



Reïntegratie bij langer durend ziekteverzuim

Een longitudinaal onderzoek naar (inter)acties van
werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts

Betsy van Oortmarsen

Reïntegratie bij langer durend ziekteverzuim

*Een longitudinaal onderzoek naar (inter)acties van werknemer,
leidinggevende en bedrijfsarts*

Betsy van Oortmarsen

Beoordelingscommissie

Prof. dr. J.P.P.E.F. Boselie
Dr. J.H.P. Christis
Prof. dr. N.M. van Gestel
Prof. mr. F.J.L. Pennings
Prof. dr. S.G.L. Schruijer

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag
Reïntegratie bij langer durend ziekteverzuim
Een longitudinaal onderzoek naar (inter)acties van
werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts,
Betsy van Oortmarssen

Ontwerp binnenwerk en omslag
Van Kelckhoven BNO, Groningen

Drukwerk
Drukkerij De Marne, Leens

Vertaling samenvatting
Tia Nutters, Groningen

ISBN/EAN 978-90-805658-0-7

© 2014, Betsy van Oortmarssen. Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Reïntegratie bij langer durend ziekteverzuim

*Een longitudinaal onderzoek naar (inter)acties van werknemer,
leidinggevende en bedrijfsarts*

Reintegration after long-term sick leave

*A longitudinal study of actions by and interactions among employees,
managers and occupational physicians*

(with a summary in English)

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Utrecht
op gezag van de rector magnificus, prof. dr. G.J. van der Zwaan,
ingevolge het besluit van het college voor promoties
in het openbaar te verdedigen op
vrijdag 23 mei 2014 des ochtends te 10.30 uur.

door

Albertha Jantje van Oortmarssen
*geboren op 24 januari 1957
te Lochem*

Promotor

Prof. dr. P.L.M. Leisink

Copromotor

Dr. H.A.M. van Lieshout

Voorwoord

Dit proefschrift is de afsluiting van een lang en intensief proces. Al voordat ik er in 2005 mee startte, had ik plannen om wetenschappelijk onderzoek te gaan doen. Mijn docentfunctie bij de Hanzehogeschool Groningen was interessant en afwisselend, maar door de generalistische aard ervan nam in de loop van de jaren de behoefte aan theoretische verdieping toe. Rond het jaar 2000 heb ik een begin gemaakt met de uitwerking van een filosofisch onderwerp, in het verlengde van kennistheoretische problematiek waarmee ik in 1982 mijn studie filosofie had afgerond. Dit heb ik toen niet doorgezet. Nieuwe kansen dienden zich aan toen ik in 2003 ging deelnemen aan het lectoraat Arbeidsverhoudingen van de Hanzehogeschool. Dat richtte zich op toegepast onderzoek en versterking van de samenwerking en kennisuitwisseling met het werkveld. Op dat moment waren speerpunten van het lectoraat activerend arbeidsmarktbeleid en bevordering van arbeidsparticipatie. Ik oriënteerde me op een onderzoeksonderwerp dat paste binnen het meerjarenprogramma van het lectoraat en aansloot bij mijn eigen interesses, toen in februari 2005 de stimuleringsregeling voor promotietrajecten in het hoger beroepsonderwijs werd opengesteld. Tot mijn genoegen werd mijn onderzoeksvorstel gehonoreerd. Dit betekende dat ik – dankzij facilitering van het Mobiliteitsfonds HBO en de Hanzehogeschool Groningen / het lectoraat Arbeidsverhoudingen – vier jaar lang gedeeltelijk werd vrijgesteld van onderwijstaken om promotieonderzoek te kunnen doen naar reïntegratie bij langer durend ziekteverzuim.

De omschakeling van het lesgeven bij het Instituut voor Bedrijfskunde en het voorzitterschap Centrale Medezeggenschapsraad naar de wereld van academisch onderzoek heeft me moeite gekost. Als buitenpromovendus moest ik opnieuw aansluiting zien te vinden bij de actuele theorievorming en me weer bekwamen in het denken en schrijven op academisch niveau. Ik heb moeten leren de kwaliteiten waar het in de functie van docent in het hoger beroepsonderwijs op aankomt – een brede oriëntatie, snel kunnen schakelen, toepassingsgericht denken – tijdens mijn onderzoeksdagen ondergeschikt te maken aan specialistisch en minutieus te werk gaan op een sterk afgebakend terrein. Tegenover de lastigheid van het combineren van ‘verschillende werelden’ staat dat ik in mijn onderzoek goed gebruik heb kunnen maken van mijn kennis, ervaring en contacten. In de periode waarin ik aan het proefschrift werkte, ben ik in andere rollen en op verschillende wijzen betrokken geweest bij de problematiek van ziekteverzuim en reïntegratie. Als kenniskringlid bij het lectoraat Arbeidsverhoudingen en als docent personeelsmanagement hield ik me bezig met het thema reïntegratie. Naast mijn werk was ik als parttime projectleider en stuurgroepvoorzitter betrokken bij projecten gericht op de verbetering van arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen. Na de overstap naar een leidinggevende functie bij FNV Bouw in 2010, heb ik een aantal keren zelf verantwoordelijkheid gedragen voor de reïntegratie van (langdurig) zieke medewerkers. Bovendien bestaat een aanzienlijk deel van de juridische dossiers waarbij ik als manager betrokken ben, uit geschillen over de uitvoering van de Wet verbetering poortwachter en de WIA.

Dit promotietraject was niet gelukt zonder de medewerking en steun van veel mensen. Woorden van dank aan diegenen die dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt, zijn hier dan ook op hun plaats. Allereerst dank ik de mensen over wie dit proefschrift gaat. De werknemers van de zorginstellingen, de leidinggevenden en de bedrijfsarts hebben allen met grote bereidwilligheid en openhartigheid aan het onderzoek meegewerkt. In de indringende vraaggesprekken hebben ze hun ervaringen en ideeën met mij besproken. Ook dank ik de contactpersonen die zich hebben ingespannen om het onderzoek in hun organisaties van start te laten gaan. Veel steun heb ik ondervonden van vrienden, familieleden en kennissen die mij gedurende de onderzoeksperiode gemotiveerd hebben en interesse toonden. Dit geldt ook voor voormalige collega's van de Hanzehogeschool en huidige collega's van FNV Bouw. Ze hebben me bijgestaan in de bij tijd en wijle lastige combinatie van het afronden van het onderzoek en het reguliere werk. Ik ben verder diegenen erkentelijk die zich beroepshalve of bij wijze van vriendendienst hebben ingezet bij het uittypen van interviews, corrigeren van teksten, vertalen van de samenvatting en vormgeven van het manuscript.

Dit onderzoek was mogelijk dankzij financiële steun en facilitering door het Mobiliteitsfonds HBO (nu Zestor, arbeidsmarkt en opleidingsfonds HBO), van de Hanzehogeschool Groningen en de Universiteit Utrecht. De begeleiding is verzorgd door promotor Peter Leisink vanuit het Departement Bestuurs- en Organisationswetenschap (USBO) van de Universiteit Utrecht en door copromotor Harm van Lieshout van het Kenniscentrum Arbeid van de Hanzehogeschool. Ik ben hen veel dank verschuldigd. Harm dank ik met name voor zijn rol als aanjager in het begin en voor zijn steeds stimulerende inhoudelijke inbreng en Peter voor zijn consciëntieuze en constructieve feedback, en zijn betrokken wijze van begeleiden.

Tot slot dank ik in het bijzonder de mensen die me het meest dierbaar zijn voor hun steun en vertrouwen in de afgelopen jaren.

*Betsy van Oortmarssen
Groningen, april 2014*

Inhoud

1 Inleiding 11

- 1.1 Reïntegratie bij ziekteverzuim als verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer 11
- 1.2 Veranderde wetgeving op het gebied van ziekteverzuim en reïntegratie 13
- 1.3 Veranderde beleidsfilosofie 18
- 1.4 Macrobeleidsdoelen, verzuimbeleid op mesoniveau en handelen op microniveau 19
- 1.5 Onderzoeksvraag en deelvragen 23
- 1.6 Opbouw van de hoofdstukken 26

2 Theoretisch kader 29

- 2.1 Inleiding 29
- 2.2 Het neo-institutionalistisch perspectief 30
 - 2.2.1 *Neo-institutionalistische benaderingen* 30
 - 2.2.2 *Actorgecentreerd institutionalisme* 32
 - 2.2.3 *Kernconcepten van het actorgecentreerd institutionalisme* 33
- 2.3 Conceptueel raamwerk 35
 - 2.3.1 *Reïntegratiegedrag binnen de institutionele context* 35
 - 2.3.2 *Referentie-eenheden, handelingsoriëntaties, hulpbronnen en interactie* 37
- 2.4 Literatuurreview 39
 - 2.4.1 *Eerder onderzoek* 39
 - 2.4.2 *Reïntegratiegedrag* 41
 - 2.4.3 *Referentie-eenheden* 43
 - 2.4.4 *Handelingsoriëntaties* 45
 - 2.4.5 *Hulpbronnen* 46
 - 2.4.6 *Interactie* 48
 - 2.4.7 *Verzuimbeleid* 49
- 2.5 Conclusies 50

3 Verantwoording van het empirisch onderzoek 53

- 3.1 Inleiding 53
- 3.2 Onderzoeksontwerp 54
 - 3.2.1 *Type onderzoek* 54
 - 3.2.2 *Selectie van de organisaties* 56
 - 3.2.3 *Selectie van de ziekteverzuimsituaties* 58
- 3.3 Dataverzameling en data-analyse 59
 - 3.3.1 *Dataverzameling* 59
 - 3.3.2 *Data-analyse* 60
 - 3.3.3 *Betrouwbaarheid en validiteit* 62

- 3.4 Profiel van de organisaties, de geïnterviewden en de casussen 64
 - 3.4.1 *Inleiding* 64
 - 3.4.2 *De twee organisaties* 64
 - 3.4.3 *De geïnterviewden* 67
 - 3.4.3 *De elf casussen* 70
- 3.5 Presentatie van de onderzoeksresultaten 71

4 De eerste weken na de ziekmelding 73

- 4.1 De eerste interviewronde 73
- 4.2 Voorafgaand aan de ziekmelding 74
 - 4.2.1 *Gezondheidsproblemen* 74
 - 4.2.2 *Contacten tussen werknemer en leidinggevende* 76
 - 4.2.3 *De ziekmelding* 78
- 4.3 Reïntegratiegedrag kort na de ziekmelding 80
 - 4.3.1 *Verschillen in reïntegratiegedrag kort na de ziekmelding* 80
 - 4.3.2 *Actief gedrag kort na de ziekmelding* 81
 - 4.3.3 *Afwachtend gedrag kort na de ziekmelding* 83
 - 4.3.4 *Werknemer actief en leidinggevende afwachtend* 84
 - 4.3.5 *Variatie in reïntegratiegedrag kort na de ziekmelding* 86
- 4.4 Reïntegratiegedrag na het consult bij de bedrijfsarts 86
 - 4.4.1 *Het eerste consult bij de bedrijfsarts* 86
 - 4.4.2 *Verschillen in reïntegratiegedrag na het consult bij de bedrijfsarts* 88
 - 4.4.3 *Actief gedrag na het consult bij de bedrijfsarts* 88
 - 4.4.4 *Afwachtend gedrag na het consult bij de bedrijfsarts* 91
- 4.5 Ontwikkelingen, overeenkomsten en verschillen in de eerste weken na de ziekmelding 94
 - 4.5.1 *Ontwikkelingen in reïntegratiegedrag in de eerste weken na de ziekmelding* 94
 - 4.5.2 *Overeenkomsten en verschillen in de eerste weken* 96
 - 4.5.3 *Verband met verschillen in verzuimbeleid* 98
- 4.6 Conclusies over reïntegratiegedrag in de eerste weken na de ziekmelding 99

5 Vier maanden na de ziekmelding 101

- 5.1 De tweede interviewronde 101
- 5.2 Reïntegratiegedrag vier maanden na de ziekmelding 102
 - 5.2.1 *Verschillen in reïntegratiegedrag na vier maanden* 102
 - 5.2.2 *Vooruitlopend op adviezen van de bedrijfsarts* 103
 - 5.2.3 *Adviezen van de bedrijfsarts volgend* 106
 - 5.2.4 *Achterblijvend bij adviezen van de bedrijfsarts* 109
 - 5.2.5 *Afwachtend* 111
- 5.3 Ontwikkelingen, overeenkomsten en verschillen na vier maanden 113
 - 5.3.1 *Ontwikkelingen in reïntegratiegedrag na vier maanden* 113
 - 5.3.2 *Overeenkomsten en verschillen na vier maanden* 116
 - 5.3.3 *Verband met verschillen in verzuimbeleid en aanwezigheid plan van aanpak* 119
- 5.4 Conclusies over reïntegratiegedrag vier maanden na de ziekmelding 121

6 Negen maanden na de ziekmelding 125

- 6.1 De derde interviewronde 125
- 6.2 Reïntegratiegedrag negen maanden na de ziekmelding 126
 - 6.2.1 *Variatie in reïntegratiegedrag na negen maanden* 126
 - 6.2.2 *Vervolgacties na eerdere werkhervatting* 126
 - 6.2.3 *Reïntegratiegedrag en vervolgacties bij recente werkhervatting* 130
 - 6.2.4 *Reïntegratiegedrag bij voortduren ziekteverzuim* 134
- 6.3 Ontwikkelingen, overeenkomsten en verschillen na negen maanden 138
 - 6.3.1 *Ontwikkelingen in reïntegratiegedrag na negen maanden* 138
 - 6.3.2 *Overeenkomsten en verschillen na negen maanden* 140
 - 6.3.3 *Verzuimbeleid als mogelijk relevante factor* 142
- 6.4 Conclusies over reïntegratiegedrag negen maanden na de ziekmelding 146

7 Conclusies, discussie en aanbevelingen 151

- 7.1 Inleiding 151
- 7.2 Beantwoording van deelvragen en conclusies 152
 - 7.2.1 *De ontwikkeling reïntegratiegedrag in de maanden na de ziekmelding* 152
 - 7.2.2 *Factoren en mechanismen die verband houden met de variatie in reïntegratiegedrag* 156
 - 7.2.3 *Verschillen in verzuimbeleid als factor* 161
 - 7.2.4 *Conclusies* 163
- 7.3 Duiding onderzoeksresultaten in het licht van het conceptueel raamwerk 165
- 7.4 Evaluatieve kanttekeningen bij methodologische aspecten van het onderzoek 170
- 7.5 Discussie en aanbevelingen 173
 - 7.5.1 *De rollen van werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts in het reïntegratieproces* 173
 - 7.5.2 *Feitelijk reïntegratiegedrag en intenties van de wet* 175

Referenties 179

Bijlagen 185

- I Topicijst 185
- II Methodologische verantwoording van de classificatie van reïntegratiegedrag in de eerste weken na de ziekmelding 188
- III Methodologische verantwoording van de classificatie van reïntegratiegedrag vier maanden na de ziekmelding 196
- IV Al of niet aanwezig zijn van een plan van aanpak 205
- V Methodologische verantwoording van de classificatie van reïntegratiegedrag negen maanden na de ziekmelding 208
- VI Uitspraken over het verzuimbeleid van de organisaties 216
- VII Tjijdpad interviewrondes 221
- VIII Spreiding interviews over de onderzoeksperiode 2007-2009 224
- IX Codeboom 226

Lijst met afkortingen 230

Summary 231

Curriculum vitae 239

1 Inleiding

1.1 Reïntegratie bij ziekteverzuim als verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer

In Nederland is de verantwoordelijkheid voor ziekteverzuim en reïntegratie sinds het begin van de jaren negentig stap voor stap verschoven van het collectieve domein naar de individuele werkgever en werknemer. Achtereenvolgende wetwijzigingen hadden tot doel het ziekteverzuim en de instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen terug te dringen. De wijzigingen hebben ingrijpende gevolgen voor wat op het gebied van reïntegratie wordt verwacht van de zieke werknemer, de leidinggevende die belast is met de begeleiding en de bedrijfsarts die hen daarbij ondersteunt. Deze studie richt zich op het handelen van deze meest direct betrokkenen in situaties van langer durend (langer dan zes weken) ziekteverzuim in relatie tot het gedrag dat door de wetgever van hen wordt verwacht.

De wijzigingen in verantwoordelijkheden voor ziekteverzuim en reïntegratie maken deel uit van de herziening van het Nederlandse stelsel van sociale zekerheid. Dit stelsel is sinds het begin van de 20^e eeuw uitgegroeid tot een wezenlijk onderdeel van de verzorgingsstaat en kan beschouwd worden als een kerninstutie van de Nederlandse samenleving (Trommel & Van der Veen 2001). Rond 1980 leiden de economische neergang, de sterke stijging van uitkeringskosten en veranderende politieke verhoudingen tot ingrijpen in de sociale zekerheid. De aandacht in het overheidsbeleid verschuift van de opbouw en uitbouw van de verzorgingsstaat naar de beheersbaarheid ervan (Aarts, De Jong, Van der Veen & Wagenaar 1995, De Boer & Houwaart 2006, Van Gestel, De Beer & Van der Meer 2009, Trommel & Van der Veen 1999). In de jaren negentig vinden veranderingen van uitgangspunten plaats: van 'recht op inkomen' naar 'werk boven inkomen', van gemeenschapsdenken en solidariteit naar meer eigen verantwoordelijkheid van het individu. Activering krijgt prioriteit boven inkomensbescherming. Arbeidsparticipatie komt centraal te staan en reïntegratie wordt een kerntaak in de sociale zekerheid. Deze veranderingen in beleid worden gekwalificeerd als een paradigmawisseling (Bekke & Van Gestel 2004, Van Gestel et al. 2009) of een fundamentele verschuiving (Van Oorschot 2006).

Tegelijkertijd worden veranderingen noodzakelijk geacht in zowel de structuur van uitvoering als in het toezicht op de sociale zekerheid. Een belangrijke impuls hiertoe zijn in 1993 de adviezen die voortvloeien uit de parlementaire enquête Uitvoeringsorganen sociale verzekeringen. De enquêtecommissie-Buurmeijer uit fundamentele kritiek op de uitvoeringspraktijk van de werknemersverzekeringen en concludeert dat deze niet doelmatig en doeltreffend is. Met name de ontoereikende aandacht voor reïntegratie en de

grote toestroom in de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (wao) komen hiermee volop in de belangstelling te staan. De commissie adviseert terugdringing van de rol van de sociale partners, zowel op het niveau van uitvoering als op dat van aansturing en toezicht. Dit gebeurt vervolgens door omvorming van de sectorgewijs georganiseerde bedrijfsverenigingen tot uitvoeringsorganisaties, waaruit via tussenstappen in 2002 één uitvoeringsorganisatie, het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (uwv) ontstaat (Bekke & Van Gestel 2004).

Het hoge ziekteverzuim en het grote aantal arbeidsongeschikten worden beschouwd als belangrijke redenen voor de relatief lage arbeidsparticipatie in Nederland. Het vraagstuk van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid heeft zo'n twintig jaar de Nederlandse politieke agenda gedomineerd. De verschuiving van de verantwoordelijkheid voor ziekteverzuim en reïntegratie naar de individuele werknemer en werkgever is het resultaat van veranderde wetgeving in de periode 1990–2005 (zie PARAGRAAF 1.2). In eerste instantie staan daarin financiële prikkels voor werkgevers en werknemers centraal. In een later stadium worden ook nadere regels geïntroduceerd, bedoeld om werkgevers en werknemers bij ziekte aan te zetten tot actief reïntegratiegedrag (zie PARAGRAAF 1.3).

De uitkomst van de reeks wetswijzigingen is dat de Ziektewet in feite geprivatiseerd is. De wetgever stelt werkgever en werknemer samen verantwoordelijk voor het ziekteverzuim en de terugkeer in het arbeidsproces en legt hen daarbij verplichtingen op. Het niet voldoen aan die verplichtingen kan tot sancties leiden. Werkgevers zijn verplicht tot loondoorbetaling aan zieke werknemers gedurende twee jaar. Ze hebben nieuwe verantwoordelijkheden op het terrein van begeleiding bij ziekte, reïntegratie in de eigen functie of arbeidsbemiddeling naar passend werk (Meershoek, Horstman, Plass & Vos 2001, Trommel 2005). Binnen organisaties zijn leidinggevend (lijnmanagers) en staffunctionarissen belast met de uitvoering van de werkgeversverantwoordelijkheden. Werknemers zijn bij ziekte wat betreft hun inkomen en de reïntegratie aangewezen op de werkgever. Ze zijn verplicht mee te werken aan hun reïntegratie. Werkgever en werknemer worden bij langer durend verzuim ondersteund door een bedrijfsarts, die bevoegd is tot het geven van medische oordelen en kan adviseren over werkhervattingsmogelijkheden.

Nederland onderscheidt zich ten opzichte van omringende landen niet alleen met de hoge verzuim- en arbeidsongeschiktheidscijfers die aanleiding waren tot de ingrepen, maar ook met de gekozen aanpak. De Organisation for Economic Co-operation and Development (oecd) signaleert in veel landen een (tijdelijke of blijvende) uitval van mensen met gezondheidsproblemen uit het arbeidsproces en noemt dit een groot probleem, zowel van sociale als van economische aard (oecd 2010). Uniek voor de Nederlandse situatie is dat gekozen is voor een vergaande mate van werkgeversverantwoordelijkheid, zowel in financiële zin als voor verzuimbegeleiding en reïntegratie én dat werkgevers en werknemers te maken hebben met specifieke regels en voorschriften (Knecht & Westerveld 2008). In geen enkel ander land geldt een loondoorbetalingsverplichting van twee jaar en reiken de reïntegratie-inspanningen die worden verlangd zo ver (inclusief reïntegratie 'tweede

spoor) als in ons land. Een bijkomende bijzonderheid van de Nederlandse situatie is de scheiding van het domein van behandelend artsen van dat van bedrijfsartsen en de specifieke rol die de bedrijfsarts heeft bij de verzuimbegeleiding (Prins 2011). De OECD stelt dat geen ander OECD-land op het gebied van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zo'n interessant verhaal te vertellen heeft als Nederland (OECD 2008).

Dit onderzoek spitst zich toe op wat de nieuwe wettelijke reïntegratieverplichtingen betekenen voor het reïntegratiegedrag van de drie belangrijkste actoren: de zieke werknemer, de direct leidinggevende en de betrokken bedrijfsarts. In eerder onderzoek naar de rol van wetgeving bij het bevorderen van reïntegratie van zieke werknemers benadrukken Meershoek et al. (2001) dat het opvolgen van regels niet een mechanisch of logisch deductief proces is. De toepassing van regels vergt – naast kennis ervan – interpretatie van de regels en de situatie, zeker als handelingsituaties complex en meerduidelijk zijn; bovendien moeten nieuwe regels de concurrentie aangaan met de reeds aanwezige richtlijnen en routines. Gegroeide opvattingen en denkpatronen, verankerde manieren van omgaan met ziekteverzuim en gevestigde belangenposities staan beoogde gedragsveranderingen in de weg (Meershoek et al. 2001). Dit geeft aan dat het allerminst vanzelfsprekend is dat de wetswijzigingen op het niveau van het individuele handelen resulteren in het door de wetgever beoogde gedrag. Van belang is dan ook te analyseren hoe reïntegratiegedrag zich in de praktijk – in verschillende situaties van langer durend ziekteverzuim – ontwikkelt en in hoeverre dit aansluit bij de bedoelingen van de wetgever.

