieke werknemers. Verder blijkt de leidinggevende weinig invloed te hebben op het voorkomen van werkgerelateerde gezondheidsproblemen. Niet zelden zit de leidinggevende volgens de HR-managers bij dergelijke verzuimoorzaken tussen twee vuren: hij/zij begrijpt bijvoorbeeld de problemen van werkdruk maar ziet zich voor verandering hierin afhankelijk van hoger geplaatsten. Tenslotte constateren de HR-adviseurs in onze studie dat leidinggevendenden alleen in uitzonderingsgevallen worden afgerekend op goed werkgeverschap. Als zij veel tijd en moeite besteden aan de re-integratie van hun zieke werknemers, gaat dat echter ten koste van de tijd voor andere, ook noodzakelijke taken waar zij wel op worden beoordeeld. Er is dus geen sterke prikkel voor een goede uitvoering.

De strategische rol van de HR-adviseur blijkt eveneens beperkt te zijn. Hoewel de HR-managers in onze studie vaak opmerken dat zij hun organisatie van een strategisch verzuimbeleid hebben voorzien, blijkt het meestal te gaan om een kopie van de WVP-procedures en niet om een analyse van de aard van verzuim en gezondheidsproblemen, uitgesplitst naar afdeling en functie en een daaraan gekoppelde strategie om deze problemen tegen te gaan. HR-adviseurs voelen zich voor een succesvolle aanpak van ziekteverzuim sterk afhankelijk van leidinggevendenden. Ze juichen het meestal toe dat leidinggevendenden het voortouw nemen in verzuimbeleid, maar constateren regelmatig dat deze taak onvoldoende wordt vervuld. Uit ander onderzoek<sup>2</sup> waarin behalve HR-managers ook leidinggevendenden zijn geïnterviewd, komt naar voren dat de kritiek vaak wederzijds is. Leidinggevendenden merken nogal eens op dat HR-adviseurs weinig inhoudelijke inbreng leveren en sterk procedureel gericht zijn. Men is dus bij nader inzien niet tevreden over elkaars bijdrage en samen niet tevreden over de uitvoering van het beleid.

### Dimensie 3: Consequenties voor werknemers

Hoewel de nationale wetgeving voor ziekte en arbeidsongeschiktheid er – zonder onderscheid – is voor alle werknemers, zien we belangrijke verschillen in de consequenties van het beleid voor werknemers met hogere en lagere functies. De Wet verbetering poortwachter wordt bijvoorbeeld door veruit de meeste organisaties in deze studie vooral geïnterpreteerd als een prikkel tot grotere controle op het kortdurend verzuim van lager opgeleid personeel. HR-managers merken vaak op dat de wetgeving voor hen een steun in de rug is bij deze controle. Zij melden dat het verzuim van lageropgeleiden doorgaans minder vertrouwd wordt (is deze persoon wel 'echt' ziek?) vanwege een verondersteld lagere intrinsieke motivatie voor het werk. Dit in tegenstelling tot het verzuim van hogeropgeleiden, waar een hoge intrinsieke arbeidsmotivatie wordt verwacht. HR-managers gaan er vanuit dat deze hoger opgeleide werknemers zelf wel in staat zijn om hun (gezondheids-)problemen op te lossen. Er is dus een duidelijk verschil

tussen de implementatie en daarmee de consequenties van het beleid voor hoger- en lager opgeleiden, waarbij de eersten min of meer met rust worden gelaten en de laatsten worden geconfronteerd met een sterkere controle gebaseerd op wantrouwen. Een andere opvallende – hoewel niet onverwachte – uitkomst van de nieuwe wetgeving voor werknemers zijn de problemen met re-integratie voor mensen met een beperking. Terwijl het in de nationale wetgeving een van de belangrijkste beleidsdoelen is om langdurige uitval en een WIA-uitkering te voorkomen zien leidinggevenden volgens de HR-adviseurs doorgaans liever ‘geen kneus op de afdeling’. Dit geldt temeer als leidinggevenden worden verzocht mee te werken aan de re-integratie van werknemers van een andere afdeling of zelfs van een andere organisatie. Deze terughoudendheid in het meewerken aan re-integratie kan enerzijds te maken hebben met de werkdruk waaronder de niet-verzuimende collega’s opereren; hierdoor gaat de voorkeur uit naar een collega die volledig inzetbaar is. Maar er komt uit onze studie ook een heroïsche perceptie op gezondheid naar voren, die invloed kan hebben op de re-integratie van (langdurig) zieken. In dit beeld wordt ‘ziek’ geassocieerd met ‘zwak’, terwijl degenen die niet uitvallen, gezien worden als ‘sterk’.

Tenslotte is er een praktisch argument: de capaciteit in organisaties (lees banen) voor mensen met een beperking is relatief schaars. Organisaties zeggen dat zij in het verleden vaker functies hadden waar mensen ‘in de luwte’ konden werken, maar dat deze functies door toenemende concurrentie en bezuinigingen zijn afgeschaft. Dit treft in toenemende mate ook mensen die moeite hebben met de werkdruk. Of zoals de HR-manager in een groot cateringsbedrijf het uitdrukte: ‘Je kunt toch niet een hele ploeg aan het servetten vouwen zetten.’