De hierboven geschetste thematiek van dit onderzoek wordt in deze inleiding nader uitgewerkt en geordend tot onderzoeksvragen. De volgende paragrafen hebben betrekking op de veranderde wetgeving op het gebied van ziekteverzuim en reïntegratie (PARAGRAAF 1.2), de veranderde beleidsfilosofie die zich daarin aftekent (PARAGRAAF 1.3) en de macro-/micro-problematiek (PARAGRAAF 1.4). Ze leiden tot de formulering van de onderzoeksvragen (PARAGRAAF 1.5), waarna de verdere opzet van deze studie wordt toegelicht (PARAGRAAF 1.6).

1.2 Veranderde wetgeving op het gebied van ziekteverzuim en reïntegratie

In deze paragraaf worden de belangrijkste onderdelen van de veranderde wetgeving op het gebied van ziekteverzuim en reïntegratie in de periode 1990-2005 gekarakteriseerd. De nadruk ligt daarbij op de gevolgen voor de verantwoordelijkheden en verplichtingen van de verschillende betrokkenen bij reïntegratie.

In de oorspronkelijke situatie is het inkomen van zieke werknemers op verzekeringsbasis beschermd. Zieke werknemers maken aanspraak op een ziekte-uitkering. De uitvoering van deze werknemersverzekering berust bij de bedrijfsverenigingen, waarbij het accent ligt op de uitkeringenverstrekking (Bekke & Van Gestel 2004). Tussen zieke werknemers en werkgevers is weinig contact en er is geringe aandacht voor reïntegratie (Vrijhof 2000). Hierin komen rond 1990 veranderingen. Markeringspunten zijn de veel geciteerde

uitspraak 'Nederland is ziek' (1990) van de toenmalige minister-president Lubbers bij het in zicht komen van 1 miljoen (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten en de al genoemde parlementaire enquête naar de uitvoering van de sociale verzekeringswetten (1992-1993).

In de reeks van wetten die sinds 1990 van kracht zijn geworden, is een combinatie van twee beleidslijnen te onderscheiden (Trommel & Van der Veen 2001, Veerman & Besseling 2001). Ten eerste wordt geprobeerd door minimaliseren en selecteren (met restrictieve maatregelen zoals beperking van uitkeringsaanspraken, aanscherping van toelatingseisen, verlaging van uitkeringen) de instroom in arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te beperken. Op deze manier worden de financiële risico's verplaatst van het collectieve naar het individuele domein. Ten tweede wordt met een strategie van activering – met name door middel van financiële prikkels – beoogd het gedrag van werkgevers en werknemers bij ziekteverzuim te beïnvloeden en zoveel mogelijk te sturen in de richting van een snelle reïntegratie in het arbeidsproces (Trommel & Van der Veen 2001, Veerman & Besseling 2001). Deze lijnen komen naar voren in drie wetten gericht op terugdringing van het aantal arbeidsongeschikten en het ziekteverzuim, de zogenoemde 'T-wetten', zoals hieronder wordt uiteengezet.

In 1992 worden met de *Wet terugdringing arbeidsongeschiktheidsvolume* (Wet TAV, 1992) vormen van premiedifferentiatie ingevoerd. De hoogte van de werkgeverspremie voor de Ziektewet wordt afhankelijk van het ziekteverzuimpercentage en voor de wao wordt voor werkgevers een bonus/malusregeling van kracht. Deze regeling wordt in de Wet afschaffing malus en bevordering reïntegratie (Wet AMBER, 1995) weer afgeschaft. De premiedifferentiatie en de bonus/malusmaatregel betreffen beide indirecte prikkels, bedoeld om werkgevers te stimuleren tot het nemen van preventieve maatregelen, het bekorten van de periode van ziekteverzuim en het herplaatsen of in dienst nemen van (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten. Ook wordt voor werkgevers de mogelijkheid gecreëerd om de eerste twee ziektedagen (wachtdagen) voor rekening van de werknemer te laten komen.

De *Wet terugdringing beroep arbeidsongeschiktheidsregelingen* (Wet TBA, 1993) en het *Schattingsbesluit Arbeidsongeschiktheidswetten* (1994) zijn gericht op vermindering van de instroom in arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Door aanscherping van het arbeidsongeschiktheids-criterium, verruiming van het begrip passende arbeid, afschaffing van het verdisconteringsbeginsel en beperking van de hoogte en duur van de uitkering voor nieuwe gevallen wordt voor werknemers de toegang tot een uitkering beperkt. Uitkeringen krijgen bovendien een tijdelijk karakter en er komen – ook voor de zogenoemde bestaande gevallen – periodieke herkeuringen.

Een stap naar privatisering van de ziektewet is de *Wet terugdringing ziekteverzuim* (Wet TZ, 1994). Deze wet introduceert in 1994 bij ziekteverzuim een eigen risico voor werkgevers in de vorm van een loondoorbetalingsverplichting van twee tot zes weken, afhankelijk van de grootte van het bedrijf. De werkgever wordt toegestaan de financiële prikkel door te vertalen door over deze periode 70% van het loon door te betalen. De directe confrontatie met de financiële gevolgen van verzuim moet werkgevers aanzetten tot meer preventie,

aandacht voor arbeidsomstandigheden en tot grotere inspanningen gericht op reïntegratie van de zieke werknemer. De Wet tz gaat samen met een wijziging van de *Arbeidsomstandighedenwet* (Arbowet, 1994). Werkgevers worden verplicht arbeidsomstandigheden en verzuimbeleid te ontwikkelen, de begeleiding van zieke werknemers te organiseren en voor de beoordeling en begeleiding van zieke werknemers aansluiting bij een arbodienst te regelen met ingang van 1996 of 1998, afhankelijk van de grootte van het bedrijf.

Met de invoering van de *Wet uitbreiding loondoorbetaling bij ziekte* (WULBZ, 1996) maakt de collectieve inkomensbescherming van werknemers bij ziekte plaats voor een loondoorbetalingsverplichting voor werkgevers, in eerste instantie gedurende het eerste ziektejaar. Dit betekent een principiële wijziging (Asscher-Vonk 2007). De verantwoordelijkheid voor het ziekteverzuim komt bij de werkgever te liggen, die daarin ondersteund wordt door een arbodienst. In de *Regeling procesgang eerste ziektejaar* worden procedurevoorschriften en verplichtingen vastgelegd, waaronder de melding van het ziekteverzuim aan de uitvoeringsorganisatie en het indienen van een voorlopig en definitief reïntegratieplan in respectievelijk de 13^e week en (uiterlijk) 35^e week na de ziekmelding. Volgens dit poortwachtersmodel hebben de uitvoeringsinstellingen (later omgevormd tot uwv) een informerende, faciliterende en controlerende rol ten opzichte van werkgevers en arbodiensten (Meershoek, Plass, Horstman & Vos 2000). Ze hebben de mogelijkheid sancties op te leggen aan werkgevers bij het niet of niet adequaat volgen van de voorgeschreven stappen.

In 1998 worden drie wetten ingevoerd die tot doel hebben werkgevers te stimuleren tot een actievere aanpak van arbeidsongeschiktheid. De *Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen* (Wet PEMBA, 1998) koppelt de premiehoogte voor de wao per bedrijf aan de veroorzaakte uitkeringslast. Bovendien wordt de mogelijkheid tot eigenrisicodragerschap gecreëerd. De *Wet reïntegratie arbeidsgehandicapten* (Wet REA, 1998) bevat maatregelen om de reïntegratie van arbeidsgehandicapten te stimuleren en werkgevers te faciliteren door uitbreiding en verbetering van reïntegratie-instrumenten (waaronder het beschikbaar stellen van herplaatsingsbudgetten). Deze maatregelen komen in 2005 met de invoering van de *Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen* (WIA) weer te vervallen. In 1998 wordt ook de *Wet op de medische keuringen* (WMK, 1998) van kracht, die erop gericht is om ongewenste risicoselectie en uitsluiting van mensen met een arbeids handicap te voorkomen.

De *Wet verbetering poortwachter* (wvp, 2002) regelt de gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer en legt hun rechten en plichten over en weer vast. Het bestaande poortwachtersmodel wordt te bureaucratisch gevonden en zou vroegtijdige reïntegratie in de weg staan. Aanpassingen worden nodig geacht om de gewenste gedragsverandering alsnog teweeg te brengen, zo staat in de memorie van toelichting: *'Daarnaast blijken werkgevers zich nog onvoldoende bewust te zijn van de grote financiële consequenties van ziekte en arbeidsongeschiktheid en nemen ze te vaak een afwachtende houding aan. Van de werknemer wordt te weinig initiatief verwacht, waardoor hij vaak een passieve houding aanneemt.'* (Tweede Kamer 2000-2001, 2). Het vereiste reïntegratieplan maakt plaats voor de verplichting om uiterlijk

in de zesde week na de ziekmelding een probleemanalyse te laten opstellen door een bedrijfsarts en uiterlijk in de achtste week met de zieke werknemer een plan van aanpak te maken en daarbij een casemanager aan te stellen. Met deze wet is beoogd om een cultuurverandering teweeg te brengen bij werknemers en werkgevers (Knegt & Westerveld 2008).

Met de invoering van de wvp worden sanctiemogelijkheden uitgebreid. De werkgever krijgt de mogelijkheid de werknemer een loonsanctie op te leggen (opschorten of stoppen van de loondoorbetaling) bij het onvoldoende meewerken of niet naleven van voorschriften. Het uwv kan aan het eind van de periode van verplichte loondoorbetaling een sanctie opleggen aan werknemer (niet in behandeling nemen van de wia-aanvraag, onthouden wia-uitkering) of werkgever (verlenging van de loondoorbetalingsperiode), als aan de hand van een beoordelingskader wordt vastgesteld dat de reïntegratie-inspanningen of sociaal-medische interventies onvoldoende zijn geweest. Werknemer en werkgever hebben gedurende de loondoorbetalingsperiode de mogelijkheid om bij het uwv een deskundigenoordeel (*second opinion*) aan te vragen over de arbeidsgeschiktheid, over de vraag of werk passend is of over het al dan niet voldoende zijn van reïntegratie-inspanningen van werknemer of werkgever. Door bepalingen in de *Wet Structuur uitvoering werk en inkomen* (Wet suwi, 2002) wordt de werkgever met ingang van 2002 ook verantwoordelijk voor reïntegratie bij een andere werkgever (het 'tweede spoor') als werkhervatting in de eigen organisatie niet mogelijk is. Voordien werd deze verantwoordelijkheid door het uwv overgenomen.

Met de *Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte* (Wet vlz, 2003) wordt de periode van loondoorbetalingsverplichting uitgebreid tot maximaal twee jaar. Opnieuw wordt – in de memorie van toelichting bij deze wet – geconstateerd dat meer maatregelen nodig zijn om werknemers en werkgevers tot actiever reïntegratiegedrag te bewegen: ‘*Alle mechanismen zijn thans al bij intrede van de ziekte te veel gericht op het aantonen van arbeidsongeschiktheid, met als gevolg dat de werknemer als het ware ‘automatisch in de fuik van de wao wordt gezogen’*” (Tweede Kamer 2003-2004, 2). De verlenging van de loondoorbetalingsperiode is gekoppeld aan uitbreiding van reïntegratieverplichtingen en aan ontslagbescherming gedurende twee jaren. Na (maximaal) twee jaar toetst het uwv of er voldoende inspanningen voor herstel en reïntegratie zijn gedaan. De eisen die aan reïntegratie-inspanningen van werkgever en werknemer worden gesteld, zijn gespecificeerd in de ministeriële *Regeling verbetering procesgang eerste twee ziektejaren*. Als de zogenoemde poortwachterstoets aan het eind van twee ziektejaren wordt doorstaan, komt er een eind aan de loondoorbetalingsplicht.

De liberalisering van de *Arbeidsomstandighedenwet* (Arbowet, 2005) brengt met zich mee dat de verplichte aansluiting door de werkgever bij een arbodienst vervalt en dat inschakeling van een gecertificeerde bedrijfsarts voor de sociaal-medische begeleiding bij ziekteverzuim volstaat. De verplichting tot inschakeling van een bedrijfsarts is vanaf dan beperkt tot het verlenen van bijstand en begeleiding van werknemers die door ziekte niet in staat zijn arbeid te verrichten. Er is geen verplichting meer om werknemers vrije toegang te bieden

tot een spreekuur van de bedrijfsarts. Deze wijzigingen hebben gevolgen voor contracten die werkgevers met arbodienstverleners afsluiten. Het leidt tot toenemende concurrentie tussen bedrijven en zelfstandig werkenden op het gebied van arbodienstverlening en reïntegratie.

Het voorlopige sluitstuk van de beleidsveranderingen is de invoering van de *Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen* (WIA, 2005), die de WAO vervangt. De wet is gericht op het verhogen van de arbeidsparticipatie en sluit aan bij aanbevelingen van de Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid (de commissie Donner II) en de Sociaal-Economische Raad (SER) om uit te gaan van het activeren van *arbeidsongeschiktheid* in plaats van het verzekeren van arbeidsongeschiktheid (Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid 2001, Sociaal-Economische Raad 2002). Een consequentie van de WIA is dat de verantwoordelijkheid van de werkgever niet altijd na twee ziektejaren eindigt. Mensen die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn, komen niet in aanmerking voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering en worden geacht in dienst te blijven bij hun werkgever. Volgens een afspraak in de Stichting van de Arbeid (2004) verplichten werkgevers zich te proberen voor deze categorie werknemers tot maatwerkoplossingen te komen. Na twee jaar ziekte kunnen mensen die tot de categorie 'duurzaam en volledig arbeidsongeschikt' worden gerekend aanspraak maken op een uitkering. Zij vallen onder de *Regeling inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten* (IVA). In overige gevallen wordt verondersteld dat werkgever en werknemer, uitgaande van de (resterende) arbeidsongeschiktheid van de werknemer, een oplossing vinden om uitval uit het arbeidsproces te voorkomen. In principe door, ondersteund door een loonsuppletie-regeling, in dienst te blijven van de werkgever, zo nodig met aangepast werk of in een passende andere functie. Gedeeltelijk of niet duurzaam arbeidsongeschikten vallen onder de *Regeling werkhervatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten* (WGA) en ontvangen een loon-gerelateerde WGA-uitkering. Na de invoering van de WIA zijn op onderdelen verdere aanpassingen doorgevoerd en nieuwe elementen geïntroduceerd, onder andere met betrekking tot het eigen risicodragerschap voor werkgevers en nieuwe ziektewet voor vangnetters, de *Wet beperking ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vangnetters* (Wet BEZAVA, 2013). Deze blijven in dit onderzoek buiten beschouwing.

De consequentie van de achtereenvolgende wetwijzigingen is dat werknemers en werkgevers samen verantwoordelijk zijn voor reïntegratie bij ziekteverzuim. Beperking van de toegang tot arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, financiële prikkels en eisen die aan de reïntegratie-inspanningen worden gesteld, moeten leiden tot een actievere aanpak van de terugkeer in het arbeidsproces. De Ziektewet fungeert nog als vangnetvoorziening, voornamelijk voor mensen zonder dienstverband en voor uitzendkrachten. In de volgende paragrafen wordt uiteengezet welke veranderende veronderstellingen in dit proces te onderscheiden zijn en wat er na deze wijzigingen in situaties van langer durend verzuim van een werknemer, de leidinggevende en de bedrijfsarts wordt verwacht.

1.3 Veranderde beleidsfilosofie

De schets van de hoofdlijnen van de beleidsveranderingen op het gebied van ziekteverzuim en reïntegratie (zie PARAGRAAF 1.2) laat zien dat de Nederlandse overheid vanaf 1990 een scala aan maatregelen heeft genomen om greep te krijgen op het probleem van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In de aanpak zien we een verandering in (impliciete) aannames over effectieve sturing van individueel gedrag, zoals hieronder wordt toegelicht.

Aanvankelijk ligt het accent op het inzetten van directe en indirecte financiële prikkels voor werkgevers en werknemers. Werkgevers zien zich geconfronteerd met premie-differentiatie, een bonus/malussystematiek, eigen risico's en een geleidelijk uitgebreide loondoorbetalingsplicht. Werknemers krijgen te maken met restricties aan aanspraakmogelijkheden op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, met lagere uitkeringen en beperkingen van de uitkeringsduur. De veronderstelling is dat het vooruitzicht van mogelijke financiële consequenties werkgevers en werknemers aanzet tot het voorkomen van ziekteverzuim, het zoveel mogelijk beperken van de verzuimduur en het voorkomen van instroom in een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Er zijn in deze fase geen nadere eisen geformuleerd aan wat er qua reïntegratiegedrag van hen wordt verwacht. Evaluatiestudies naar effecten van wetwijzigingen op het gebied van ziekteverzuim en reïntegratie (daterend van voor de invoering van de Wet verbetering poortwachter en de Wet verlenging loondoorbetaling) wijzen op een geringe invloed van financiële prikkels op werkgeversgedrag (Veerman & Besseling 2001). Ook uit het verloop van het proces van wetgeving blijkt dat financiële prikkels niet afdoende zijn om tot de beoogde uitkomsten te komen, want naast de sturing door middel van prikkels worden in de loop van het proces gedragsvoorschriften geïntroduceerd.

Deze gedragsvoorschriften voor reïntegratie bij ziekteverzuim vormen een nieuw element in het wetgevingsproces. Eerst gaat het om voorschriften voor werkgevers, die betrekking hebben op de melding van ziekteverzuim en de verslaglegging van het reïntegratieproces. Met de invoering van de Wet verbetering poortwachter en de verlenging van de periode van loondoorbetaling bij ziekte tot twee jaar komt de nadruk te liggen op in het reïntegratieproces te ondernemen acties. Het wordt wettelijk verplicht een probleemanalyse op te stellen in de zesde week na de ziekmelding (door de bedrijfsarts) en een plan van aanpak te maken in de achtste week (door werkgever en werknemer), waarin afspraken moeten worden gemaakt over het casemanagement en de vormgeving van het reïntegratietraject. Tevens worden eisen gesteld aan de te leveren inspanningen voor herstel en reïntegratie. Dit betekent dat een zieke werknemer en diens leidinggevende, met ondersteuning door adviezen van de bedrijfsarts, worden geacht met elkaar afspraken te maken over het reïntegratietraject en actief met reïntegratie bezig te gaan (zie voor een verdere uitwerking PARAGRAAF 1.4). Toetsing van de reïntegratie-inspanningen vindt plaats aan het eind van de verplichte loondoorbetalingsperiode, als aanspraak wordt gemaakt op WIA-uitkering. Aan de voorschriften zijn nieuwe financiële prikkels gekoppeld. Bij onvoldoende inspanningen dreigt voor werkgevers een sanctie in de vorm van verlenging van de loondoorbetalingsplicht. Voor werkgevers bestaat de mogelijkheid om werknemers een sanctie op te leggen

als deze onvoldoende meewerken. Deze gedragsvoorschriften worden kracht bijgezet door het propageren van normen waarin de gezamenlijke verantwoordelijkheid en het ‘werken naar vermogen’ worden benadrukt.

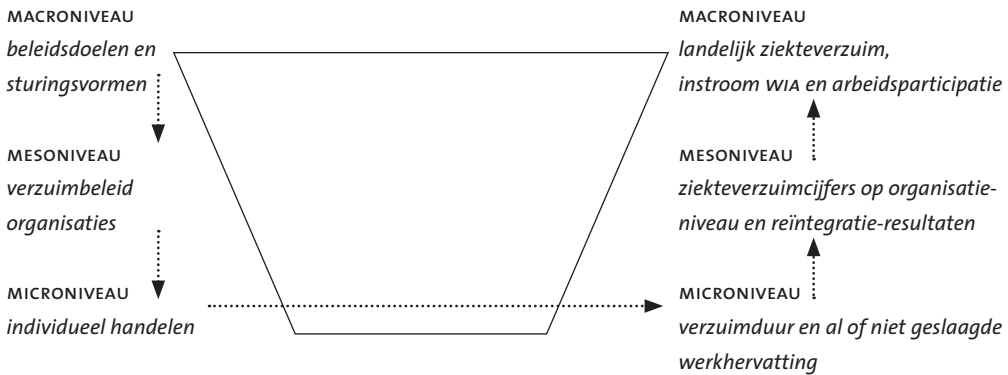
Het toevoegen van gedragsvoorschriften aan de strategie van financiële prikkeling betekent een aanpassing in de beleidsfilosofie. Twee benaderingen die op verschillende mensbeelden gebaseerd zijn, worden in combinatie met elkaar gehanteerd. De inzet van financiële prikkels berust op de (neoklassieke) opvatting van de calculerend handelende mens, die zich laat leiden door (financiële) consequenties van handelingskeuzes. Het opstellen van gedragsvoorschriften, ondersteund door normen die expliciteren wat als adequaat gedrag wordt beschouwd, gaat uit van de opvatting van de mens als regelvolgende burger, die zich laat leiden door wat in een gegeven situatie als passend gedrag wordt beschouwd. In de eerste opvatting wordt aangenomen dat gedragskeuzes gebaseerd zijn op de *logic of consequences*, in de tweede dat ze gebaseerd zijn op de *logic of appropriateness* (March & Olsen 1989). Deze twee opvattingen zijn beide bestanddelen van de veranderde beleidsfilosofie. Deze bijzondere combinatie van onderliggende mensbeelden is intrigerend en maakt nieuwsgierig naar de werking van de aangepaste aanpak.

De wending in de wet- en regelgeving maakt dat het reïntegratiegedrag in de microsituatie nadere studie verdient. Zowel in theoretische als in praktische zin is de vraag relevant hoe gedragsvoorschriften, die bedoeld zijn om aan te zetten tot actief reïntegratiegedrag, tot onderling overleg en tot een procesmatige aanpak van het reïntegratietraject, in de praktijk uitwerken. Een speciaal aandachtspunt is daarbij dat op mesoniveau werkgevers worden geacht de werkgeversverantwoordelijkheden en de wettelijke verplichtingen om te zetten in verzuimbeleid binnen hun organisatie. In hoeverre leiden deze wettelijke voorschriften en het organisatiespecifieke beleid, na alle eerdere pogingen om dit door wettelijke maatregelen te bereiken, nu wél tot het gewenste reïntegratiegedrag? Het wettelijk vastleggen van gedetailleerde voorschriften voor individueel gedrag, met als doel gedragsverandering te bewerkstelligen, is een tot nu toe op dit beleidsgebied weinig voorkomende, en – zoals opgemerkt – typisch Nederlandse aanpak. Dit maakt het onderzoek naar de beoogde effecten van op macroniveau geïnitieerde voorschriften op het feitelijke reïntegratiegedrag op microniveau des te meer interessant. In de volgende paragraaf worden aannames geëxpliciteerd die in de veranderde beleidsfilosofie besloten liggen.

1.4 Macrobeleidsdoelen, verzuimbeleid op mesoniveau en handelen op microniveau

In deze paragraaf bespreken we aan de hand van het macro-micro-macromodel van Coleman (Coleman 1990) de veronderstelde samenhang van de op macroniveau ingezette sturing door gedragsvoorschriften, de gewenste beleidsreacties op mesoniveau en gedragsreacties op microniveau en tot slot de beoogde uitkomsten op micro-, meso- en macroniveau.

In onderstaande FIGUUR 1.1 wordt deze samenhang weergegeven.



FIGUUR 1.1 Macro-micro-macro model

Aanvankelijk – als het sturen door middel van financiële prikkels op de voorgrond staat – is de beleidsmatige aandacht gericht op de beoogde uitkomsten op meso- en macroniveau. De veronderstelling is dat het vooruitzicht van financiële lasten die ziekte van werknemers met zich meebrengt werkgevers op mesoniveau aanzet tot het ontwikkelen van effectief verzuimbeleid en dat dit vervolgens leidt tot minder verzuim en minder instroom in uitkeringen. Op microniveau geldt de veronderstelling dat voor zieke werknemers de prikkels en de restricties voor toelating tot een arbeidsongeschiktheidsuitkering tot gevolg hebben dat deze het minder snel aan zullen laten komen op een arbeidsongeschiktheidskeuring. Aangenomen wordt dat de inzet van financiële prikkels resulteert in de beoogde uitkomsten op macroniveau, zonder dat aan deze aanname specifieke normen of eisen zijn verbonden wat individueel gedrag betreft. De transfer van beleidsintenties op macroniveau naar beleidseffecten op meso- en gedragseffecten op microniveau en naar uitkomsten is in dat opzicht een *black box*.

De introductie van gedragsvoorschriften gaat samen met meer of minder expliciete verwachtingen over beleids- en gedragseffecten op meso- en microniveau. Deze verwachtingen worden in een aantal stappen geschetst.

De gedragsvoorschriften voor reïntegratie bij ziekteverzuim zijn op macroniveau geformuleerd en in de wet verankerd. Ze zijn afgeleid van macrodoelen: terugdringen van het ziekteverzuim, daling van het aantal arbeidsongeschikten en daarmee verhoging van de arbeidsparticipatie. En ze zijn verbonden met veranderde normen voor gewenst gedrag ('werk boven inkomen', 'werken naar vermogen'). De verwachting is dat deze voorschriften, als aanvulling op financiële prikkels, op mesoniveau aanzetten tot het ontwikkelen van verzuimbeleid, op microniveau de gewenste gedragsverandering teweeg brengen en uiteindelijk op macroniveau leiden tot de beoogde uitkomsten, met het door werkgevers ontwikkelde verzuimbeleid als intermediair niveau.

Op *mesoniveau* ligt het aangrijpingspunt van de overheidssturing bij de werkgever als *corporate actor*. Van werkgevers wordt verwacht dat op organisatieniveau verzuimbeleid¹ wordt ontwikkeld en uitgevoerd, dat aansluit bij de wet- en regelgeving. In het verzuimbeleid wordt onder andere gespecificeerd hoe de werkgeversverantwoordelijkheid binnen de organisatie (bij lijnmanagers en staffunctionarissen) wordt belegd, hoe de interne verdeling van rollen en taken eruit ziet, welke concrete voorschriften en mogelijke sancties voor zieke werknemers gelden, en op welke wijze reïntegratie bij ziekte gefaciliteerd wordt. De verwachting die in de beleidsfilosofie besloten ligt, is dat het verzuimbeleid op mesoniveau een factor is in het realiseren van het gewenste reïntegratiegedrag in de micro-situatie. Dit maakt een analyse van het verband tussen verzuimbeleid en individueel handelen interessant. In dit onderzoek zal de vraag worden belicht in hoeverre verschillen in verzuimbeleid op mesoniveau leiden tot verschillen in reïntegratiegedrag op micro-niveau.

Een volgende stap is de veronderstelling dat de introductie van voorschriften en de concretisering ervan in het verzuimbeleid van organisaties op *microniveau* leiden tot het gewenste reïntegratiegedrag bij de drie kernactoren waar het in dit onderzoek om gaat: de direct leidinggevende², de zieke werknemer en de bedrijfsarts:

- Van de leidinggevende wordt verwacht dat hij namens de werkgever de taken uitvoert wat betreft verzuimbegeleiding en reïntegratie. Dat wil zeggen dat hij reïntegratie-initiatieven neemt, overleg voert met de werknemer en tot een planmatige aanpak komt van de reïntegratie. Als de leidinggevende als casemanager optreedt, wordt hij geacht de regierol te vervullen in het proces en te zorgen voor afstemming met betrokkenen. De verantwoordelijkheid voor de reïntegratie impliceert ook taken wat betreft bemiddeling naar passend werk binnen of buiten de organisatie. De leidinggevende wordt bij deze taken ondersteund door de bedrijfsarts, door *human resource* (hr) adviseurs en mogelijk door verzuim- en reïntegratiespecialisten.
- De zieke werknemer is gehouden voorschriften van de werkgever op te volgen en mee te werken aan reïntegratie in eigen werk of in passend werk, binnen de eigen organisatie of – als dat niet mogelijk blijkt – bij een andere werkgever. Verder wordt hij geacht zijn gezondheidsherstel niet te belemmeren of te vertragen. Na accordering van het plan van aanpak wordt van hem verwacht dat hij de hierin gemaakte afspraken nakomt. Verder is hij gehouden zich medisch te laten beoordelen en begeleiden door een bedrijfsarts.
- De bedrijfsarts (zelfstandig werkzaam of in dienst van een interne of externe arbodienst) behartigt in opdracht van de werkgever de medische aspecten. De dienstverlening is afhankelijk van het type contract dat de bedrijfsarts of de arbodienst met de werkgever

1 Wat de terminologie betreft, zijn er verschillende benamingen die elkaar deels overlappen: arbobeleid, verzuimbeleid, reïntegratiebeleid, gezondheidsbeleid, gezondheidsmanagement. Wij hanteren in dit onderzoek de meest gangbare term *verzuimbeleid*.

2 Uit mogelijke aanduidingen (waaronder ook middenmanager, lijnmanager, teamleider, afdelingshoofd, chef respectievelijk medewerker, employé) wordt de voorkeur gegeven aan de termen *leidinggevende* en *werknemer*.

heeft of, als het een interne bedrijfsarts betreft, van de functiebeschrijving en interne afspraken. Als deskundige op het terrein van arbeid en gezondheid is de bedrijfsarts bevoegd een oordeel te geven over de arbeidsgeschiktheid en adviezen te geven gericht op herstel en werkhervatting. De bedrijfsarts kan met toestemming van de zieke werknemer informatie inwinnen bij behandelende professionals uit de curatieve zorg. Van werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts wordt onderling overleg en samenwerking verwacht, met als specifieke verplichtingen het opstellen van een probleemanalyse door de bedrijfsarts in de zesde week na de ziekmelding en van een plan van aanpak door leidinggevende en werknemer in de achtste week. Toetsing van de reïntegratie-inspanningen aan het eind van de loondoorbetalingsperiode vindt plaats op basis van de verplichte rapportage aan het uwv.

Het macro-micro-macromodel laat zien dat het beleid in laatste instantie gericht is op de geaggregeerde uitkomsten op *macroniveau*. De beleidsveronderstelling is dat het gedrag van individuele actoren via een aantal tussenstappen leidt tot realisering van de macrodoelen. De eerste stap is dat verondersteld wordt dat het beoogde gedrag op *microniveau* leidt tot een zo kort mogelijke verzuimduur en een zo goed mogelijke reïntegratie in eigen werk of in passend werk. De tweede stap is dat dit op *mesoniveau* resulteert in lagere ziekteverzuimcijfers in organisaties. En de laatste stap is dat dit leidt tot de gewenste *macro-effecten*: lagere landelijke ziekteverzuimcijfers, afname van het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en hogere arbeidsparticipatie.

Onderzoek naar het realiseren van deze effecten van de beleidsveranderingen laat geen eenduidig beeld zien. Na invoering van de Wet verbetering poortwachter zijn het ziekteverzuim en het aantal nieuwe arbeidsongeschikten gedaald en wordt van een 'trendbreuk' gesproken. Daarna zijn de cijfers echter weer omhoog gegaan (Niessen, Kok & Verbeek 2008, Raad voor Werk en Inkomen 2008). Recent onderzoek dat is gepubliceerd onder de titel *Nederland is niet ziek meer, van WAO-debakel naar WIA-mirakel* (De Jong, Veerman, Van der Burg & Schrijvershof 2010) laat zien dat er over een aantal jaren beschouwd sprake is van een afname van het aantal nieuwe arbeidsongeschikten. Ook het ziekteverzuim is gedaald, maar is in vergelijking met omringende landen nog steeds relatief hoog. De onderzoekers merken op dat onduidelijk is wat de determinanten zijn van de ingezette daling. In een andere publicatie wordt opgemerkt dat naast de optie dat werkgevers, conform de wens van de wetgever, werknemers actiever en effectiever begeleiden, ook de mogelijkheid bestaat dat prikkels hebben geleid tot ontwijking van loondoorbetaling door het niet meer aanbieden van vaste contracten of tot het vermijden van risico's bij de aanname van personeel (Friperson & De Jong 2013). Eerder zijn ongewenste effecten gesignaleerd, zoals risicoselectie bij instroom en uitstroom van personeel, waardoor een substantieel percentage van de zieke werknemers het arbeidsproces verlaat en de arbeidsmarktpositie van mensen met een arbeidshandicap een probleem is (Raad voor Werk en Inkomen 2008, Reijnga, Veerman & Van den Berg 2006, Tappèl, Bunt & Bos 2006). Ook de stijging van het aantal jonggehandicapten en de geringe arbeidsdeelname van mensen met een gezondheidsbeperking worden als knelpunt beschouwd (Jehoel-Gijsbers 2010). Een ander effect dat wordt opgemerkt, is een toename van werknemers die melding maken van werk-

gerelateerde gezondheidsklachten; werknemers gaan eerder aan het werk, ook al blijft gezondheidsherstel uit (Van Gestel 2011, Reijnga et al. 2006). Het is dus niet bekend of de daling van het ziekteverzuim en het aantal arbeidsongeschikten het gevolg zijn van actiever verzuimbeleid op mesoniveau en het gewenste reïntegratiegedrag in de micro-situatie of dat andere effecten een rol spelen.

De focus van dit onderzoek is het reïntegratiegedrag in de microsituatie. Dit brengt met zich mee dat de effectiviteit van beleid in termen van uitkomsten – op micro-, meso- en macroniveau – buiten het bestek van deze studie valt. De beantwoording van de onderzoeksvraag (zie PARAGRAAF 1.5) kan wel licht werpen op de vraag of geconstateerde collectieve effecten kunnen worden toegeschreven aan gedragsverandering op microniveau. Als waargenomen reïntegratiegedrag niet of maar ten dele overeenkomt met het beoogde gedrag, dan liggen aan waargenomen beleidssuccessen kennelijk (ook) andere oorzaken ten grondslag. Het is mogelijk dat de gewenste gedragsverandering uitblijft, maar dat de beleidsdoelen onder invloed van andere factoren (bijvoorbeeld de conjunctuurafhankelijkheid van ziekteverzuimcijfers of de beperking van de WIA-instroom door de restrictieve toelatingscriteria) toch worden gerealiseerd.

In de volgende paragraaf wordt de hiervoor besproken thematiek vervat in een onderzoeksvraag en een drietal deelvragen en worden de hoofdlijnen van de onderzoeksopzet toegelicht.

1.5 Onderzoeksvraag en deelvragen

Dit onderzoek spitst zich toe op de vraag in hoeverre feitelijk reïntegratiegedrag in situaties van langer durend verzuim conform het gedrag is zoals dat vanuit het macroperspectief als gewenst wordt gezien. Naar de logica van de wet zouden een zieke werknemer en diens leidinggevende, belast met nieuwe taken en verantwoordelijkheden op het gebied van reïntegratie, door de combinatie van financiële prikkels en gedragsvoorschriften ander gedrag vertonen dan voorheen gangbaar was in ziekteverzuimsituaties. In het ideaalbeeld zijn ze – met steun van de bedrijfsarts – actief op reïntegratie gericht, voeren ze overleg en komen ze in een gestructureerd proces tot een zo spoedig mogelijke terugkeer in het arbeidsproces. Door nauwgezet te analyseren wat er feitelijk in ziekteverzuimsituaties gebeurt, wordt inzicht verkregen in hoe de gedragsvoorschriften in de praktijk uitwerken en hoe verschillen (tussen meer of minder norm-conform gedrag) te verklaren zijn.

De centrale onderzoeksvraag luidt dan ook als volgt:

In hoeverre komt in situaties van langer durend ziekteverzuim het reïntegratiegedrag van een zieke werknemer, de direct leidinggevende en de betrokken bedrijfsarts in de micro-situatie overeen met het gedrag dat door wet- en regelgeving is beoogd en wat zijn de belangrijkste factoren en mechanismen die een rol spelen bij verschillen die zich voordoen?

Het unieke van deze vraagstelling is dat van een nieuw element in de wet- en regelgeving – de introductie van gedragsvoorschriften – wordt geanalyseerd hoe het in de praktijk uitwerkt, waarbij wordt ingezoomd op het tot nu toe weinig onderzochte gedrag in de microsituatie. Door te onderzoeken in welke mate individueel gedrag overeenstemt met gedragsverwachtingen die in het macrobeleid besloten liggen en welke factoren en mechanismen van invloed zijn op verschillen daarin, is reflectie mogelijk op de eerder geschetste aannames die met de veranderde beleidsfilosofie verbonden zijn (zie PARAGRAFEN 1.3 en 1.4). Eén van die cruciale aannames is dat betrokkenen in ziekteverzuimsituaties zich – als regelvolgende burgers – in hun gedrag laten leiden door gedragsregels en – normen. Een andere belangrijke aanname is dat het verzuimbeleid van organisaties een mediërende functie heeft en een relevante factor is voor het realiseren van het gewenste gedrag in de microsituatie. In het hoofdstuk waarin antwoord wordt gegeven op de onderzoeksvraag (HOOFDSTUK 7) komen we terug op de in het macro-micro-macromodel (zie FIGUUR 1.1) geëxpliciteerde aannames over de samenhang van macrobeleid en organisatiebeleid- en gedragsreacties op respectievelijk meso- en microniveau (zie PARAGRAAF 7.3).

Deze thematiek leent zich bij uitstek voor bestudering vanuit *neo-institutionalistisch perspectief* (Scott 2001). In dit perspectief wordt het handelen van een zieke werknemer, de leidinggevende en de bedrijfsarts beschouwd als geïnstitutionaliseerd gedrag, dat wil zeggen als onderworpen aan de regels, normen, waarden en opvattingen die onder andere verbonden zijn aan de wet- en regelgeving op het gebied van ziekteverzuim en reïntegratie. Tegelijkertijd wordt het handelen van actoren opgevat als resultaat van individuele handelingskeuzes die binnen die context gemaakt worden, gebaseerd op eigen interpretaties, opvattingen en voorkeuren. Deze handelingskeuzes kunnen op microniveau tot ander gedrag leiden dan met de veranderingen in de institutionele context beoogd is. Dit theoretisch perspectief wordt in HOOFDSTUK 2 gekarakteriseerd en uitgewerkt in een conceptueel raamwerk.

In het empirisch deel van dit onderzoek wordt in een *multiple casestudy* met een kwalitatief *design* het reïntegratiegedrag van een zieke werknemer, de leidinggevende en de bedrijfsarts in een elftal situaties van langer durend ziekteverzuim – afkomstig uit twee organisaties die qua verzuimbeleid verschillen – intensief en gedurende meerdere maanden gevolgd. De vraagstelling voor het veldonderzoek is meerledig. Ten eerste is het de vraag in hoeverre feitelijk reïntegratiegedrag overeenkomt met het beoogde gedrag. Daarbij gaat het om kenmerken van feitelijk reïntegratiegedrag in kwalitatieve zin: is er sprake van meer of minder actief reïntegratiegedrag, in welke mate vindt er overleg plaats en is er sprake van een meer of minder planmatige aanpak? Het tweede element betreft de analyse van overeenkomsten en verschillen in reïntegratiegedrag: wat maakt dat zich verschillen voordoen? Deze analyse betreft zowel verschillen tussen waargenomen en beoogd gedrag als tussen feitelijk gedrag in verschillende situaties van langer durend verzuim en verschillen in feitelijk gedrag in de loop van de tijd. Uit de vergelijking van reïntegratiegedrag in de casussen zijn de belangrijkste factoren en mechanismen die verband houden met verschillen in reïntegratiegedrag te destilleren. Op voorhand zijn verschillen in verzuimbeleid als mogelijk relevante factor gedefinieerd. Door casussen te

onderzoeken uit organisaties die qua inhoud van het verzuimbeleid (naar doelstellingen, uitgangspunten) van elkaar verschillen, is het mogelijk te analyseren in hoeverre verschillen in verzuimbeleid een relevante factor zijn voor individueel reïntegratiegedrag.

Het veldonderzoek draagt een aantal specifieke kenmerken, waarvan het explorerende karakter, het interactieperspectief en de longitudinale aanpak hier een korte toelichting behoeven. De keus voor een explorerende aanpak maakt het mogelijk aan te sluiten bij de wijze waarop werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts zelf betekenis geven aan de situatie en hun handelen kwalificeren. Het interactieperspectief is nodig omdat het te bestuderen gedrag niet het gedrag is van geïsoleerd opererende individuen, maar van actoren die in wisselwerking met elkaar handelen. Werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts zijn in hun acties van elkaar afhankelijk, anticiperen op elkaar en hebben met hun gedrag effecten op elkaars handelingsmogelijkheden. Reïntegratiegedrag voltrekt zich daarbij niet op één moment, maar strekt zich uit in de tijd. Dit vereist een longitudinale aanpak, waarin de ontwikkeling van reïntegratiegedrag gedurende langere tijd gevolgd wordt. Een uitgebreidere verantwoording van de onderzoeksopzet en -uitvoering wordt gegeven in het DERDE HOOFDSTUK.

In het empirisch deel van het onderzoek is een drietal deelvragen leidend:

- *Hoe ontwikkelt zich het reïntegratiegedrag van een zieke werknemer, de direct leidinggevende en de betrokken bedrijfsarts in de maanden na de ziekmelding?*
- *Welke factoren en mechanismen houden verband met variaties – zowel tussen vergelijkbare situaties als in de loop van de tijd – in reïntegratiegedrag?*
- *In hoeverre zijn verschillen in het verzuimbeleid van organisaties een relevante factor voor verschillen in reïntegratiegedrag?*

De beantwoording van deze vragen en – op basis daarvan – van de hoofdvraag van het onderzoek is zowel van belang voor verdere theorieontwikkeling als in maatschappelijk opzicht.

De *theoretische relevantie* van dit onderzoek vloeit voort uit het onontgonnen karakter van de thematiek en uit de specifieke insteek die is gekozen. Met dit onderzoek wordt een terrein betreden waar nog niet veel over bekend is. Onderzoek naar reïntegratie bij ziekteverzuim concentreerde zich tot nu toe op uitkomsten van beleid. Wel zijn aan bestaand onderzoek inzichten te ontleen die relevant zijn voor de vraagstelling van dit onderzoek (deze passeren in het tweede deel van HOOFDSTUK 2 de revue, zie PARAGRAAF 2.4). Nieuw is de bestudering van reïntegratiegedrag in de microsituatie tegen de achtergrond van intenties van het beleid zoals dat op macroniveau is ontwikkeld en op mesoniveau wordt geconcretiseerd. Qua focus en methodologische invalshoek (kwalitatief onderzoek, multi-actorbenadering, longitudinale opzet) onderscheidt dit onderzoek zich van voorgaande studies. Door het onderzoek te richten op de vraag in hoeverre gedragsbeïnvloeding door middel van wettelijk verankerde gedragsvoorschriften resulteert in het gewenste gedrag, wordt geprobeerd de *black box* van de doorwerking van macrobeleid naar het microniveau van het individuele handelen te openen.

Deze studie sluit op dit punt aan bij onderzoek naar de samenhang tussen intenties van hr-beleid, de uitvoering van het beleid en de opbrengsten ervan voor de organisatie (Boselie 2010, Boxall & Purcell 2008, Paauwe 2004). In dit verband wordt onderscheid gemaakt tussen het formele beleid (*intended, espoused*), met zijn op organisatieniveau ontworpen doelen en instrumenten, het feitelijke (*actual, enacted*) beleid zoals staf-functionarissen en leidinggevendenden het in de organisatie implementeren en de wijze waarop werknemers het beleid op individueel niveau ervaren (*perceived*). Onderzoek wijst uit dat de rol van leidinggevendenden in de keten tussen beleidsintenties en realisering van het beleid cruciaal is en bepalend voor de effectiviteit van het beleid (Knies 2012, Leisink & Knies 2011, Purcell & Hutchinson 2007, Purcell & Kinnie 2007).

De *maatschappelijke relevantie* van dit onderzoek betreft in de eerste plaats het formuleren van suggesties voor verbetering van het beleid op het terrein van reïntegratie bij langer durend ziekteverzuim, dat ongeveer 4% van het aantal ziekmeldingen, maar meer dan de helft van het totaal aantal verzuimdagen betreft (Raad voor Werk en Inkomen 2008). Het bewegen van betrokkenen tot actiever reïntegratiegedrag is een weerbarstig thema gebleken. Analyses van het reïntegratiegedrag en de interactie van zieke werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts, leveren aanknopingspunten op die kunnen bijdragen aan grotere effectiviteit van het beleid dat is gericht op beïnvloeding van gedrag in de micro-situatie en daarmee voor de realisering van beleidsdoelen op micro-, meso- en macro-niveau. Daarnaast heeft dit onderzoek ook relevantie voor andere terreinen waar vanuit het macrobeleid gedragsverandering wordt nagestreefd. Meer dan voorheen worden werknemers en leidinggevendenden geconfronteerd met de noodzaak met elkaar over inzetbaarheid, passend werk en bemiddeling naar ander werk te spreken. Zo brengt ook beleid wat andere facetten van hr-beleid betreft – langer doorwerken, transfers van werk naar werk – in de microsituatie nieuwe taken en verantwoordelijkheden met zich mee en is ander gedrag vereist. Volgend op de conclusies in het laatste hoofdstuk wordt een aantal beleidsaanbevelingen geformuleerd (zie PARAGRAAF 7.5).

1.6 Opbouw van de hoofdstukken

Tot slot van deze inleiding volgt hier de opbouw van de komende hoofdstukken.