Gevraagd naar de risicoselectie bij instroom stellen de meeste HR-managers dat zij weliswaar bij de selectie van nieuw personeel geen vragen stellen over iemands gezondheid maar wel in toenemende mate nieuwe medewerkers eerst testen via uitzendwerk. Zo wil de organisatie bijvoorbeeld nagaan of nieuw personeel bestand is tegen werkdruk en piekbelasting. Hiermee vindt er dus wel degelijk selectie op gezondheid plaats, al is het niet op een manier die de wetgever verbiedt.



### Conclusies: brug of kloof?

Met de nieuwe wetgeving van de laatste vijftien jaar heeft de overheid beoogd om risico's voor ziekte en arbeidsongeschiktheid in de arbeidsorganisatie te voorkomen en op te lossen. Zowel werkgevers als werknemers zijn met regelgeving en financiële prikkels aangespoord hun gedrag te veranderen in de richting van een meer gezonde samenleving met een hogere en duurzame arbeidsparticipatie. In de praktijk blijkt echter de focus in het organisatiebeleid nog weinig te liggen op deze maatschappelijke doelen. Organisaties richten zich primair op de korte termijn in plaats van op een strategie ter preventie en aanpak van gezondheidsklachten. Ook de rolverdeling binnen organisaties in verzuimbeleid is onbevredigend. Leidinggevend en HR-adviseurs hebben hogere verwachtingen van elkaar dan zij momenteel waarmaken, waarbij de oplossing van verzuimproblemen bovendien onvoldoende wordt gesteund door een ondernemingsstrategie op dit terrein. Tenslotte zijn ook de consequenties voor werknemers niet alleen positief. Hoewel er volgens de HR-managers meer aandacht is voor mensen die door ziekte zijn uitgevallen dan in het verleden, is er ook meer ongelijkheid ontstaan tussen groepen werknemers in relatie tot gezondheid. Er is dus door de wetgever een brug geslagen naar een betere preventie en aanpak van gezondheidsproblemen in organisaties, maar de kloof met de praktijk is ondanks de toegenomen inspanningen nog steeds groot.





### Noten

- 1 Dit onderzoek is uitgevoerd onder supervisie van de auteur, in samenwerking met zes masterstudenten Bedrijfskunde (specialisatie Strategisch Personeelsmanagement): Jorik Brounen, Nicole Tielen, Annemarie Pot, Sigrid Horstman, Maartje Boomkamp en Emmie Vossen.
- 2 Het betreft het lopende, internationaal vergelijkende onderzoeksprogramma 'The Healthy Worker', waarin – onder leiding van de auteur – de samenwerking wordt onderzocht van werknemers, leidinggevenden, bedrijfsartsen en HR-adviseurs in preventie en re-integratie in de gezondheidszorg.

## Literatuur

- Aarts, L., R. Burkhauser en Ph. de Jong (red.) (1996). *Curing the Dutch disease*. Londen: Avebury.
- Bekke, H. en N. van Gestel (2004). *Publiek Verzekerd. Voorgeschiedenis en start van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) 1993-2003*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- CBS statistiek (2008). <http://www.cbs.nl/en-gb/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/nieuws/default.htm>
- Dixon, K. (2005). Weighing the costs of presenteeism: recognise the signs and repair the damage of employee burnout. In: *Chief Executive-New York*, nr. 209, p. 22–23.
- Eichhorst, W., O. Kaufmann en R. Konle-Seidl (red.) (2008). *Bringing the Jobless into Work? Experiences with Activation Schemes in Europe and the us*. Berlijn/Heidelberg: Springer.
- European Employment Observatory (2008). <http://www.eu-employment-observatory.net/en/ees/index.htm>
- Eurostat (2010). *Health and safety at work in Europe (1999-2007)*. Luxemburg: Publications Office of the European Union.
- FNV (2003). *Tussen werk en wao*. Amsterdam: FNV en het Platform voor Uitkeringsgerechtigden.
- Jehoel-Gijsbers, G. (red.) (2010). *Beperkt aan het werk. Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kluve, J., et al. (2007). *Active Labor Market Policies in Europe: Performances and Perspectives*. Berlijn/Heidelberg: Springer.
- Maarse, J.A.M. (1984). *Uitvoering en effecten van arbeidsmarktbeleid- een bestuurskundig onderzoek naar het Aanvullende Werkgelegenheidsbeleid*. Enschede, proefschrift T U Twente.
- Ministerie van szw (2006) *De Wet Verbetering Poortwachter*. Den Haag: Inspectie voor Werk en Inkomen, Vo6/16.
- Reijenga, F.A., T.J Veerman en N. van den Berg (2006). *Onderzoek Evaluatie Wet Verbetering Poortwachter*. Leiden: Bureau Astri (nr. 363).
- Piek, P., T. van Vuuren, J. Fekke Ybema, C. Joling, J. Huijs (2008). *Re-integratie van zieke werknemers: feiten, verklaringen en mogelijkheden*. Den Haag: RWI.
- Visser, J., en A. Hemerijck (1997). *A Dutch miracle: Job growth, welfare reform and corporatism in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Van Oorschot, W. en K. Boos (2000). The battle against numbers: disability policies in the Netherlands. *European Journal of Social Security*, jg. 2, nr. 4, p. 343-361.
- Van Oorschot, W. (2006). The Dutch welfare state: recent trends and challenges in historical perspective. In: *European Journal of Social Security* jg. 8, nr. 1, p. 57-76.