In HOOFDSTUK 2 wordt het neo-institutionalistisch perspectief geïntroduceerd, dat als theoretisch uitgangspunt fungeert voor het onderzoek. Aan het actorgecentreerd institutionalisme ontleen we kernconcepten waarmee een conceptueel model ontwikkeld wordt, dat een raamwerk biedt om het empirisch materiaal te kunnen ordenen en interpreteren. Het tweede deel van dit hoofdstuk bestaat uit een literatuurreview, waarin wordt geïnventariseerd welke relevante inzichten bestaand onderzoek heeft opgeleverd. Op basis hiervan wordt een aantal verwachtingen geformuleerd die in het empirische deel nader onderzocht worden.

HOOFDSTUK 3 geeft een uiteenzetting en verantwoording van de opzet van het veldonderzoek. Daarin komen achtereenvolgens aan de orde het onderzoeksontwerp, de dataverzameling en -analyse, de introductie van de twee organisaties die in het onderzoek hebben geparticipeerd en tot slot de elf casussen die centraal staan.

In de HOOFDSTUKKEN 4, 5 en 6 worden de resultaten van het veldonderzoek weergegeven, geordend naar de drie interviewmomenten. In HOOFDSTUK 4 staat de beginfase – de eerste weken na de ziekmelding – centraal en worden de bevindingen van de eerste interviewronde beschreven. In HOOFDSTUK 5 betreft het de situatie omstreeks vier maanden na de ziekmelding. In HOOFDSTUK 6 komt de situatie van ongeveer negen maanden na de ziekmelding aan de orde. Deze resultatenhoofdstukken bestaan uit beschrijvingen en analyses van het reïntegratiegedrag in de verschillende casussen en van factoren en mechanismen die daarmee verband houden. In de slotparagrafen van elk hoofdstuk worden bouwstenen aangedragen voor de interpretatie van de variatie in reïntegratiegedrag.

In HOOFDSTUK 7 worden op basis van de voorgaande hoofdstukken conclusies geformuleerd, waarmee antwoord wordt gegeven op de onderzoeksvragen. Na de conclusies en enkele overwegingen bij methodologische aspecten van het onderzoek sluit deze studie af met een paragraaf met discussie en aanbevelingen.

2 Theoretisch kader

2.1 Inleiding

In het inleidende hoofdstuk is geschetst hoe in de periode 1990-2005 de verantwoordelijkheid voor reïntegratie bij ziekteverzuim is verlegd van het collectieve domein naar individuele werkgevers en werknemers. Door een combinatie van financiële prikkels en gedragsvoorschriften is beoogd de direct betrokkenen in ziekteverzuim-situaties – de zieke werknemer, de direct leidinggevende en de bedrijfsarts – tot actief reïntegratiegedrag te bewegen.

In dit hoofdstuk wordt het neo-institutionalistisch perspectief geïntroduceerd, dat als theoretisch uitgangspunt voor dit onderzoek fungeert. Aan het neo-institutionalisme, in het bijzonder de variant van het actorgecentreerd institutionalisme, worden theoretische kernconcepten ontleend die een conceptueel raamwerk vormen voor het empirisch deel van dit onderzoek.

Het tweede deel van dit hoofdstuk bestaat uit een review van relevante onderzoeksliteratuur. Zoals in het vorige hoofdstuk is aangegeven, was eerder onderzoek naar ziekteverzuim en reïntegratie vooral gericht op de macro-effecten van de wetswijzigingen en is het reïntegratiegedrag in de microsituatie een weinig bestudeerd terrein. Uit bestaand onderzoek worden bevindingen gedistilleerd die voor de beantwoording van de onderzoeksvragen van belang zijn. Op grond daarvan worden voorlopige conclusies geformuleerd die als uitgangspunt voor het empirisch onderzoek fungeren.

In PARAGRAAF 2.2 komen eerst de belangrijkste elementen van het neo-institutionalisme in het algemeen aan de orde. Vervolgens wordt een aantal kernconcepten uit het actorgecentreerd institutionalisme geïntroduceerd. In PARAGRAAF 2.3 wordt een conceptueel raamwerk uiteengezet, waarin de concepten van het actorgecentreerd institutionalisme worden verbonden met de specifieke situatie van reïntegratie bij langer durend ziekteverzuim. Vervolgens geeft PARAGRAAF 2.4 een overzicht van eerder verricht onderzoek naar reïntegratiegedrag. Aan de hand van de elementen van het conceptueel raamwerk wordt de stand van de actuele kennis over dit onderzoeksthema geïnventariseerd. PARAGRAAF 2.5 sluit het hoofdstuk af met een aantal conclusies.

2.2 Het neo-institutionalistisch perspectief

2.2.1 Neo-institutionalistische benaderingen

Voorafgaand aan de karakterisering van het actorgecentreerd institutionalisme wordt een beknopte beschrijving gegeven van het neo-institutionalistisch perspectief, met name van aspecten die voor de analyse van reïntegratiegedrag tegen de achtergrond van de institutionele context van belang zijn.

De kerngedachte van het neo-institutionalisme is dat actoren handelen binnen de context van geïnstitutionaliseerde regels, waarden, normen en cognities en dat deze van invloed zijn op hun gedrag, zonder dat ze er op deterministische wijze aan gebonden zijn. Het verbindt twee gezichtspunten die voor de interpretatie van gedrag in microsituaties van belang zijn: enerzijds de institutionele context waarbinnen het handelen zich afspeelt, anderzijds de handelingsvrijheid van individuen die binnen institutionele kaders handelingskeuzes maken.

De belangrijkste uitgangspunten van neo-institutionalistische benaderingen onderscheiden zich van die van het klassieke institutionalisme. Waar het klassieke institutionalisme het accent legt op het ontstaan van instituties en institutionele processen en op de invloed van instituties op het handelen, richt het neo-institutionalisme zich ook op handelingskeuzes van actoren en de invloed daarvan op de institutionele context (Scott 2001). Deze oriëntatie op enerzijds de invloed van de institutionele kaders en anderzijds de handelingsruimte van actoren hierbinnen, maakt het neo-institutionalistisch perspectief bij uitstek geschikt voor het onderzoek naar feitelijk gedrag in relatie tot institutionele gedragsverwachtingen.

In de definitie van instituties van Scott staat het samenstel van regels, waarden, normen en cognities centraal dat richting geeft aan gedrag van actoren. Instituties bestaan uit regulatieve, normatieve en cultureel-cognitieve elementen die, in combinatie met de bijbehorende activiteiten en hulpbronnen, stabiliteit en betekenis aan het maatschappelijke leven geven (Scott 2001, 48). Volgens zijn driezuilenmodel worden instituties gevormd door drie – analytisch te onderscheiden – pijlers, die bestaan uit verschillende (formele en informele) elementen (Scott 2001, 51-58):

- de regulatieve pijler: wetten, regels en voorschriften, die worden bekrachtigd door controle en sancties;
- de normatieve pijler: waarden en normen, roldefinities en -verwachtingen, die worden bekrachtigd door mechanismen van sociale controle;
- de cognitieve pijler: betekenisystemen, interpretatieschema's, bekrachtigd door een gedeelde logica waaruit blijkt wat als vanzelfsprekend en algemeen geaccepteerd geldt.

Deze drie pijlers vormen een kader voor individuele betekenisverlening en individueel gedrag. Ze beïnvloeden percepties en preferenties in handelingssituaties en leiden daarmee tot bepaalde definities van de situatie en van wat daarin logisch handelen is.

Instituties zijn zowel op beperkende als op constituerende wijze van invloed op het handelen van actoren (March & Olsen 1989). Enerzijds vormen ze een beperkende, begrenzendende context voor het handelen: ze bieden een kader van waaruit de werkelijkheid wordt geïnterpreteerd en dat bovendien definieert wat in een bepaalde situatie gewenst en legitiem gedrag is, en wat gewenste uitkomsten en toegestane middelen zijn. Anderzijds zijn ze voorwaardenscheppend en stimulerend: ze geven handelingsmogelijkheden aan en maken handelen en interactie mogelijk. Door de gemeenschappelijkheid in regels, waarden, normen en cognities, zorgen instituties voor een zekere mate van voorspelbaarheid van gedrag. Dit gebeurt in een proces van wisselwerking: het handelen van individuele actoren wordt beïnvloed door instituties en is tegelijkertijd zelf weer van invloed op instituties. Mensen maken zich de institutionele regels, waarden, normen en cognities door socialisatie tot op zekere hoogte eigen en identificeren zich in meerdere of mindere mate met geïnstitutionaliseerde rollen. In hun handelen reproduceren ze institutionele structuren en brengen ze er aanpassingen en veranderingen in aan. Giddens spreekt in dit verband van de dualiteit van structuren: structuren worden enerzijds door handelen geconstitueerd, anderzijds wordt het handelen door structuren geconstitueerd (Giddens 1984).

Binnen institutionele contexten vindt individuele betekenisverlening plaats en hebben actoren individuele handelingsruimte. Op macroniveau geformuleerde regels worden op microniveau geïnterpreteerd door actoren met specifieke eigenschappen en in concrete handelingssituaties. Toepassing van regels veronderstelt dat actoren er kennis van hebben en concrete situaties opvatten als vallend onder de algemene regel. Regels laten doorgaans ruimte voor interpretatie en schrijven handelingen niet tot in detail voor. Actoren hebben bovendien verschillende strategische reactiemogelijkheden, waaronder afwijzende, op institutionele verwachtingen (Walgenbach & Meijer 2008, 119, 124). Daar komt bij dat instituties niet statisch en eendimensionaal zijn, maar in verandering en met tegenspraken. Tegenspraken of disharmonie tussen institutionele elementen kunnen leiden tot inconsistenties in de handelingsaanwijzingen. Daarnaast kunnen ongelijktijdige veranderingen tussen regulatieve, normatieve en cognitieve elementen tot conflicterende gedragsverwachtingen leiden. Ook hier ligt een oorsprong van de handelingsruimte die individuen binnen institutionele contexten hebben (Walgenbach & Meijer 2008, 105). Bovendien zijn voor actoren vaak verschillende instituties en meerdere, concurrerende, institutionele logica's relevant. Ze participeren in meerdere institutionele ordeningen en hebben te maken met verschillende institutionele regelingen, met de daarbij behorende eisen, verwachtingen en kansen.

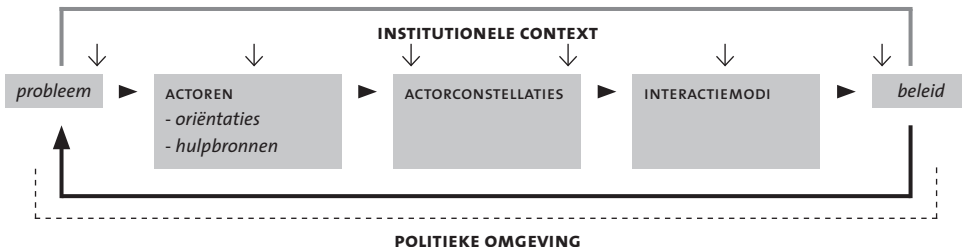
In het neo-institutionalistisch perspectief beïnvloeden institutionele regels, waarden, normen en cognities het handelen van actoren en structureren ze hun interacties, maar niet op deterministische wijze. Actoren maken eigen keuzes in de interpretaties en toepassingen van geïnstitutionaliseerde verwachtingen in concrete handelingssituaties. Het actorgecentreerd institutionalisme geeft een uitwerking aan deze visie.

2.2.2 Actorgecentreerd institutionalisme

Het actorgecentreerd institutionalisme (ACI) legt zich toe op bestudering van het gedrag van actoren binnen een institutionele context (Mayntz & Scharpf 1995, Scharpf 1997). Het is primair ontwikkeld als uitgangspunt voor empirisch onderzoek naar politieke beleidsvormingsprocessen, waarbij constellaties van collectieve actoren als regeringen, vakbonden, politieke partijen onderwerp van analyses zijn. In dit onderzoek staat het handelen van individuele actoren in de microsituatie, tegen de achtergrond van de veranderde institutionele context, centraal. Voordat de kernconcepten van deze variant van het neo-institutionalisme worden toegelicht, worden enkele hoofdlijnen ervan geschetst.

De centrale gedachte van het actorgecentreerd institutionalisme is dat sociale fenomenen de uitkomst zijn van interacties tussen intentioneel handelende actoren, waarbij de institutionele omgeving de interacties structureert en van invloed is op de uitkomsten. In tegenstelling tot klassieke rationele keuzebenaderingen heeft de actorgecentreerde benadering niet de perfect rationeel handelende, naar maximalisering van de eigen opbrengsten strevende actor als uitgangspunt, maar staan in de dagelijkse werkelijkheid handelende actoren (*real-world actors*) centraal (Scharpf 1997, 6). Zij handelen op basis van bepaalde percepties van de situatie, van bepaalde normatieve voorkeuren en met behulp van benutting van hulpbronnen: ‘... each with its own understanding of the nature of the problem and the feasibility of particular solutions, each with its own individual and institutional self-interest and its own normative preferences, and each with its own capabilities or action resources that may be employed to affect the outcome’ (Scharpf 1997, 11). Handelingskeuzes komen tot stand binnen een interactiesysteem waarin actoren anticiperen en reageren op elkaars (verwachte) gedrag en strategische handelingskeuzes maken.

Het actorgecentreerd institutionalisme gaat ervan uit dat instituties, opgevat als systemen van zowel formele regels als sociale normen, de percepties, handelingsvoorkeuren en -mogelijkheden van actoren en de relaties en interacties tussen hen structureren (Scharpf 1997). Instituties vormen de arena voor de interacties van actoren. Ze beïnvloeden het repertoire van meer of minder acceptabele gedragswijzen, definiëren interactiemodi en plaatsen actoren in een specifieke constellatie met elkaar, zoals in onderstaande FIGUUR 2.1 wordt geïllustreerd.



FIGUUR 2.1 Model voor interactiegeoriënteerd beleidsonderzoek (Scharpf 1997, 44)

De institutionele context constitueert actoren en actorconstellaties, structureert de beschikking van actoren over hulpbronnen en beïnvloedt hun oriëntaties (Mayntz & Scharpf 1995). De context is beperkend (*constraining*) doordat hij van de range van potentieel gedrag specificeert welke handelingen gewenst, verboden of toegestaan zijn, maar scheidt daarmee tevens ruimte en creëert mogelijkheden (*enabling*) voor het handelen van actoren (Scharpf 1997). Instituties laten handelingsruimte voor actoren. Individuen handelen niet volgens scripts en zijn geen regelvolgende robots, maar ze zijn intelligent en hebben eigen visies, belangen, voorkeuren en hulpbronnen, die hen er soms toe brengen normen en regels die ze geacht worden te volgen te overtreden (Scharpf 1997).

2.2.3 Kernconcepten van het actorgecentreerd institutionalisme

Voor de analyse van gedrag van individuele actoren in de microsituatie is een aantal kernconcepten van het actorgecentreerd institutionalisme in het bijzonder relevant. Deze concepten worden hieronder besproken en daarna in de volgende paragraaf toegesneden op het onderzoek naar reïntegratiegedrag bij langer durend verzuim.

Actoren kunnen zich identificeren met verschillende referentie-eenheden (*units of reference*) (bepaalde rollen, bepaalde groepen waarmee actoren zich identificeren), van waaruit ze handelen of handelingskeuzes motiveren. Dit concept is van belang als actoren hun handelen aan verschillende referentie-eenheden kunnen relateren. Afhankelijk van het perspectief dat prevaleert, kunnen bepaalde percepties en preferenties de overhand hebben (Scharpf 1997, 61).

Cognitieve handelingsoriëntaties zijn interpretatieschema's (*cognitive maps*) van waaruit actoren een handelingssituatie, de beschikbare handelingsopties, de te verwachten resultaten van handelingskeuzes en de verhouding van de uitkomsten tot het eigen belang waarnemen en interpreteren. Deze cognitief verankerde, als vanzelfsprekend ervaren denkwijzen zijn van invloed op het handelen van actoren. Ze zijn in meerdere of in mindere mate bepaald door de institutionele setting en zijn relatief stabiel (Scharpf 1997, 62-63).

Van een andere orde zijn oriëntaties die bestaan uit normatieve, waardegeladen opvattingen en die leiden tot voorkeuren (*preferences*) voor resultaten van handelingsstrategieën en die van invloed zijn op handelingskeuzes. Ze worden in vier componenten onderscheiden:

- Belangen (*basic self interests*) worden gedefinieerd als objectieve voorkeuren die in algemene zin aan een actor kunnen worden toegekend op grond van zijn positie binnen de institutionele setting. Ze zijn in die zin te onderscheiden van subjectieve voorkeuren voor bepaalde handelingsalternatieven (Scharpf 1997, 64).
- Normatieve roloriëntaties (*normative role orientations*) zijn normatieve verwachtingen die verbonden zijn aan de positie van de actor. In termen van rollen zijn het de (geschreven of ongeschreven, expliciete of impliciete, al of niet te sanctioneren) rolvoorschriften waaraan de roldrager geacht wordt zich te houden en die handelingskeuzes zowel

kunnen begrenzen (door gewenst/ongewenst, toegestaan/verboden gedrag te onderscheiden) als ondersteunend kunnen werken. In de normatieve roloriëntaties klinkt de institutionele context nadrukkelijk door (Scharpf 1997, 64).

- Identiteiten (*identities*) zijn constructies van actoren waarin ze bepaalde aspecten van belangen of normatieve regels accentueren. Het formeren van een specifieke identiteit biedt een gedeeltelijke oplossing voor het probleem van conflicterende of onbepaalde preferenties. Het stelt actoren in staat de complexiteit en contingentie van hun eigen handelingskeuzes te reduceren. Dit kan handelingskeuzes vereenvoudigen en helderheid bieden ten opzichte van andere actoren. Om op deze wijze effectief te zijn, moeten identiteiten relatief stabiel in de tijd zijn en tot inperking van het aantal handelingskeuzes leiden (Scharpf 1997, 65).
- Interactieoriëntaties (*interaction orientations*) zijn waarderingen die actoren hechten aan de relatie met andere actoren en aan uitkomsten die bepaalde keuzes voor anderen hebben. In tegenstelling tot conventionele rationale keuzetheorieën neemt het actorgecentreerd institutionalisme aan dat er naast de basisvorm van het individualisme (actoren zijn slechts geïnteresseerd in hun eigen opbrengsten of verliezen) andere vormen te onderscheiden zijn:
 - solidariteit (winst voor een andere actor wordt positief gewaardeerd);
 - competitie (het verlies van een andere actor wordt gewaardeerd als iemands eigen winst);
 - altruïsme (het eigen voordeel is irrelevant, alleen de winst van een ander wordt beschouwd als een positieve uitkomst);
 - vijandigheid (het eigen voordeel is irrelevant, alleen het verlies van een ander wordt beschouwd als een positieve uitkomst).

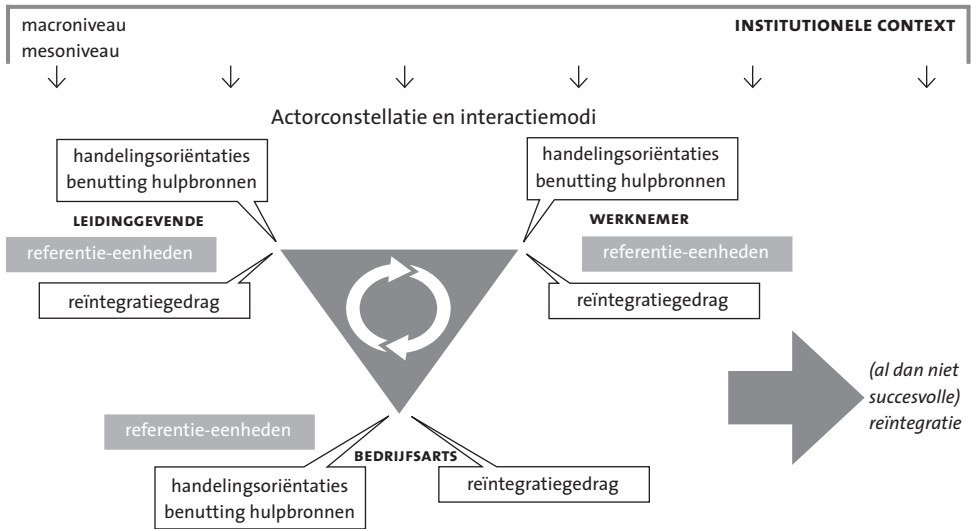
Eén van deze voorkeuren kan ertoe leiden dat belangen en rolvoorschriften anders gedefinieerd en geïnterpreteerd worden en dat een actor tot andere handelingskeuzes komt dan op grond van de objectieve institutionele positie en overeenkomstige belangen verwacht kon worden (Scharpf 1997, 84-89).

Hulpbronnen (*capabilities, action resources*) zijn middelen die actoren in staat stellen invloed uit te oefenen op de uitkomst van hun handelen en van interacties. De institutionele context constitueert de toegang tot specifieke hulpbronnen. Tot hulpbronnen die van invloed kunnen zijn op potentiële handelingsmogelijkheden behoren persoonlijke eigenschappen (bijvoorbeeld intelligentie, vaardigheden, fysieke kracht), fysieke middelen (bijvoorbeeld geld, bezit), sociaal kapitaal (bijvoorbeeld sociale steun), maar ook formele bevoegdheden, rechten en plichten die deelname aan een besluitvormingsproces regelen, en de toegang tot informatie (Scharpf 1997, 43).

2.3 Conceptueel raamwerk

2.3.1 Reïntegratiegedrag binnen de institutionele context

Zoals uit het voorgaande is gebleken, biedt het actorgecentreerd institutionalisme niet een volledig gespecificeerde theorie, maar is het een samenstel van abstracte concepten die door toepassing in een bepaalde institutionele setting nadere invulling krijgen. Verbijzonderd naar de specifieke handelingssituatie van reïntegratie bij langer durend ziekteverzuim, zijn de basisconcepten van het actorgecentreerd institutionalisme samen te vatten in een conceptueel raamwerk dat is weergegeven in de onderstaande FIGUUR 2.2.



FIGUUR 2.2 Conceptueel raamwerk

De figuur brengt de focus van dit onderzoek in beeld: het reïntegratiegedrag van de zieke werknemer, de direct leidinggevende en de bedrijfsarts in de microsituatie, tegen de achtergrond van de institutionele context. Situaties van langer durend ziekteverzuim zijn complexe handelingssituaties. Het zijn geen overzichtelijke situaties waarin routinematig kan worden gehandeld, maar trajecten met veel 'onbekenden' en met meningsverschillen, die zoeken en onderhandelen vergen (Meershoek et al. 2000). De kern van de geïnstitutionaliseerde verwachting is dat werknemer en leidinggevende, met advies en ondersteuning van de bedrijfsarts, in deze complexe handelingssituaties actief reïntegratiegedrag ontwikkelen en in onderlinge samenwerking tot zo spoedig mogelijke reïntegratie komen (zie PARAGRAAF 1.4). Werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts zijn qua gedragsmogelijkheden en wat betreft te behalen resultaten van elkaars medewerking afhankelijk. Het reïntegratiegedrag van werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts resulteert in (al dan niet succesvolle) reïntegratie-acties en uiteindelijk in (meer of minder geslaagde) reïntegratie.

De institutionele context waarbinnen de interactie van werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts zich afspeelt, bestaat uit verschillende niveaus. In de eerste plaats wordt de context gevormd door de op macroniveau gesitueerde kaders, waarvan de veranderde wet- en regelgeving op het gebied van ziekteverzuim en reïntegratie (zie PARAGRAAF 1.2) deel uitmaken. De veranderingen hierin impliceren wijzigingen in de regulatieve, normatieve en cognitieve pijler (zie SUBPARAGRAAF 2.2.1):

- de financiële prikkels en de gedragsvoorschriften die de veranderde wet- en regelgeving met zich mee brengt, met name de verplichtingen inspanningen te leveren, overleg te voeren en een probleemanalyse en plan van aanpak op te stellen;
- formele en informele normen en rolvoorschriften, die gericht zijn op actief reïntegratiegedrag en samenwerking en op uitgaan van arbeidsmogelijkheden (*'werken naar vermogen'*) in plaats van beperkingen;
- cognities waarin wordt benadrukt dat ziek zijn en werkhervatting elkaar niet uitsluiten (*'verzuim is een keuze'*, *'uitgaan van mogelijkheden en niet van beperkingen'*) en die de gezamenlijke verantwoordelijkheid centraal stellen.

Een tweede belangrijk bestanddeel van de institutionele context vormt het op mesoniveau gesitueerde verzuimbeleid van organisaties. Op organisatieniveau wordt het macrobeleid gespecificeerd in een (im- of expliciete) verzuimvisie, in interne afspraken over de rolverdeling, procedures en sanctiemogelijkheden, die meestal worden geconcretiseerd in een verzuimprotocol. Het organisatiespecifieke verzuimbeleid kent eigen invullingen, al naar gelang de beleidskeuzes die op organisatieniveau worden gemaakt. Bijzonder aandachtspunt in dit onderzoek is in hoeverre beleidsreacties op dit mesoniveau verband houden met verschillen in het handelen op microniveau; in het empirisch onderzoek wordt nagegaan of verschillen in verzuimbeleid samen gaan met verschillen in reïntegratiegedrag in de microsituatie.

Zowel voor het macro- als het mesoniveau geldt dat de institutionele context een complex en dynamisch geheel is en meer omvat dan de actuele wettelijke kaders en het formele beleid. Bovenstaande karakterisering is niet uitputtend. Zo maken bijvoorbeeld afspraken tussen sociale partners die op branche- of sectorniveau worden gemaakt, deel uit van de institutionele context. En ook normen en opvattingen die verbonden zijn met eerdere wettelijke regimes en voorgaand beleid op organisatieniveau zijn er onderdeel van, inclusief verouderde noties over reïntegratie.

De institutionele context beperkt zich niet tot de aldus onderscheiden niveaus, maar komt tevens tot uiting op het microniveau. Zoals FIGUUR 2.2 aangeeft, is de institutionele context van invloed op de actorconstellatie en de interactiemodi. Volgens het nieuwe regime zijn werknemer en leidinggevende samen verantwoordelijk voor de reïntegratie, daarbij ondersteund door de bedrijfsarts. De bevoegdheden en verantwoordelijkheden over en weer zijn wettelijk vastgelegd. Ze zijn verplicht overleg met elkaar te voeren en afspraken te maken over reïntegratie en worden geacht tot actief handelen te komen. Wat de interactiemodi betreft sturen de wettelijke kaders aan op de interactiemodus van de *'onderhandelde overeenstemming'*; in geval van het opleggen van sancties is er daarentegen meer sprake van de interactiemodus *'eenzijdig opleggen'* (Scharpf 1997, 46).

2.3.2 *Referentie-eenheden, handelingsoriëntaties, hulpbronnen en interactie*

De institutionele context werkt door in de referentie-eenheden waarop werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts zich kunnen richten, in hun handelingsoriëntaties, in hulpbronnen waarover ze kunnen beschikken en in de interactie, zoals hieronder wordt toegelicht.

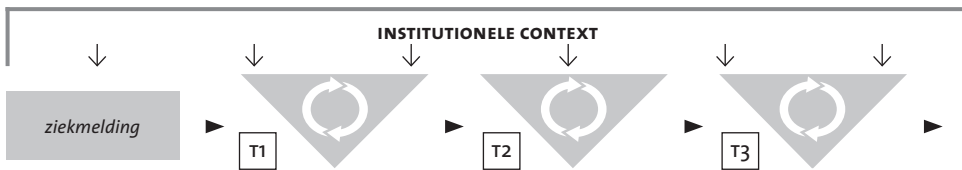
Werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts kunnen zich in hun handelen op verschillende referentie-eenheden oriënteren, waaraan mogelijk uiteenlopende handelingsoriëntaties verbonden zijn. Een zieke werknemer kan zich met verschillende referentie-eenheden identificeren en zich focussen op verschillende rollen: met zijn sociale systeem (gezin, familie) en zijn sociale rol, met de medische zorg (huisarts, behandelaars) en zijn patiëntenrol, met het werk en zijn werknemersrol. Voor de leidinggevende en bedrijfsarts zijn in dit onderzoek primair hun professionele rollen relevant, waaraan overigens wel verschillende aspecten te onderscheiden zijn. Zo zijn leidinggevers tevens zelf werknemer binnen de organisatie; ze hebben zowel een hiërarchische als een collegiale verhouding tot hun medewerkers. De functie van bedrijfsarts heeft meerdere dimensies, waaronder die van medicus en adviseur, die verschillende referentiemogelijkheden met zich mee brengen. Al naar gelang de referentie-eenheid die voor een actor in een bepaalde situatie op de voorgrond staat, kunnen voorkeuren voor handelingsopties variëren. In termen van identiteiten kunnen werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts zich in meerdere of mindere mate identificeren met (bepaalde aspecten van) rollen en daaraan verbonden regels, waarden en normen.

De handelingsoriëntaties van werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts worden beïnvloed door de institutionele context. De drie pijlers (zie *SUBPARAGRAAF 2.3.1*) klinken door in de percepties en preferenties van individuele actoren, maar laten tegelijkertijd ruimte voor eigen interpretaties en individueel bepaalde voorkeuren. Zo wordt de wijze waarop ze reïntegratiesituaties definiëren en interpreteren bepaald door de veranderde wet- en regelgeving, maar ook andere denkbeelden en opvattingen (bijvoorbeeld samenhangend met de oude situatie waarin zieke werknemers een ziektewetuitkering ontvingen) kunnen hun stempel erop drukken. Wetten en regels kunnen verschillend worden uitgelegd of genegeerd worden. Een zieke werknemer wordt geacht, op straffe van sancties, mee te werken aan zijn reïntegratie en zich in te spannen voor terugkeer in de werksituatie. Hij kan echter de voorschriften anders interpreteren of (bewust of onbewust) negeren, bijvoorbeeld omdat hij redenen heeft om de verplichtingen (op dat moment, in die situatie) niet op hem van toepassing te achten of door onwetendheid. Op dezelfde wijze geldt voor een leidinggevende dat hij voorschriften op verschillende manieren kan uitleggen of ze naast zich neer kan leggen. Wat interactieoriëntaties betreft, is de wet- en regelgeving gericht op samenwerking, maar dit neemt niet weg dat actoren even goed vanuit bijvoorbeeld een individualistische of vijandige oriëntatie kunnen handelen. Deze voorbeelden laten zien dat in ziekteverzuimsituaties de handelingsoriëntaties die feitelijk leidend zijn af kunnen wijken van hetgeen op grond van regels, normen en cognities die met de veranderde wetgeving verbonden zijn verwacht mag worden. Daarbij merken we

op dat er geen scherpe grens te trekken lijkt tussen de in theoretische zin onderscheiden cognitieve en normatieve oriëntaties. Zo biedt het adagium 'werken naar vermogen' een interpretatiekader om situaties op een bepaalde manier op te vatten en het impliceert tegelijkertijd bepaalde rolvoorschriften.

De institutionele context is van invloed op hulpbronnen waarover werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts kunnen beschikken. Het gaat daarbij in de eerste plaats om verschillende typen informatie. Variatie in reïntegratiegedrag kan verband houden met verschillen in kennis van formele rechten en plichten, de gang van zaken bij reïntegratie en de voorschriften die daarbij gelden. Het ligt voor de hand dat naarmate een actor hier meer van op de hoogte is, hij beter in staat is initiatieven te nemen. Een ander type informatie is medische informatie, die van belang is om actuele en te verwachten arbeidsmogelijkheden in te schatten. Werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts hebben op verschillende wijzen beschikking over medische gegevens. Zo is het medisch oordeel voorbehouden aan de bedrijfsarts en moet de werknemer toestemming geven voor het uitwisselen van medische informatie. Een leidinggevende heeft geen recht op medische informatie. Deze asymmetrie in toegang tot medische informatie kan in de praktijk tot informatieproblemen leiden en een gezamenlijke aanpak in de weg staan. Een derde type informatie dat bestaat uit adviezen van anderen dan de drie kernactoren, met name vanuit de medisch-curatieve sector of vanuit deskundigen op het gebied van werkaanpassingen of loopbaanmogelijkheden. Van een andere orde zijn faciliterende elementen als de wettelijk voorgeschreven probleemanalyse en plan van aanpak en organisatiespecifieke ondersteuning, bijvoorbeeld in de vorm van een verzuimvolgsysteem of een sociaal-medisch overleg. Ook deze hulpbronnen kunnen een factor zijn bij het al dan niet ontwikkelen van het door de wetgever gewenste reïntegratiegedrag.

Dit onderzoek richt zich op de ontwikkeling van het reïntegratiegedrag in de maanden na de ziekmelding en op de interactie van werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts. Onderstaande FIGUUR 2.3 laat op schematische wijze zien dat het reïntegratiegedrag op de meetmomenten T_1 , T_2 en T_3 in kaart wordt gebracht.



FIGUUR 2.3 Het proceskarakter van reïntegratiegedrag en de drie meetmomenten

De figuur accentueert dat het langer durende karakter van de ziekteverzuimsituaties die in dit onderzoek centraal staan, betekent dat er sprake is van een tijdsverloop in het handelen; de terugkeer in de werksituatie is niet de uitkomst van een éénmalige actie, maar van een reeks van opeenvolgende handelingskeuzes van meerdere actoren. Het reïntegratiegedrag ontwikkelt zich in een interactieproces, waarin actoren anticiperen

en reageren op elkaars handelen. In de institutioneel bepaalde rolverdeling hebben werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts elkaars informatie en medewerking nodig om stappen te zetten in het reïntegratieproces; zijn ze voor het realiseren van terugkeer in de werksituatie van elkaar afhankelijk. Het wettelijke beleid schrijft overleg en samenwerking voor. In de zesde en achtste week na de ziekmelding moeten respectievelijk een probleem-analyse en plan van aanpak worden opgesteld. De drie meetmomenten zijn bewust rond deze weken gespreid (voor een uitgebreidere uitleg bij de longitudinale opzet en een argumentatie voor de meetmomenten zie SUBPARAGRAAF 3.2.1).

In het voorgaande zijn de aan het actorgecentreerd institutionalisme ontleende kernconcepten toegespitst op reïntegratiegedrag in situaties van langer durend verzuim. De aldus geconcretiseerde concepten fungeren in de komende hoofdstukken als raamwerk voor de interpretatie van de onderzoeksbevindingen.

2.4 Literatuurreview

2.4.1 Eerder onderzoek

In deze paragraaf wordt nagegaan wat er op grond van eerder onderzoek bekend is over reïntegratiegedrag bij langer durend ziekteverzuim en over factoren en mechanismen die daarop van invloed zijn. In deze bespreking staan Nederlandse studies centraal, omdat dit onderzoek zich richt op consequenties van de specifieke Nederlandse wetgeving. Eerst wordt een algemene karakterisering gegeven van eerder uitgevoerd onderzoek, vervolgens wordt met behulp van de kernconcepten uit het conceptueel raamwerk (zie PARAGRAAF 2.3) geïnventariseerd welke kennis voorhanden is.

In de afgelopen jaren is een reeks onderzoeken verricht naar de praktijk van reïntegratie bij ziekte. Deels zijn deze onderzoeken uitgevoerd tijdens het proces van beleidsveranderingen in de periode 1990-2005, deels dateren ze van na de laatste wetswijzigingen. De onderzoeken betreffen voor een deel studies in opdracht van de overheid, met name het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (szw), of aan de overheid gelieerde advies- of toezicht-houdende organen, zoals de Raad voor Werk en Inkomen (rwi). Deze onderzoeken hebben veelal het karakter van beleidsevaluaties, waarbij de uitvoering en effecten van (onderdelen van) de wetgeving op het terrein van ziekteverzuim en reïntegratie centraal staan. De meeste van deze onderzoeken richten zich in algemene zin op werknemers- en werkgeversgedrag bij ziekteverzuim en reïntegratie. Qua onderzoeksofzet betreft het deels kwantitatieve onderzoeken, gericht op de beschrijving van meningen en ervaringen van actoren (met name werkgevers- en werknemerskenmerken). Deels gaat het om kwalitatieve studies, waarbij vertegenwoordigers van de onderzoekspopulaties door middel van interviews, panelgesprekken of expertmeetings wordt gevraagd naar ervaringen en meningen over succes- en faalfactoren bij reïntegratie. Een ander type onderzoek bestaat uit studies door of in opdracht van belangenorganisaties, zoals de Federatie Nederlandse

Vakbeweging (FNV), het Breed Platform Verzekerden en Werk en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB).

Naast studies in opdracht van de overheid of van (belangen)organisaties, is wetenschappelijk onderzoek gedaan naar een aantal specifieke facetten van verzuimbegeleiding en reïntegratie. De vraagstellingen in deze studies concentreren zich over het algemeen op de positie of rol van één van de actoren of op één aspect. Zo is onder andere onderzoek verricht naar juridische aspecten van de positie van zieke werknemers (zie bijvoorbeeld Asscher-Vonk 2007 en Van der Helm 2009), de kwaliteit van de beroepsuitoefening van de bedrijfsarts (zie bijvoorbeeld Vrijhof 2000) en bedrijfsgeneeskundig onderzoek naar voorspellende factoren voor succesvolle terugkeer van zieke werknemers in het arbeidsproces (zie bijvoorbeeld Franche, Cullen, Clarke, Irvin, Sinclair, Frank & The Institute for Work and Health 2005). Verder zijn er vanuit de (para)medische hoek studies verricht naar effecten van bepaalde interventies en afspraken (therapieën, procedures, protocollen, etc.) op de kans op terugkeer naar werk en naar factoren die bevorderend en belemmerend zijn voor functieherstel of werkhervatting.

Een aantal studies is nauwer verwant met de vraagstelling in ons onderzoek. De studies van Knecht, Besseling, Hoffius, Veerman & Ybema (2004) en Meershoek et al. (2000) besteden aandacht aan het handelen van individuele werknemers, werkgevers en bedrijfsartsen en hun interacties. In beide onderzoeken wordt verwezen naar institutionele theorieën, al heeft het institutioneel perspectief bij de dataverzameling en -analyse slechts een beperkte rol. Het accent in deze studies ligt op het inventariseren van percepties en preferenties en op knelpunten die zich in de samenwerking tussen actoren hebben voorgedaan. Dit leidt in vergelijking met ander onderzoek tot meer inzicht in het onderlinge samenspel van betrokkenen en in factoren die daarin belemmerend en bevorderend zijn. In beide studies wordt, net als in eerder genoemde onderzoeken, vooral de rol van de werkgever (in de zin van het bedrijf of organisatie als collectieve actor) belicht en in mindere mate die van de direct betrokken leidinggevende. Beide onderzoeken dateren van voor de laatste wetswijzigingen (WVP, Wet VLZ, WULBZ, WIA), die de verandering in de beleidsfilosofie (zie PARAGRAAF 1.3) impliceren die aanleiding is voor dit onderzoek.

Een aparte categorie publicaties vormen de discussienota's, adviesnota's en beleidsnotities met een praktische doelstelling. Deze zijn gericht op advisering aan (koepels van) organisaties over bijvoorbeeld de te formuleren verzuimvisie, de implementatie van verzuimbeleid, of verzuimmanagementsystemen. Omdat deze beleidsdocumenten en adviezen in mindere mate een wetenschappelijk doel dienen, blijven ze hier buiten beschouwing.

De conclusie is dat er tot nu toe weinig onderzoek is gedaan dat specifiek gericht was op de ontwikkeling van reïntegratiegedrag en de interactie van individuele actoren in de microsituatie. Ondanks de andere doeleinden en vraagstellingen, en daarmee samenhangend andere onderzoeksontwerpen en theoretische perspectieven, biedt een deel van de studies aanknopingspunten die voor dit onderzoek relevant zijn. Deze passeren in het

vervolg van deze paragraaf de revue. Achtereenvolgens komt aan de orde wat er op grond van eerder onderzoek bekend is over de variatie in reïntegratiegedrag, referentie-eenheden, handelingsoriëntaties, hulpbronnen, interactie en verzuimbeleid.

2.4.2 Reïntegratiegedrag

Het beeld dat uit eerder onderzoek naar voren komt, is dat de reïntegratie-activiteit van werknemers en werkgevers is toegenomen, sinds de verantwoordelijkheden voor ziekteverzuim en reïntegratie meer bij hen zijn neergelegd. Een aantal inzichten wordt hieronder besproken.

Evaluatiestudies naar de effecten van wetswijzigingen wijzen op actiever reïntegratiegedrag. Het aantal reïntegratie-inspanningen van werkgevers is toegenomen, met name waar het gaat om interventies in het eerste ziektejaar; qua activiteiten van werknemers is geen verandering aangetoond (Reijenga et al. 2006). Op basis van een samenvatting van eerder uitgevoerde evaluaties en eigen onderzoek constateren Piek et al. dat het gedrag van werknemers en werkgevers meer dan voorheen op concrete reïntegratie-activiteiten is gericht. Geconstateerd wordt dat een deel van de werkgevers en werknemers zich afwachtend blijft opstellen, dat ze initiatieven teveel laten afhangen van medische professionals en dat reïntegratiemogelijkheden onbenut blijven (Piek, Van Vuuren, Ybema, Joling & Huijs 2008). De opdrachtgever van dit onderzoek, de Raad voor Werk en Inkomen (RWI), spreekt van een deels geslaagde cultuuromslag, maar noemt de verandering van gedrag *'noch voor de werkgever, noch voor de werknemer een makkelijke opgave'* (RWI 2008, 7). Een later onderzoek rapporteert dat inspanningen als het gaat om werkaanpassingen niet toegenomen zijn, maar dat de effectiviteit van de inspanningen wel groter is (Molenaar-Cox, De Jong & Van der Burg 2010).

Uit onderzoek komt naar voren dat de aard van inspanningen van werknemers en werkgevers varieert. Activiteiten van zieke werknemers bestaan vooral uit het werken aan gezondheidsherstel en het zich laten behandelen door arts of therapeut. Ze werken mee aan reïntegratievoorstellen en onderhouden contact met leidinggevende en collega's. Verder doen ze voorstellen om te werken op therapeutische basis, om de werkzaamheden of de werkplek aan te passen, voor vermindering van het aantal uren per week en het overgaan naar een andere functie (Piek et al. 2008, Slotboom & Van Horssen 2009). Reïntegratie-activiteiten die werkgevers ondernemen, bestaan in hoofdzaak uit het geven van begeleiding en coaching en het (tijdelijk) aanpassen van het werk. Ze zijn vooral gericht op hervattingsmogelijkheden op korte termijn en terugkeer (al dan niet met aanpassingen) in de eigen functie. In veel mindere mate ondernemen ze activiteiten gericht op plaatsing in andere functies in het eigen bedrijf en nog minder op plaatsing bij een andere werkgever. Ook als twijfels bestaan over de haalbaarheid van terugkeer in eigen werk, komt herplaatsing in een andere functie of bij een andere werkgever niet of pas in een laat stadium ter sprake. Deze reïntegratie 'tweede spoor' wordt gekwalificeerd als *'een vergeten alternatief'* (Piek et al. 2008, Stichting de Ombudsman 2007).

Verschillen in reïntegratiegedrag bij langdurige ziekteverzuimsituaties zijn geanalyseerd door Knegt et al. (2004). Deze onderzoekers interviewden zowel zieke werknemers, hun werkgevers of leidinggevenden en bedrijfsartsen over de reïntegratie-inspanningen. Ze onderscheiden 'gladde gevallen', waarin actief wordt gehandeld en het reïntegratieproces voorspoedig verloopt en gevallen waarin de reïntegratie moeizaam gaat. In die laatste categorie treedt stagnatie op, is er miscommunicatie en wordt informatie niet gedeeld. De onderzoekers spreken in dat verband van *'elkaar gevangen houden in inactiviteit'*. Ze constateren in deze gevallen verschillen in percepties en preferenties, waardoor het lijkt alsof actoren volgens verschillende scripts handelen en in gescheiden scènes optreden. Daarin zien ze bouwstenen voor een tragedie: het handelen van iedere actor is op zichzelf verklaarbaar en gelet op zijn eigen perceptie rationeel, maar de gedragingen bij elkaar genomen zijn allerminst doeltreffend. Het ontbreken van gelijkgestemdheid en van regie kan uitmonden in een drama (Knegt et al. 2004). De onderzoekers sluiten daarmee aan op de beeldspraak in het rapport van de Commissie psychische arbeidsongeschiktheid (de commissie Donner I): *'het proces heeft de trekken van een klassieke tragedie; het noodlot is onafwendbaar doordat iedereen binnen het kader van zijn ervaring en perceptie redelijk handelt in het licht van zijn belang terwijl het resultaat in niemands belang is en allerminst onvermijdelijk'* (Commissie psychische arbeidsongeschiktheid 2002, 38).

In verschillende onderzoeken oordelen werknemers kritisch over de reïntegratie-inspanningen van hun werkgever. Een deel is tevreden en acht de inspanningen voldoende. Een ander deel is ontevreden. Uit de literatuur komt een reeks ervaren knelpunten naar voren. Wettelijk voorgeschreven stappen in het reïntegratieproces (waaronder het maken van een probleemanalyse en een plan van aanpak) worden volgens de werknemers lang niet altijd uitgevoerd (Van Petersen, Vonk & Bouwmeester 2004, Ybema 2005). Niet alle mogelijkheden voor vroegtijdige reïntegratie worden benut. Een deel van de werknemers is aan het eind van de loondoorbetalingsperiode van mening dat de werkgever meer had kunnen doen om te reïntegreren (Van Brummelen, Van Suijdam & Jehoel-Gijsbers 2001, Veerman & Besseling 2001). Van werknemers waarvan de arbeidsovereenkomst na twee ziektejaren is ontbonden, vinden de meesten dat er bij de eigen werkgever wel mogelijkheden waren voor reïntegratie (Slotboom & Van Horssen 2009). Belangenorganisaties rapporteren over onvoldoende reïntegratie-inspanningen van werkgevers en melden een toegenomen druk op werknemers om weer aan het werk te gaan (zie onder andere Breed Platform Verzekerden en Werk en Stichting De Ombudsman 2004). Als knelpunt wordt gemeld dat werknemers tijdens een ziekteverzuimperiode hun baan verliezen (FNV 2009). Van de langdurig zieke werknemers gaat 10% uit dienst (door ontslag te nemen of na ontbinding) zonder dat er perspectief is op ander werk (Piek et al. 2008).

Het reïntegratiegedrag van leidinggevenden is tot nu toe weinig belicht. Wel wordt de rol van de direct leidinggevende bij reïntegratie als belangrijk aangemerkt (Fermin, Piek & Van Ginkel 2008). Uit een evaluatiestudie naar de aanpak van verzuim om psychische redenen blijkt dat de wijze waarop leidinggevenden hun rol oppakken cruciaal is, maar dat ze het moeilijk vinden om verzuim wegens psychische klachten te herkennen en bespreekbaar te maken. Ze zijn vaak te afwachtend en spreken hun medewerkers niet aan

op het verzuim (Van den Heuvel, Van Amstel, Jettinghof, Ybema & Van den Bossche 2004). Andere knelpunten bij het realiseren van de aan leidinggevendens toebedeelde regierol zijn dat in de praktijk andere taken prioriteit krijgen, waardoor de begeleiding van zieke werknemers in het gedrang komt, en dat leidinggevendens voor het oplossen van werkgerelateerde oorzaken afhankelijk zijn van het hogere management (Van Gestel 2011). De veranderde rol van leidinggevendens bij de reïntegratie van zieke werknemers past in de trend dat leidinggevendens in toenemende mate werkgeversverantwoordelijkheden en human resource-taken toebedeeld krijgen (Leisink & Knies 2011, Stoker & De Korte 2001). Op een aantal verwante terreinen is onderzoek gedaan naar het handelen van leidinggevendens. Zo blijkt uit onderzoek naar de rol van leidinggevendens bij beslissingen over uittreding uit het arbeidsproces dat zij zich daarbij weinig op hun rol bij pensionering oriënteren en zich 'aan de zijlijn' opstellen (Henkens & Van Solinge 2003). Onderzoek naar de functieinvulling door middenmanagers laat zien dat leidinggevendens zich meer op de medewerker oriënteren dan op de vanuit de organisatie geformuleerde doelen (Stoker & De Korte 2001).

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat onderzoek wijst op toenemende reïntegratieactiviteit van werknemers en werkgevers, maar dat de mate en de aard van activiteit uiteenlopen. Op verschillende punten (opstellen plan van aanpak, reïntegratie tweede spoor, voorkomen van uitval uit het arbeidsproces) constateren onderzoekers discrepanties tussen het door de wetgever beoogde gedrag en de praktijk.

2.4.3 Referentie-eenheden

Zonder dat de term wordt gehanteerd, levert bestaand onderzoek een aantal inzichten op met betrekking tot referentie-eenheden die voor het reïntegratiegedrag van werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts van belang zijn.

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat voor zieke werknemers de sociale rol en de patiëntenrol belangrijk zijn. In het bijzonder in de eerste maanden na de ziekmelding staan de gezondheid, het herstelproces, de medische behandeling en acceptatie van leven met beperkingen centraal. Varenkamp concludeert in haar onderzoek naar werknemers met een chronische ziekte dat het zich aanpassen aan ziekte en beperkingen 'een opgave op zichzelf' is (Varenkamp 2010, 186-187, 208). Zieke werknemers oriënteren zich minder op hun werknemersrol. Meer dan op de rechten en plichten die aan die rol verbonden zijn, richten ze zich op de effecten in hun privé-situatie (Jehoel-Gijsbers & Van Deursen 2003, Knegt et al. 2004, Meershoek et al. 2000, Piek et al. 2008).

In verschillende publicaties wordt in beschrijvende zin ingegaan op de verscheidenheid van het takenpakket van leidinggevendens, dat door de veranderde wetgeving is uitgebreid (Geuns, Timmerman & Wissink 2008). Als de leidinggevende de rol van casemanager vervult, heeft hij uiteenlopende taken in het reïntegratieproces, waaronder het ondersteunen van de zieke werknemer, het toezien op de voortgang van het proces en de daarin in acht te

nemen termijnen en het regisseren van de contacten (Piek et al. 2008). In organisatieadviezen over verzuimmanagement wordt een breed scala aan taken genoemd die verschillende rollen voor leidinggevend impliceren, variërend van controlerend (vaststelling van het recht op loondoorbetaling), regisserend, begeleidend en coachend tot voorwaardenscheppend voor terugkeer in de werksituatie (Esser 2003, Verbaan 2003).

Uit publicaties over de rol van de bedrijfsarts blijkt dat deze verschillende dimensies heeft. Binnen de beroepsgroep zijn de meningen over de positionering en de primaire rol van de bedrijfsarts (de bedrijfsarts als beoordelaar, behandelaar, begeleider en adviseur) verdeeld. Critici stellen dat veranderingen in wetgeving tot gevolg hebben dat de bedrijfsarts teveel uitvoerder van poortwachtersprocedures is geworden, ten koste van preventieve taken, de begeleiding van zieke werknemers en de advisering van werkgevers in bredere zin. Zie voor standpuntbepalingen onder andere notities over de bedrijfsarts in relatie tot de eerstelijnsgezondheidszorg en over nieuwe taken en positionering van de bedrijfsarts (Van de Meer & Willems 2009, Nederlandse Vereniging van Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde 2005 en 2007) en diverse discussiebijdragen in het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde (tɓv) en Medisch Contact (zie bijvoorbeeld Algra 2004, Hoedeman, Bellink & Leenders 2004, Sorgdrager 2003). Een terugkerend thema in publicaties is de verbetering van de samenwerking tussen bedrijfsartsen en andere medische professionals bij de beoordeling, behandeling en begeleiding van zieke werknemers (zie onder andere Anema, Buijs, Van Amstel & Van Putten 2002, Buijs 2001, Van der Gulden & Nauta 2008, Post & Groothoff 2002).

Ook van buitenaf worden kritische kanttekeningen geplaatst bij de veranderde positie en rol van de bedrijfsarts. In een rapport van de SER wordt opgemerkt dat de gecompliceerde positie van de bedrijfsarts, die enerzijds vertrouwenspersoon is voor de zieke werknemer en anderzijds adviseur voor de werkgever, in de praktijk tot een spagaat kan leiden en tot lastige situaties voor de betrokkenen (Sociaal-Economische Raad 2009). In publicaties waarin het werknemersperspectief behartigd wordt, komt de klacht naar voren dat de bedrijfsarts niet onafhankelijk optreedt en zich teveel met belangen van de opdrachtgevende werkgever identificeert (Breed Platform Verzekerden en Werk 2006, Federatie Nederlandse Vakbeweging 2009). Hieraan wordt een pleidooi verbonden voor opsplitsing van de functie van bedrijfsarts in een werknemersarts (gefinancierd uit collectieve middelen, ten dienste van werknemer) en een bedrijfsarts (door werkgever gecontracteerd met het oog op advisering aan de organisatie) (Federatie Nederlandse Vakbeweging 2010). Werknemers zien de bedrijfsarts in de eerste plaats als een adviseur van de werkgever, hetgeen een afhoudende opstelling in de hand werkt (Piek et al. 2008). Daarnaast wordt opgemerkt dat een effect van de liberalisering van de arbowet, en de daardoor verscherpte concurrentie op de markt van arbodienstverlening, is dat de bedrijfsarts zich sterker richt op de eigen onderneming (Van Lieshout 2007). Tot slot komt naar voren dat de scheiding tussen de curatieve gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg, waarmee Nederland zich van andere landen onderscheidt, en de taakverdeling tussen medische professionals die hiervan het gevolg is, als belemmering wordt gezien voor de vervulling van de rol van bedrijfsarts (Buijs, Van den Heuvel & Steenbeek 2009, Van den Heuvel, Steenbeek & Buijs 2006, Willems & Doppegieter 2007, Zwart, Prins & Van der Gulden 2011).

In hoeverre verschillende rollen waarop een zieke werknemer zich kan oriënteren en de dimensies van de bedrijfsartsenrol daadwerkelijk van invloed zijn op reïntegratiegedrag, moet uit het empirisch onderzoek blijken. Tevens zal daaruit meer bekend worden over voor het reïntegratiegedrag van leidinggevendende relevante referentie-eenheden.

2.4.4 *Handelingsoriëntaties*

Ook voor handelingsoriëntaties die verband houden met reïntegratiegedrag geldt dat deze in eerdere studies niet expliciet onderwerp van onderzoek zijn geweest. Hieronder wordt samengevat welke informatie hierover in bestaande onderzoeken besloten ligt.

Uit onderzoeken komt naar voren dat denkbeelden van werknemers en werkgevers dikwijls niet overeenkomen met hetgeen met de beleidsveranderingen is beoogd. Ziekteverzuim wordt door werknemers en werkgevers niet altijd als beïnvloedbaar beschouwd (Veerman & Besseling 2001). Gezondheidsherstel wordt vaak als een noodzakelijke voorwaarde gezien voor werkhervatting. In tegenstelling tot het door de wetgever bepleite '*werken naar vermogen*' en het benutten van aanwezige arbeidsmogelijkheden, wordt gewacht met het starten van reïntegratie-activiteiten tot er sprake is van herstel en komt een zwaartepunt te liggen bij de curatieve sector (Knegt et al. 2004, Piek et al. 2008). Zowel werknemers als werkgevers vermijden het gespreksonderwerp van herplaatsing in een andere functie binnen of buiten de organisatie. Werknemers menen daarmee de kans op terugkeer in eigen werk zo groot mogelijk te houden. Werkgevers vinden het een lastig onderwerp. Ze veronderstellen dat het spreken erover de relatie met de werknemer onder druk kan zetten of ze vinden het pijnlijk omdat herplaatsing ingrijpende consequenties voor een werknemer kan hebben (Knegt et al. 2004, Meershoek et al. 2000, Piek et al. 2008, Trommel, Lantink & Svensson 2005). De oriëntatie van werkgevers op duurzame arbeidsparticipatie is niet sterk; te lang en teveel wordt ingezet op werkhervatting die op korte termijn te realiseren is, minder op duurzame oplossingen (Knegt et al. 2004, Meershoek et al. 2000, Piek et al. 2008, Trommel et al. 2005). Het voorkomen van uitval uit het arbeidsproces heeft niet altijd prioriteit. Werkgevers beschouwen ontslag tijdens de eerste twee ziektejaren (als een werknemer daarmee instemt) of na twee ziektejaren (ook al is een werknemer minder dan 35% arbeidsongeschikt) als een (formeel en moreel) juiste optie (Piek et al. 2008).

Wat normatieve rol-oriëntaties betreft komt in verschillende studies naar voren dat rolvoorschriften waarmee zieke werknemers te maken hebben complex en tegenstrijdig zijn. In het formele beleid wordt van werknemers een actieve rol verwacht, maar voorschriften richten zich op het medewerking verlenen aan reïntegratie. Werkgevers verwachten van werknemers initiatieven, maar benadrukken tegelijkertijd dat ze hun aanwijzingen moeten opvolgen (Knegt et al. 2004, Meershoek et al. 2000, Piek et al. 2008). De complexiteit van de relaties die een werknemer heeft (ten opzichte van de bedrijfsarts is hij zowel patiënt als werknemer), de verschillen in verantwoordelijkheden en de spanningen die daaruit voortvloeien, worden genoemd als reden voor een afhankelijke en afwachende opstelling van werknemers (Knegt et al. 2004, Piek et al. 2008).

Fragmentarisch blijkt uit onderzoeken iets over handelingsoriëntaties van leidinggevend. Zo blijkt dat een deel van de leidinggevend ervaar uit te gaan dat de werknemer primair verantwoordelijk is voor het reïntegratieproces; ze zien voor de werknemer en voor de overheid een rol, maar minder voor zichzelf (Petersen et al. 2004 en Verveen & Van Petersen 2007). In het onderzoek van Piek et al. wordt de rol van de leidinggevende expliciet genoemd. Ze beschouwen het als cruciaal dat leidinggevend vanaf het begin structureel contact onderhouden met de werknemer, dat er onderling vertrouwen is en dat directe communicatie en afstemming (niet alleen door middel van schriftelijke rapportages) met de bedrijfsarts plaats vindt. Een goede verstandhouding (waaraan duidelijkheid over wederzijdse verwachtingen en afspraken ten aanzien van reïntegratie bijdragen) van de werknemer en de direct leidinggevende wordt als zeer belangrijk gekwalificeerd (Piek et al. 2008).

2.4.5 Hulpbronnen

In de onderzoeksliteratuur tekent zich een aantal inzichten af met betrekking tot hulpbronnen die van belang zijn bij reïntegratiegedrag.

In diverse publicaties wordt geconstateerd dat de kennis van het verzuimbeleid bij werknemers en werkgevers onvoldoende is. Als het gaat om formele reïntegratieverplichtingen en de rolverdeling daarbij wordt melding gemaakt van informatielacunes bij zowel werknemers als werkgevers. De kennis van doelen, regels en sanctiemogelijkheden is gering en blijkt zelfs te zijn afgenomen sinds 2004 (Van Lieshout 2007, Piek et al. 2008, Verveen & Van Petersen 2007). Specifieke onderwerpen waarover weinig kennis bestaat, zijn onder andere de mogelijkheid om een deskundigenoordeel te vragen en de financiële en arbeidsrechtelijke aspecten van reïntegratie (Piek et al. 2008). Leidinggevend blijken minder kennis van wet- en regelgeving te hebben dan in eerdere jaren. Ze zijn niet altijd op de hoogte van verplichtingen inzake de probleemanalyse en het plan van aanpak. Hun kennis van wet- en regelgeving en van verantwoordelijkheden bij reïntegratie is eerder af- dan toegenomen (Van Petersen et al. 2004, Verveen & Van Petersen 2007). Werknemers weten te weinig over hun rechten en handelingsmogelijkheden. Ze hebben weinig kennis van regelgeving en verplichtingen en van mogelijkheden om de gang van zaken te beïnvloeden (Piek et al. 2008, Steenbeek, Van den Heuvel & Buijs 2006).

Formele instrumenten fungeren minder als hulpmiddel bij het handelen van werknemer en leidinggevende dan door de wetgever is voorzien, zo blijkt uit verschillende studies. De wettelijk voorgeschreven probleemanalyse en plan van aanpak worden lang niet altijd opgesteld en er wordt niet altijd een casemanager aangewezen (Ybema, Evers & Lagerveld 2006). Werkgevers ervaren probleemanalyses vaak als te beknopt en te weinig gericht op de mogelijkheden van de werknemer. Werknemers zijn van mening dat het plan van aanpak en de evaluatiemomenten hen te weinig houvast bieden en niet effectief zijn om grip te krijgen op het proces. Als er een plan van aanpak wordt opgesteld, gebeurt dit vaak zonder inbreng van de werknemer. Van de mogelijkheid een deskundigenoordeel (second opinion) aan te vragen bij het uwv wordt weinig gebruik gemaakt (Piek et al. 2008).

Knelpunten worden gesignaleerd wat betreft medische informatie en informatie over de (actuele en verwachte) inzetbaarheid van de werknemer. Doordat niet alle betrokkenen over volledige en correcte informatie beschikken en de informatie-uitwisseling niet altijd optimaal is, handelen ze op basis van verschillende gegevens (Knegt et al. 2004, Piek et al. 2008, Ybema 2005). De informatieverschillen hebben te maken met de aan de bedrijfsarts voorbehouden bevoegdheden met betrekking tot medische aspecten van ziekteverzuim. De werknemer is in de informatie-uitwisseling een cruciale schakel. Verschillende onderzoekers wijzen op het risico van tegenstrijdige adviezen, verkeerde verwachtingen, onduidelijkheid over bevoegdheden en rollen die tot informatieproblemen leiden (Buijs et al. 2009, Knegt et al. 2004, Piek et al. 2008). In de praktijk blijkt er weinig contact tussen bedrijfsarts en behandelaar. Werknemers hebben een voorkeur om de gezondheidssituatie – ook bij werkgerelateerde problemen – met de huisarts te bespreken en hebben meer vertrouwen in de steun van de huisarts of de behandelaar dan van de bedrijfsarts. Huisartsen hebben echter weinig aandacht voor de werksituatie en werkgerelateerde aspecten (Buijs et al. 2009). De samenwerking tussen bedrijfsartsen en behandelaren uit de curatieve sector laat te wensen over. Experimenten met samenwerkingsprojecten hebben niet de beoogde effecten (verbetering samenwerking, informatie-uitwisseling, meer aandacht voor arbeidsreïntegratie in de curatieve zorg) gehad (Bakker 2005, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde 2005). Ze leiden evenmin tot een significante toename van tevredenheid van werknemers (Van Amstel, Anema, Jettinghof, Verbeek, Nauta & Van Putten 2005).

Andere knelpunten wat het voorhanden zijn van informatie betreft, hebben betrekking op informatie over mogelijkheden voor werkaanpassingen die van belang kunnen zijn in het reïntegratieproces. Kennis over mogelijkheden tot aanpassing van het werk of voor passende andere functies is in grotere organisaties verspreid aanwezig. Een leidinggevende heeft – op grond van adviezen van de bedrijfsarts – inzicht in wat een werknemer kan en kent de mogelijkheden op zijn afdeling voor (tijdelijk) passend werk. Een hr-staffunctionaris heeft vaak meer zicht op functies en mogelijkheden in de organisatie als geheel (Piek et al. 2008, Timmerman et al. 2007). Deze informatie over mogelijkheden en belemmeringen voor reïntegratie wordt niet vanzelfsprekend uitgewisseld. Zo worden moeilijkheden in het functioneren van de werknemer niet altijd gesignaleerd door de werkgever c.q. leidinggevende of ze worden niet ter sprake gebracht om de zieke werknemer niet nog verder te belasten (Piek et al. 2008).

In verschillende onderzoeken wordt het ontbreken van competenties bij werknemers en leidinggevendens, met name op het communicatieve vlak, genoemd als belemmerende factor (Bosselaar & Komduur 2005, Knegt et al. 2004, Piek et al. 2008). De attitude en vaardigheden van leidinggevendens worden cruciaal genoemd voor succesvolle reïntegratie (Fermin et al. 2008). Kwaliteiten die van belang worden geacht, zijn het vermogen om met het eigen initiatief van een werknemer om te gaan en het in staat zijn om initiatieven af te stemmen met de hr-stafdienst en collega-leidinggevendens, waarbij benadrukt wordt dat een leidinggevende afhankelijk is van medewerking van anderen (Piek et al. 2008, Timmerman et al. 2007). In onderzoeken en beleidsadviezen die specifiek gericht zijn op

versterking van de positie van zieke werknemers, wordt de beperkte toerusting van werknemers als knelpunt genoemd en wordt gepleit voor meer mondigheid (*empowering*) (Van Lieshout 2007, Piek et al. 2008).

2.4.6 *Interactie*

Geen van de bestaande onderzoeken is specifiek gericht op het interactieproces en het verloop van de reïntegratie. Knegt et al. namen weliswaar verschillende stadia in het reïntegratieproces onder de loep, maar hebben ervoor gekozen één onderzoeker één type actor (dus bijvoorbeeld de zieke werknemers) te laten interviewen zonder kennis te nemen van de bevindingen van andere interviewers. Bovendien zijn voor iedere fase andere actoren geïnterviewd (Knegt et al. 2004). Desondanks zijn relevante inzichten aan deze en andere studies te ontleen die betrekking hebben op het interactieproces.

Knegt et al. constateren dat het reïntegratieproces voorspoediger verloopt ('*gladde gevallen*') naarmate de handelwijzen van de betrokken actoren beter op elkaar aansluiten. Een goede, open relatie, open communicatie, begrip en vertrouwen worden genoemd als kritische factoren. Daarbij wordt het belang benadrukt van de dialoog tussen werkgever en werknemer over wederzijdse verwachtingen, mogelijke oplossingen en consequenties van keuzes (Inspectie Werk en Inkomen (IWI) 2006, Knegt et al. 2004, Nauta & Van Sloten 2004, Piek et al. 2008). In onderzoeken worden verschillende problemen in de onderlinge communicatie gesignaleerd, die als oorzaak worden genoemd voor stagnatie. Ontoereikende communicatie en het ontbreken van uitwisseling en afstemming van verwachtingen uit angst de relatie op het spel te zetten worden als belemmeringen genoemd (Knegt et al. 2004, Piek et al. 2008, Post 2005). De verwachtingen over en weer blijken uiteen te lopen. Werkgevers benadrukken de verantwoordelijkheid van werknemers en verwachten initiatieven van hen, werknemers zien weinig mogelijkheid om invloed uit te oefenen en verwachten inspanningen van werkgevers (Meershoek et al. 2000, Piek et al. 2008). Een onderzoek naar interacties tussen bedrijfsartsen en (allochtone en autochtone) werknemers laat zien hoe verschillen in informatieverschaffing door werknemers tot meer of minder soepel verlopende communicatie leidt (Meershoek, Krumeich & Desain 2005).

Over de samenwerking van werknemers en leidinggevendenden concludeert Post in haar onderzoek, tegen de verwachting in, dat meer steun van de leidinggevende niet tot snellere werkherhvatting en dus tot bekorting van de verzuimduur leidt (Post 2005). Piek et al. rapporteren dat werknemers niet altijd steun en begrip ervaren. Ze melden dat werknemers vaak het gevoel hebben dat ze er alleen voor staan tijdens de reïntegratie; ze ervaren gebrek aan vertrouwen en ondersteuning. Werknemers die zelf initiatieven gericht op werkherhvatting nemen, ervaren niet altijd respons van de werkgever en zien voorstellen niet altijd gehonoreerd. Werknemers zijn van mening dat het contact met leidinggevendenden vooral gericht is op reïntegratie en dat ze weinig aandacht geven aan de onderlinge verhouding en de impact van langdurig verzuim daarop (Piek et al. 2008). Studies naar specifieke aspecten of interventies geven tot nu toe weinig bewijs voor bijvoorbeeld de

invloed van vroegtijdig contact tussen werknemer en werkgever of voor effecten van enige vorm van terugkeercoördinatie op de verzuimduur (Franche et al. 2005).

2.4.7 *Verzuimbeleid*

Eén van de aannames die in de veranderde beleidsfilosofie besloten liggen, is de veronderstelling dat de wet- en regelgeving werkgevers aanzet tot het ontwikkelen van verzuimbeleid binnen de eigen organisatie en dat dit bijdraagt aan het gewenste gedrag in de microsituatie. De vraag in hoeverre het verzuimbeleid van organisaties een factor is voor het meer of minder actieve reïntegratiegedrag van een werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts is tot nu toe niet in deze vorm onderzocht.

Onderzoek van Veerman en Besseling (2001) naar effecten van wetswijzigingen op het gebied van ziekteverzuim en reïntegratie – daterend van voor de invoering van de Wet verbetering poortwachter en de Wet verlenging loondoorbetaling – wijst op geringe effecten van de verplichting tot loondoorbetaling in het eerste ziektejaar op het gedrag van werkgevers. Een deel van de werkgevers was al actief bezig met arbo- en verzuimbeleid, bij anderen komt het langzaam op gang. Daarbij wordt hoog ziekteverzuim als belangrijkste reden voor het ontwikkelen van beleid genoemd. Initiatieven die op branche-niveau worden genomen (arbobeleid en arboconvenanten, regelingen en faciliteiten op gebied van arbo-, verzuim- en reïntegratiebeleid) werken maar gedeeltelijk door naar afzonderlijke bedrijven. De mogelijkheid van herverzekering van financiële risico's, waarmee het effect van de financiële prikkels wordt gedempt, blijkt in dit verband van weinig invloed te zijn (Veerman & Besseling 2001).

In hetzelfde onderzoek wordt geïnventariseerd wat er tot dan toe bekend is over de aard van het ontwikkelde verzuimbeleid binnen bedrijven. Het verzuimbeleid in organisaties heeft veelal een reactief karakter en is meer gedragsgericht en persoonsgericht dan gericht op de gezondheidsbevordering en de collectiviteit. Het accent ligt op de begeleiding nadat het ziekteverzuim zich voordoet en in mindere mate op structureel, preventief arbo- en verzuimbeleid. De contracten met arbodiensten zijn overwegend beperkt tot verzuimcontrole en -begeleiding. Er wordt door werkgevers niet veel gebruik gemaakt van mogelijkheden om werknemers via arbeidsvoorwaardelijke prikkels (wachtdagen, bonus bij laag verzuim) te bewegen tot gewenst gedrag. Financiële prikkels worden niet altijd vertaald naar de zieke werknemer, de direct leidinggevende en de stafafdelingen/-functionarissen binnen de organisatie (Veerman & Besseling 2001). Eerdere studies merken op dat een voorwaarde voor succesvol verzuimbeleid – in termen van het terugdringen van verzuimcijfers – is dat het is ingebed in het algemene bedrijfsbeleid; integraal verzuimbeleid draagt bij aan de effectiviteit van reïntegratie (Andriessen, Van Vuuren & Smulders 2004, Korver, Jettinghof, Smulders & Stark 2004, Den Uijl & Andriessen 2003, Den Uijl & Lindersvärd 2002). Bosselaar en Komduur (2005) constateren op basis van meldingen van knelpunten door werknemers dat het creëren van draagvlak in organisaties voor het verzuimprotocol en voor het opstellen van een plan van aanpak van groot belang

is voor een effectieve, gezamenlijke uitvoering van de verantwoordelijkheden bij reïntegratie.

Van Gestel (2011) verwijst naar onderzoek bij enkele tientallen private en (semi)publieke organisaties, waaruit naar voren komt dat het verzuimbeleid, naast verschillen, een aantal kenmerken gemeenschappelijk heeft. Het is gericht op het begeleiden van individuele werknemers, meer curatief dan preventief georiënteerd, meer gericht op kostenbesparingen die op korte termijn te realiseren zijn en tot slot meer gericht op gedragsverandering van werknemers dan op aanpassing van de arbeidsorganisatie. Zij verbindt hieraan de conclusie dat arbeidsorganisaties in de veranderde wet- en regelgeving niet een prikkel zien om tot een ondernemingsstrategie te komen die zich richt op de door de wetgever beoogde maatschappelijke doelen.

2.5 Conclusies

Ter afsluiting van dit hoofdstuk wordt een aantal conclusies geformuleerd. Deze vormen een uitgangspunt voor het empirisch deel van dit onderzoek.

In dit hoofdstuk is met gebruikmaking van het neo-institutionalistisch perspectief inzichtelijk gemaakt hoe individuele actoren handelingskeuzes maken en hoe deze zich verhouden tot de institutionele context waarbinnen deze tot stand komen. Toegepast op reïntegratiegedrag in situaties van langer durend verzuim, is aan de hand van concepten die zijn ontleend aan het actorgecentreerd institutionalisme geschetst hoe reïntegratiegedrag in de praktijk door allerlei omstandigheden en om uiteenlopende redenen kan afwijken van hetgeen met de veranderde wet- en regelgeving is beoogd.

Deze theoretische verkenningen onderstrepen het belang van de vraagstelling van dit onderzoek. Er zijn met de veranderingen in wet- en regelgeving doelbewust wijzigingen in de institutionele context aangebracht. Het is de vraag of werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts zich in hun gedrag in ziekteverzuimsituaties conformeren aan de geïnstitutionaliseerde verwachtingen. Zowel op organisatieniveau als op het niveau van het individuele handelen kunnen discrepanties ontstaan tussen het feitelijke gedrag en het door de wetgever nagestreefde reïntegratiegedrag. De wettelijk verankerde voorschriften vinden ten eerste op uiteenlopende wijzen een vertaling in het verzuimbeleid van organisaties. Een tweede interpretatieslag vindt plaats bij de uitleg die actoren in de microsituatie geven aan de op macro- en mesoniveau geformuleerde regels en de keuzes die actoren maken in de wijze waarop ze deze opvolgen.

Onderzoek naar reïntegratie bij ziekteverzuim is tot nu toe niet specifiek gericht geweest op het thema dat in dit onderzoek centraal staat: de ontwikkeling van het reïntegratiegedrag van de zieke werknemer, de direct leidinggevende en de bedrijfsarts, tegen de achtergrond van de bedoelingen van de wetgever. Dit maakt dat de voorhanden kennis op dit gebied summier en fragmentarisch van karakter is. Aan de hand van de kernconcepten

uit het conceptueel raamwerk is verkend wat eerder uitgevoerd onderzoek aan relevante inzichten heeft opgeleverd. Op basis daarvan wordt hieronder een aantal conclusies en verwachtingen geformuleerd.

Wat betreft de overeenstemming van feitelijk en door de wetgever gewenste reïntegratiegedrag maken eerdere onderzoeken melding van actiever reïntegratiegedrag, maar ook van inactiviteit. Dit wijst erop dat de beoogde gedragsverandering niet over de hele linie en niet in alle opzichten is gerealiseerd. Een deel van de werknemers en werkgevers laat initiatieven teveel laten afhangen van medische professionals, zo wordt vastgesteld. Niet alleen worden activiteit én inactiviteit geconstateerd, ook melden studies dat activiteit zich overwegend beperkt tot hervatting in eigen functie en in mindere mate is gericht op bemiddeling naar andere functies. Dit onderzoek moet uitwijzen of de omslag in het individuele gedrag zich in de jaren na de veranderingen in wet- en regelgeving verder voltrokken heeft. Aangenomen kan worden dat sinds de invoering van de Wet verbetering poortwachter, de verlenging van de loondoorbetalingsperiode en de WIA, die het sluitstuk vormen van de wetwijzigingen (zie PARAGRAAF 1.2), organisaties hun verzuimbeleid hierop hebben aangepast en dat hiermee inmiddels ervaring is opgedaan.

Inzake de eerste deelvraag – *hoe ontwikkelt zich het reïntegratiegedrag van een zieke werknemer, de direct leidinggevende en de betrokken bedrijfsarts in de maanden na de ziekmelding?* – laten eerdere studies veel vragen open. Ze zijn niet specifiek gericht geweest op de ontwikkeling van reïntegratiegedrag over een langere periode en op het aandeel van afzonderlijke actoren in het interactieproces. Eén van de lacunes in eerder onderzoek is bovendien dat de rol van leidinggevendens weliswaar cruciaal wordt genoemd, maar dat het feitelijk handelen van leidinggevendens weinig is onderzocht. Interessant is om vast te stellen of de gerapporteerde afwachtende houding van leidinggevendens als het gaat om overleg over uittreding van werknemers ook geldt voor het reïntegratie bij ziekteverzuim. De opzet van het veldonderzoek – longitudinaal en gericht op de interactie tussen de drie kernactoren – stelt ons in staat de dynamiek in reïntegratieprocessen en de afzonderlijke bijdragen van actoren in kaart te brengen en te analyseren. Ten aanzien van de ontwikkeling van het reïntegratiegedrag in de tijd ligt het voor de hand een verband te veronderstellen tussen de aanwezige arbeidsmogelijkheden en de mate van activiteit: naarmate er meer mogelijkheden zijn voor werkhervatting is er meer gelegenheid tot actief handelen.

Over tweede deelvraag – *welke factoren en mechanismen houden verband met variaties – zowel tussen vergelijkbare situaties als in de loop van de tijd – in reïntegratiegedrag?* – is tot nu toe niet systematisch kennis verzameld. Eerder onderzoek biedt aanknopingspunten inzake factoren die belemmerend en bevorderend zijn in het reïntegratieproces. Ten eerste zijn er aanwijzingen dat werknemers en leidinggevendens zich ook op andere rollen oriënteren dan de hen door de wetgever toebedeelde rol in het reïntegratieproces. Zo is geconstateerd dat de patiëntenrol en sociale rol voor zieke werknemers belangrijk zijn, waardoor ze zich maar in beperkte mate op de werknemersrol en bijbehorende gedragsvoorschriften oriënteren. Van leidinggevendens is opgemerkt dat ze zichzelf niet altijd de actieve, verantwoordelijke rol toekennen die ze formeel gezien dragen. Discussies

over de rol en positionering van de bedrijfsarts duiden erop dat deze rol complex en meerduidig is. Ten tweede wijzen onderzoeken erop dat denkbeelden, rolopvattingen en routines die verbonden zijn met het inmiddels gewijzigde wettelijke regime blijven voortbestaan, waardoor oude patronen voortduren. De oriëntatie op blijvende inzetbaarheid en duurzame oplossingen wordt niet sterk genoemd. Ten derde zijn verschillende knelpunten gemeld wat hulpbronnen betreft waarover actoren in het reïntegratieproces kunnen beschikken. Zo lijkt de kennis van de rechten en plichten eerder af- dan toegenomen, mogelijk door de steeds veranderde wet- en regelgeving. Formele instrumenten zoals de probleemanalyse en het plan van aanpak, die bedoeld zijn om de reïntegratie te bespoedigen, worden niet altijd gebruikt. Tot slot zijn tekortschietende competenties, informatietekorten en verschillen in toegang tot informatie genoemd als factoren die belemmerend werken in de samenwerking en tot stagnatie kunnen leiden.

Het onderzoek van Knecht et al. (2004) heeft tot nu toe het meest uitvoerig studie gemaakt van reïntegratiegedrag bij ziekteverzuim. Uit dit onderzoek komt naar voren dat problemen in de interactie oorzaak zijn van stagnaties in het reïntegratieproces. Knelpunten die gesignaleerd zijn, zijn ontoereikende onderlinge communicatie, gebrek aan openheid, te weinig gelijkgestemdheid, te weinig onderling vertrouwen en het ontbreken van uitwisselen en afstemmen van verwachtingen. Tegenover de ‘gladde gevallen’ waarin de reïntegratie voorspoedig verloopt, staan situaties waarin actoren ‘elkaar gevangen houden in inactiviteit’. Dit contrast vraagt om een nadere analyse van de dynamiek in de interactie en van de tragedie, waarbij ondanks goede bedoelingen langs elkaar heen gewerkt wordt met ongewenste uitkomsten als gevolg. Door de interactiegeoriënteerde benadering en de longitudinale opzet kan in dit onderzoek worden ingezoomd op het interactieproces.

Over de derde deelvraag – *in hoeverre zijn verschillen in het verzuimbeleid van organisaties een relevante factor voor verschillen in reïntegratiegedrag?* – is op grond van bestaand onderzoek weinig met zekerheid te zeggen. Uit onderzoek blijkt dat verzuimbeleid van organisaties van karakter verschilt. Aangenomen kan worden dat naarmate een organisatie in het verzuimbeleid meer nadruk legt op het belang van reïntegratie en inzetbaarheid, een betere basis wordt gelegd voor actief reïntegratiegedrag van werknemers en leidinggevende dan in organisaties waarvan het verzuimbeleid een meer reactief karakter heeft. Voorts is de mate van inbedding van het verzuimbeleid in het algemene bedrijfsbeleid als factor genoemd: naarmate verzuimbeleid meer geïntegreerd is, zou het succesvoller zijn in termen van het terugdringen van verzuimcijfers en de effectiviteit van reïntegratie. Of deze verbanden in de praktijk kunnen worden vastgesteld, zal moeten blijken uit vergelijking van reïntegratiegedrag in organisaties die in deze opzichten van elkaar verschillen.

De ambitie is om met dit onderzoek te komen tot een aanscherping en uitbreiding van de bestaande kennis van reïntegratie bij langer durend ziekteverzuim en tot een samenhangende beantwoording van de onderzoeksvragen. Voorafgaand aan het empirische deel van het onderzoek wordt in het volgende hoofdstuk een beschrijving en verantwoording gegeven van de onderzoeksopzet.

3 Verantwoording van het empirisch onderzoek

3.1 Inleiding

Het overzicht van de stand van het wetenschappelijk onderzoek (zie PARAGRAFEN 2.4 EN 2.5) laat zien dat de kennis van reïntegratiegedrag bij langer durend ziekteverzuim beperkt is. Eerder verrichte studies maken melding van verschillen in activiteit en geven indicaties van factoren die daarmee samenhangen, maar een systematische verkenning van wat er zich in de maanden na de ziekmelding tussen werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts afspeelt, ontbreekt tot nu toe. Het empirisch deel van deze studie beoogt inzicht te bieden in reïntegratiegedrag in situaties van langer durend verzuim en in factoren en mechanismen die daarmee verband houden, in het bijzonder in de rol van het verzuimbeleid van organisaties.

In het veldonderzoek wordt aan de hand van elf casussen, verdeeld over twee organisaties, van nabij gevolgd wat er na de ziekmelding gebeurt. Tijdens een periode van negen maanden na de ziekmelding worden de drie actoren op drie momenten geïnterviewd. Deze interviews zijn de basis om, met gebruikmaking van de in het vorige hoofdstuk uitgewerkte theoretische concepten, te analyseren hoe het reïntegratiegedrag van de drie kernactoren zich in deze ziekteverzuimsituaties ontwikkelt en in hoeverre het overeenkomt met het door de wetgever beoogde gedrag.

Dit hoofdstuk beschrijft eerst de aard, opzet en uitvoering van het veldonderzoek en geeft een methodologische verantwoording van daarin gemaakte keuzes. In het tweede deel worden de in het onderzoek betrokken organisaties, de geïnterviewden en de casussen gekarakteriseerd. Deze achtergrondinformatie dient als voorbereiding voor de HOOFDSTUKKEN 4, 5 en 6 waarin, geordend naar de drie momenten waarop de interviews zijn gehouden, de resultaten van het veldonderzoek worden gepresenteerd.

In de volgende paragrafen komen om te beginnen het onderzoeksontwerp (PARAGRAAF 3.2) en de dataverzameling en -analyse (PARAGRAAF 3.3) aan de orde. Vervolgens wordt een profiel van de casussen geschetst, zowel van de twee organisaties die medewerking hebben verleend als van de elf afzonderlijke casussen (PARAGRAAF 3.4). Tot slot wordt een toelichting gegeven op de presentatie van de onderzoeksresultaten in de volgende hoofdstukken (PARAGRAAF 3.5).

3.2 Onderzoeksontwerp

3.2.1 Type onderzoek

De aard van de centrale vraagstelling van dit onderzoek in combinatie met de beperkte kennis hierover, vragen om een kwalitatief onderzoeksontwerp (Boeije 2005, Wester & Peters 2004). Meer specifiek gaat het om een *explorerend onderzoek*, waarin is gekozen voor een *grounded* benadering. Een meervoudige *casestudy* met een longitudinale opzet maakt het mogelijk verschillen in en de ontwikkeling van reïntegratiegedrag in de maanden na de ziekmelding te analyseren. Verschillende aspecten van het ontwerp worden hieronder uitgewerkt.

Om een aantal redenen is gekozen voor een explorerend onderzoek met een *grounded* aanpak. Een open, verkennende benadering is geïndiceerd, omdat de voorhanden kennis over het reïntegratiegedrag in de microsituatie beperkt en fragmentarisch is (zie PARAGRAAF 2.5). Bestaand onderzoek levert weliswaar aanknopingspunten voor de beantwoording van de vraag die in dit onderzoek centraal staat, maar er kan niet worden voortgebouwd op systematische kennis van reïntegratiegedrag bij ziekteverzuim en van geïdentificeerde variabelen die daarop van invloed zijn. De *grounded* aanpak, die bekend is uit de *grounded theory*-benadering, past bovendien bij het voornemen om de wijzen waarop geïnterviewden zelf betekenis verlenen aan de situatie en aan hun handelen als vertrekpunt te nemen (Boeije 2005). De respondenten worden uitgenodigd om de situatie, hun eigen handelen en dat van de anderen te beschrijven en hun zienswijze daarop uiteen te zetten. De analyses van het empirisch materiaal verlopen op inductieve wijze. Via een proces van ordenen en categoriseren, en van vergelijking van overeenkomsten en verschillen, zowel tussen de casussen ten opzichte van elkaar als tussen feitelijk en beoogd reïntegratiegedrag worden de data geanalyseerd (zie SUBPARAGRAAF 3.3.2). Het conceptueel raamwerk is gebruikt bij de interpretatie van de uitkomsten.

Het veldonderzoek heeft de vorm van een meervoudige *casestudy*. Dat wil zeggen dat het bestaat uit de intensieve bestudering van het reïntegratiegedrag in een serie casussen (Hutjes & Van Buuren 2007, Yin 2003). Een casus wordt gevormd door een ziekteverzuimsituatie waarin sprake is van langer durend verzuim en waarin de drie kernactoren – zieke werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts – worden geacht met elkaar toe te werken naar de terugkeer van de werknemer in het arbeidsproces. Dit betekent dat voor een interactieperspectief is gekozen: het reïntegratiegedrag van actoren wordt niet geïsoleerd, maar in de context van de onderlinge interactie bestudeerd, inclusief de effecten die het handelen van betrokkenen heeft op elkaars gedrag. Door meerdere casussen te bestuderen, is het mogelijk het reïntegratiegedrag in verschillende casussen te vergelijken en zodoende zicht te krijgen op de variatie in reïntegratiegedrag en op factoren en mechanismen die daarmee verband houden. Door casussen te onderzoeken die afkomstig zijn uit organisaties die verschillen qua verzuimbeleid, is na te gaan in hoeverre verschillen in reïntegratiegedrag op microniveau samenhangen met verschillen in verzuimbeleid op het mesoniveau van organisaties.

Het kunnen volgen van de ontwikkeling in het reïntegratiegedrag vereist een longitudinale aanpak. In elke casus worden werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts in een tijdsbestek van negen maanden op drie momenten geïnterviewd. De beperking tot de eerste negen maanden van het ziekteverzuim is gebaseerd op de overweging dat de wettelijk vastgelegde gedragsvoorschriften met name betrekking hebben op de eerste maanden na de ziekmelding. Deze beginfase wordt bovendien als cruciaal aangemerkt voor wat betreft de kansen op werkhervatting (o.a. Knegt et al. 2004). Een andere afweging hierbij is dat zich *na* het eerste ziektejaar veranderingen voordoen (teruggang in loon van 100% naar 70%, nadrukkelijker aandacht voor reïntegratie via het tweede spoor, geleidelijk in zicht komen van het moment waarop een wia-aanvraag moet worden ingediend), die mogelijk een andere dynamiek teweeg brengen in het samenspel tussen werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts. Dit deel van het reïntegratietraject valt dan ook buiten het bestek van dit onderzoek.

Gelet op de voor het onderzoek beschikbare tijd, is ervoor gekozen het aantal interviewmomenten tot drie te beperken. Op de volgende momenten worden de variaties en veranderingen in reïntegratiegedrag in de casussen onderzocht:

- Het eerste moment is rondom de vierde week na de ziekmelding. Dit betekent dat de interviews plaatsvinden voorafgaand aan het moment waarop de probleemanalyse (zesde week na de ziekmelding) en het plan van aanpak (achtste week na de ziekmelding) dienen te worden opgesteld.
- Het tweede moment is omstreeks de zestiende week na de ziekmelding. In deze fase is er contact met de bedrijfsarts geweest en moet de leidinggevende met de werknemer – op basis van de door de bedrijfsarts gemaakte probleemanalyse – een plan van aanpak hebben opgesteld, waarin een traject is uitgezet en afspraken zijn vastgelegd. Bij de start van het onderzoek was er een formeel moment in de vorm van een melding aan het uwv in de dertiende week na de ziekmelding, maar deze verplichting is komen te vervallen.
- Het derde moment is omstreeks de 36^e week na ziekmelding. Verwacht mag worden dat uitvoering is gegeven aan hetgeen in het plan van aanpak is afgesproken en dat er reïntegratie-initiatieven zijn genomen die passen bij de mogelijkheden voor terugkeer in de arbeidssituatie.

Op basis van de opeenvolgende interviews kan een nauwkeurig beeld ontstaan van de ontwikkeling van het reïntegratiegedrag in de drie fasen.

De gekozen onderzoeksopzet betekent dat het reïntegratieproces in *real time*, van binnen uit en in de natuurlijke context wordt gevolgd. Waar eerder onderzoek in hoofdzaak gebaseerd was op uitspraken die geïnterviewden in retrospectief over de reïntegratie doen, wordt in dit onderzoek de ontwikkeling van het reïntegratiegedrag gedurende negen maanden gevolgd. Weliswaar is er geen sprake van doorlopende waarnemingen, maar de verwachting is dat de meetmomenten voldoende op elkaar aansluiten om de continuïteit in het proces te kunnen volgen. Een kanttekening bij de onderzoeksopzet is dat ook in dit onderzoek het reïntegratiegedrag niet rechtstreeks geobserveerd wordt, maar indirect wordt gemeten op basis van uitlatingen in de interviews. De onderzoeksopzet maakt

triangulatie mogelijk: zowel uitspraken van verschillende actoren over dezelfde situatie als uitspraken van dezelfde actor op meerdere momenten kunnen met elkaar te worden geconfronteerd en worden onderzocht op consistentie. In het vervolg van dit hoofdstuk (zie SUBPARAGRAAF 3.3.3) komt dit aspect nader aan de orde.

Voorafgaand aan de uiteenzetting van de wijze van dataverzameling en data-analyse (zie PARAGRAAF 3.3), wordt eerst in de volgende subparagrafen de selectie van casussen toegelicht en verantwoord.

3.2.2 *Selectie van organisaties*

Zoals is geschetst, is gekozen voor een onderzoeksontwerp met meerdere casussen, uit organisaties die qua verzuimbeleid van elkaar verschillen. Hieronder wordt uiteengezet hoe met het oog op de derde deelvraag – *in hoeverre zijn verschillen in het verzuimbeleid van organisaties een relevante factor voor verschillen in reïntegratiegedrag?* – organisaties geselecteerd zijn. De aanvankelijke opzet ging uit van meerdere organisaties. Dit is later, met het oog op de beschikbare tijd, beperkt tot twee.

Eén van de aannames in de veranderde beleidsfilosofie (zie PARAGRAAF 1.3 en 1.4) is de veronderstelling dat de wetgeving aanzet tot actief verzuimbeleid op organisatieniveau en dat dit vervolgens, als intermediaire factor, resulteert in het gewenste reïntegratiegedrag op microniveau. Of de aard van het verzuimbeleid een factor is in het realiseren van het beoogde reïntegratiegedrag in de microsituatie, zal blijken uit de vergelijking van casussen die afkomstig zijn uit organisaties die qua verzuimbeleid verschillen. Gezocht is naar organisaties waarvan het verzuimbeleid zodanig contrasteert, dat te verwachten is dat zich verschillen voordoen in het reïntegratiegedrag in casussen die uit de twee organisaties afkomstig zijn. Door organisaties te selecteren die qua verzuimbeleid van elkaar verschillen en die in andere opzichten, zoals organisatiegrootte, type werk en soorten functies, vergelijkbaar zijn, is na te gaan of verschillen in waargenomen gedrag samenhangen met verschillen in verzuimbeleid.

Bij het benaderen van geschikte organisaties is met een aantal restricties rekening gehouden. In de eerste plaats is besloten alleen organisaties in het onderzoek te laten participeren die de verzuimbegeleiding en reïntegratie van zieke werknemers in eigen beheer uitvoeren. De reden hiervoor is dat met dit type verzuimbeleid alle elementen (de formele verantwoordelijkheid, financiële aspecten, de feitelijke begeleiding en de zeggenschap over arbeidsomstandigheden en reïntegratiemogelijkheden) binnen de organisatie zijn georganiseerd (Veerman & Besseling 2001). In de tweede plaats is gezocht naar organisaties waarin de direct leidinggevende belast is met de reïntegratie van de zieke werknemer, daarbij geadviseerd en ondersteund door een bedrijfsarts. Het geheel of gedeeltelijk uitbesteden van de verantwoordelijkheid voor verzuimbegeleiding en reïntegratie aan een gespecialiseerde externe partij, al dan niet gecombineerd met een verzekering tegen de financiële gevolgen van ziekteverzuim, maakt dat de

verantwoordelijkheden verspreid zijn en brengt een andere dynamiek met zich mee. Organisaties met dit type verzuimbeleid (het verzekeringsmodel, in tegenstelling tot het eigen regiemodel, Piek et al. 2008) maken daarom geen deel uit van dit onderzoek. Ten derde is het noodzakelijk dat het personeelsbestand van een organisatie van een zodanige omvang is, dat zich naar verwachting voldoende situaties van langer durend verzuim voordoen. Tot slot is een cruciaal criterium de bereidheid van verantwoordelijke personen in de organisaties om medewerking te verlenen aan het onderzoek.

Op een congres en via een netwerk van hr-professionals in de noordelijke regio's zijn contacten gelegd met organisaties die voor het onderzoek in aanmerking komen. Met name organisaties binnen de zorgsector bleken geschikt om te benaderen. De zorgsector behoort met een gemiddeld ziekteverzuimcijfer van ongeveer 5% tot de sectoren met een relatief hoog ziekteverzuim (zie de achtereenvolgende edities van de *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden*, zie ook Reijnga, Zwinkels & Van Vuuren 2004). De terugdringing van het ziekteverzuim is een belangrijk aandachtspunt, zowel in het overleg van sociale partners over cao-afspraken en arboconvenanten als voor afzonderlijke zorginstellingen. Dit maakt de zorgsector tot een geschikt veld om het empirisch onderzoek uit te voeren. Daar komt de praktische overweging bij dat er binnen deze sector organisaties zijn met een schaalgrootte die nodig is om binnen de geplande onderzoeksperiode gegarandeerd een serie geschikte casussen te verkrijgen. Na een eerste beoordeling van het verzuimbeleid van enkele organisaties (aan de hand congrespresentaties en uitingen op websites) zijn vervolgsafspraken gemaakt. Dit heeft erin geresulteerd dat twee zorginstellingen in het noorden van het land bereid zijn gevonden om medewerking te verlenen aan het onderzoek.

Aan het management van de twee organisaties is, op basis van oriënterende gesprekken met contactpersonen, een uitgewerkt onderzoeksprotocol voorgelegd. Na de formele toestemming zijn afspraken gemaakt over de te volgen procedures, de communicatie binnen de organisaties en de wijze van terugkoppeling. Daarmee zijn de voorwaarden gecreëerd om te starten met de uitvoering van het onderzoek. Eén van de twee organisaties is na de interviews van de eerste casus afgevallen. Deze eerste casus is niet meegenomen in de analyse, maar als proefcasus gebruikt in de oriënterende fase van het onderzoek. Het stagneren van de interviews in deze organisatie had niet te maken met het verloop van het onderzoek. Veranderingen in de interne organisatie, waaronder in de bedrijfs-geneeskundige zorg, en een ingrijpende verhuizing maakten dat er minder ruimte was voor participatie in het onderzoek dan aanvankelijk was ingeschat. Nadat duidelijk was geworden dat uit deze organisatie geen nieuwe casussen te verwachten waren, is met succes een derde organisatie benaderd. Het verzuimbeleid van deze derde organisatie contrasteert op vergelijkbare wijze als van de organisatie die is afgevallen met de andere organisatie in dit onderzoek (zie voor een beschrijving SUBPARAGRAAF 3.4.2). Op dat moment is besloten, gezien de voor het veldonderzoek resterende tijd, het onderzoek tot deze twee organisaties te beperken.

De twee organisaties waarin het onderzoek is uitgevoerd, werken met dezelfde bedrijfsarts. Dit is niet op voorhand een doelbewuste keuze geweest. Dat in het onderzoek slechts één bedrijfsarts betrokken is, betekent dat geen inzicht ontstaat in mogelijk uiteenlopende handelwijzen van bedrijfsartsen en effecten daarvan op het interactieproces. Verderop in dit hoofdstuk (zie PARAGRAAF 3.4) volgt een typering van beide organisaties en wordt de betrokken bedrijfsarts geïntroduceerd.

3.2.3 *Selectie van ziekteverzuimsituaties*

Aansluitend bij de gekozen onderzoeksopzet zijn beslissingen genomen over het aantal te selecteren casussen en de te hanteren selectiecriteria. De wijze van rekrutering van casussen is in overleg met de contactpersonen van de organisaties en de bedrijfsarts tot stand gekomen. De belangrijkste aspecten van de casusselectie en rekrutering worden hieronder beschreven.

In de aanvankelijke onderzoeksopzet was het plan twaalf tot vijftien casussen te onderzoeken, verspreid over meerdere organisaties. Dit voornemen was gebaseerd op een inschatting van het aantal geschikte casussen dat zich binnen enkele maanden in een organisatie zou aandienen en van de tijd die per interview gemoeid is met het afnemen en verwerken ervan. Uitgegaan is van een – binnen de geplande onderzoeksperiode – maximaal haalbaar geacht aantal interviews van rond de honderd. Rekening houdend met mogelijke uitval zou dit voldoende casussen opleveren om op verantwoorde wijze de variatie in reïntegratiegedrag te kunnen analyseren, zo is aangenomen. Toen in de eerste organisatie stagnatie bleek op te treden, werd duidelijk dat het voltooiën van series van vier of vijf interviews in meerdere organisaties teveel tijd in beslag zou gaan nemen. Mede omdat de uitval in reeds gestarte casussen tot dan toe gering was, is lopende het onderzoek besloten te volstaan met elf casussen, verspreid over twee organisaties.

Het primaire criterium bij de selectie van casussen is of de ziekteverzuimsituatie past in de categorie langer durend verzuim, dat wil zeggen dat het ziekteverzuim niet binnen enkele weken zal eindigen. Uitgangspunt is dat iedere ziekteverzuimsituatie in aanmerking komt waarvan de bedrijfsarts bij het eerste consult verwacht dat het verzuim meerdere weken zal duren en dat terugkeer (hetzij in de eigen functie, hetzij op andere wijze) in het arbeidsproces op termijn mogelijk is. Noch de vraagstelling van het onderzoek, noch de resultaten van eerder onderzoek geven aanleiding voor een inperking naar bijvoorbeeld verzuimredenen (de aard van de gezondheidsproblemen, al dan niet werkgerelateerde oorzaken). Het is niet mogelijk op voorhand te selecteren op verschillen in reïntegratiegedrag, aangezien informatie hierover pas beschikbaar komt in de interviews.

Er zijn drie redenen om een bepaald type ziekteverzuimsituatie uit te sluiten van het onderzoek. Ten eerste worden situaties waarin vanaf het begin vast staat dat er geen perspectief op reïntegratie is niet in het onderzoek betrokken, omdat hierin geen sprake zal zijn van reïntegratiegedrag. In de tweede plaats worden situaties waarin er geen

sprake (meer) is van een dienstverband of waarin een werknemer aanspraak maakt op een ziektebewaakt uitgesloten, aangezien hiervoor andere wettelijke bepalingen gelden. Dit onderzoek beperkt zich tot situaties waarbij sprake is van een arbeidsrelatie en voor de werkgever de loondoorbetalings- en reïntegratieverplichting geldt. Tot slot is met het oog op de vergelijkbaarheid van casussen uit de twee organisaties besloten het onderzoek toe te spitsen op de intramurale zorg en ziekmeldingen van werknemers werkzaam in de extramurale zorg (in een van beide organisaties) buiten beschouwing te laten. Er is naar gestreefd om alle ziekteverzuimsituaties die aan de gestelde eisen voldoen in het onderzoek te betrekken, tot het moment waarop het benodigde aantal casussen is verkregen.

Over de wijze van rekruteren zijn in beide organisaties vergelijkbare afspraken gemaakt. De procedure is dat de bedrijfsarts vanaf het startmoment iedere werknemer waarvan bij het eerste consult de inschatting is dat het ziekteverzuim langer dan een aantal weken kan gaan duren, vraagt deel te nemen aan het onderzoek. Na de positieve reactie geeft de bedrijfsarts de contactgegevens van de werknemer door en ontvangt de werknemer per brief informatie over het onderzoek. Voorafgaand aan het eerste interview is uitleg gegeven over het onderzoek en is expliciet schriftelijk toestemming gevraagd. Meteen na het eerste interview met de werknemer is de betrokken leidinggevende gevraagd mee te werken. Alle leidinggevendenden zijn al eerder door het management geïnformeerd over de opzet van het onderzoek. Voor het slagen van het onderzoek is een goede respons, zowel qua bereidheid om in het onderzoek te participeren als in de zin van openheid waarmee respondenten zich uiten, van groot belang.

3.3 Dataverzameling en data-analyse

3.3.1 Dataverzameling

In de voorfase van het veldonderzoek zijn enkele oriënterende interviews gehouden. Gesproken is met werknemers uit respectievelijk een vleesverwerkend bedrijf en een apotheek. Verder zijn een bedrijfsarts en een manager van de belastingdienst geïnterviewd. Deze proefinterviews hadden ten doel het onderzoeksterrein te verkennen en passende onderzoeksmethoden te bepalen. Ook de interviews in de eerste casus, afkomstig uit de organisatie waarmee de samenwerking niet is gecontinueerd, worden beschouwd als onderdeel van het vooronderzoek. Deze oriënterende fase is belangrijk geweest bij het uitwerken van het onderzoeksprotocol, het ontwikkelen van een topiclijst en het uitproberen van technische middelen bij het afnemen van interviews. Op deze manier hebben ze een basis gelegd voor een systematische opzet van de dataverzameling.

In de geselecteerde organisaties zijn na de formele akkoordverklaring door het management gesprekken gevoerd met sleutelpersonen (lijnmanagers en verzuimfunctionarissen) met als doel nadere informatie te verzamelen over het verzuimbeleid van de organisatie. Verder zijn documenten geraadpleegd (beleidsnota's, jaarverslagen, interne notities,

personeelsbladen). Nadat op deze wijze een beeld is gevormd van de kaders waarbinnen werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts worden geacht te handelen, is gestart met de interviews.

Overeenkomstig het explorerende karakter van het onderzoek is gekozen voor *face to face* interviews, met een open, half gestructureerd karakter (Boeije 2005). De geïnterviewden krijgen op deze manier ruimte om in eigen bewoordingen hun verhaal over de ziekteverzuimsituatie en de reïntegratie te doen. Voor de drie actoren is dezelfde topiclijst als uitgangspunt genomen. De onderwerpen van deze lijst zijn ontwikkeld en uitgeprobeerd in de oriënterende fase van het onderzoek. Hantering van één topiclijst als basis waarborgt dat in de interviews dezelfde aspecten aan de orde komen, al varieert het verloop van de interviews en daarmee de volgorde waarin thema's naar voren komen.

De topiclijst is gedurende de periode van de interviews op onderdelen aangevuld en is bovendien bij de vervolginterviews steeds voorzien van voor de betreffende casus of persoon specifieke aandachtspunten, als geheugensteun om op bijzonderheden terug te komen. De interviews kennen een opbouw waarin de accenten per interviewronde verschillen. In de eerste interviewronde zijn de geïnterviewden, na een standaardintroductie met een korte schets van het onderzoeksthema, uitgenodigd te vertellen over het ziekteverzuim en initiatieven gericht op werkhervatting. Het accent ligt op de eerste contacten tussen werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts en op de wijze waarop terugkeer in de werksituatie hierin aan de orde is gesteld. In de tweede interviewronde komen de adviezen van de bedrijfsarts en de reïntegratie-inspanningen van werknemer en leidinggevende uitgebreid ter sprake en wordt gevraagd naar probleemanalyse en plan van aanpak. De derde interviewronde staat in het teken van het verloop van de reïntegratie en van een terugblik op de ziekteverzuimperiode en het reïntegratieproces. Ook wordt gevraagd hoe men de medewerking aan het onderzoek en het verloop van de gesprekken heeft ervaren. De uiteindelijke overallversie van de topiclijst (samengesteld uit alle items die in de drie opeenvolgende interviews aan bod komen) is als bijlage opgenomen (zie BIJLAGE I: *Topiclijst*).

Om bij de data-analyse terug te kunnen grijpen op het oorspronkelijke interviewmateriaal, zijn de interviews digitaal (in de vorm van mp3-bestanden) vastgelegd. De audio-opnames zijn vervolgens omgezet in integrale transcripties. Direct na de interviews zijn bovendien observaties (onder andere non-verbale aspecten, omgevingsfactoren) en eerste impressies vastgelegd in memo's. Van relevante documenten (met name spreekuurrapportages) die tijdens interviews zijn ingezien, zijn aantekeningen gemaakt. Deze tekstbestanden vormen het basismateriaal in het analyseproces.

3.3.2 Data-analyse

Na de eerste interviewronde is met de kwalitatieve data-analyse gestart. Zoals gebruikelijk bij kwalitatief onderzoek, zijn dataverzameling en data-analyse in dit onderzoek geen strikt gescheiden en opeenvolgende fasen, maar lopen ze in elkaar over en wisselen elkaar af.

Hieronder wordt uiteengezet hoe de inductieve aanpak van het coderen van het onderzoeksmateriaal wordt gecombineerd met de methode van constante vergelijking (Boeije 2005).

Bij het coderen van het interviewmateriaal, op basis van de integrale transcripties, is gebruik gemaakt van MAXQDA, een softwareprogramma voor de analyse van kwalitatieve data. Met behulp van dit programma zijn codes toegekend aan tekstfragmenten. Op deze wijze vormen zich op basis van de respons van de geïnterviewden in eerste instantie een groot aantal codes van uiteenlopende aard. Het coderingsproces bestaat vervolgens uit de ordening en clustering van codes. Door codes logisch te rangschikken, waar nodig te differentiëren en waar mogelijk samen te voegen, ontstaat geleidelijk een geordende structuur van hoofdcodes en subcodes. Codes kunnen betrekking hebben op beschrijvingen van het eigen reïntegratiegedrag of dat van andere actoren, of op overwegingen die daarbij worden gegeven. Ook kunnen codes worden toegekend aan opvallende uitdrukkingen, zoals de door werknemers veelvuldig gebruikte term 'doorgaan'. Andere codes verwijzen bijvoorbeeld naar fasen of aspecten van het reïntegratieproces. Zo zijn er codes die betrekking hebben op momenten en fasen in het proces van ziekteverzuim en reïntegratie (ontstaan van gezondheidsklachten, moment van ziekmelding, eerste contacten tussen zieke werknemer en leidinggevende, eerste contact met de bedrijfsarts, probleemanalyse en plan van aanpak, eerste initiatieven voor hervatting, et cetera) en op actoren die bij het verzuim en de reïntegratie betrokken zijn (naast de drie kernactoren bijvoorbeeld de behandelaar uit de medisch-curatieve sector, hr-functionaris, arbeidsdeskundige). Aan de hand van de codes 'Verzuimvisie / beleid organisatie' en 'Opvattingen over ziekteverzuim' zijn interviewfragmenten gerubriceerd die uitlatingen, hetzij in meer feitelijke zin, hetzij in de meningsfeer, over dit thema bevatten. Subcodes verwijzen naar deelaspecten of subtypen van de hoofdcodes (bijvoorbeeld verschillende soorten behandelaars) of naar verschillende waarden (inhoudelijke kwalificaties). Op deze manier ontstaat geleidelijk een samenhangend codesysteem, dat gedurende het proces van codering voortdurend heroverwogen, verfijnd en aangescherpt is.

Aan de hand van de methode van constante vergelijking zijn vervolgens de verschillen in reïntegratiegedrag en de factoren en mechanismen die daarmee verband houden in kaart gebracht. Door systematische vergelijkingen, zowel *tussen* casussen als *binnen* casussen (op verschillende meetmomenten), zijn overeenkomsten en verschillen in reïntegratiegedrag vastgesteld en is zicht verkregen op de ontwikkeling van reïntegratiegedrag in de loop van de maanden. Nagegaan is met welke kenmerken de overeenkomsten en verschillen in reïntegratiegedrag samenhang vertonen. In het bijzonder is gekeken naar verschillen in reïntegratiegedrag die verband houden met verschillen in het verzuimbeleid van de organisaties waaruit de casussen afkomstig zijn. Daarbij is gelet op het al dan niet aanwezig zijn van het wettelijk voorgeschreven plan van aanpak: in hoeverre verschillen casussen uit beide organisaties op dit punt, is er samenhang met verschillen in reïntegratiegedrag? Ook in deze fase is het programma MAXQDA een belangrijk hulpmiddel. Het verschaft overzicht over de onderzoeksgegevens (fragmenten zijn met behulp van de *retrieve*-functie via allerlei ingangen op te zoeken en te ordenen) en geeft aanknopingspunten voor de

interpretatie ervan (Boeije 2005, Wester & Peters 2004). In het analyseproces zijn uitkomsten samengevat in tabellen. Deze zijn zowel analyse-instrument (voor de ordening van het materiaal en het verkrijgen van inzicht in overeenkomsten en verschillen) als een middel bij de presentatie van de onderzoeksresultaten. In de tabellen gaat het niet om frequenties of percentages, maar om een inhoudelijke weergave van de variatie in reïntegratiegedrag en van bepaalde kenmerken. Verhoudingen (meer / minder) spelen wel een rol bij de vraag naar de samenhang van verschillen in reïntegratiegedrag met de herkomst uit de twee organisaties die verschillen qua verzuimbeleid.

Het conceptueel raamwerk (zie PARAGRAAF 2.3) is een hulpmiddel om tot betekenisvolle interpretaties van de onderzoeksgegevens te komen (Boeije 2005). Het raamwerk fungeert dus niet als een variabelenmodel dat empirisch getoetst wordt. De kernconcepten hebben een heuristische functie, dat wil zeggen dat ze een kapstok bieden voor een theoretische interpretatie van bevindingen. Aan de hand van deze concepten is nagegaan of geconstateerde overeenkomsten en verschillen te maken hebben met verschillen in handelingsoriëntaties, met verschillende benutting van hulpbronnen en met het verloop van de interactie tussen de drie kernactoren.

De data-analyse leidt in een zich herhalend proces, waarin resultaten op verschillende manieren gerepliceerd worden (Yin 2003), tot een samenhangende interpretatie die een plausibel antwoord moet bieden op de onderzoeksvragen naar de variatie in reïntegratiegedrag en naar factoren en mechanismen die verband houden met verschillen, zowel tussen reïntegratiegedrag in de casussen ten opzichte van elkaar, als tussen het feitelijk waargenomen gedrag en het door de wetgever beoogde gedrag.

3.3.3 Betrouwbaarheid en validiteit

Op verschillende wijzen is ernaar gestreefd de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te maximaliseren. In de eerste plaats is dit gedaan door weloverwogen keuzen te maken wat het onderzoeksontwerp en de wijze van casusselectie betreft, zoals hiervoor is beschreven (zie SUBPARAGRAFEN 3.2.2 en 3.2.3). Ten tweede zijn zowel in het proces van dataverzameling als dat van data-analyse systematische werkwijzen gehanteerd, gevolgd door procedures geëxpliciteerd en zodoende inzichtelijk gemaakt. De belangrijkste aandachtspunten worden hieronder toegelicht, gevolgd door een aantal opmerkingen over de reikwijdte van de uitkomsten van het onderzoek.

In het proces van dataverzameling is geprobeerd vertekende invloeden als gevolg van sociaal-wenselijke reacties of door het optreden van testeffecten te minimaliseren. Het is niet uit te sluiten dat geïnterviewden legitimerende antwoorden geven in interviews; elementen van rationalisering en zelflegitimering zijn onvermijdelijk in een onderzoeksopzet waarin de meting van gedrag gebaseerd is op zelfrapportages. Door de gekozen onderzoeksopzet is het mogelijk systematisch de uitlatingen van de drie kernactoren over dezelfde situaties met elkaar te confronteren, waarmee een zekere mate van verificatie

mogelijk is. Een risico is verder de beïnvloeding van het reïntegratiegedrag door het onderzoek zelf (het testeffect), bijvoorbeeld doordat respondenten zodanig rekening houden met het onderzoek dat het van invloed is op hun gedrag, is niet helemaal uit te sluiten. Een ander risico is dat de onderzoeker zelf een factor wordt in de interactie, bijvoorbeeld doordat geprobeerd wordt via de interviewer invloed uit te oefenen of informatie te verkrijgen over wat anderen gezegd hebben. Dit vereist dat de vertrouwelijkheid van de interviews scherp wordt bewaakt. Verder kan een te sterk geïnvolveerd raken bij de situaties die in het onderzoek centraal staan tot vertekeningen in de dataverzameling leiden. Reflectie op de eigen rol en de adequate inzet van onderzoekstechnieken kunnen dit tegengaan.

Ook in de data-analyse zijn keuzes gemaakt om tot betrouwbare en valide uitkomsten te komen. De interactiegeoriënteerde aanpak en de longitudinale opzet van het onderzoek bieden mogelijkheden om *checks* uit te voeren op de analyse van gegevens. Uitspraken van respondenten uit dezelfde casus zijn door onderlinge vergelijking op consistentie gecontroleerd. In vervolginterviews zijn onduidelijkheden over bepaalde situaties opnieuw ter sprake gebracht, zodat een preciezer en completer beeld is ontstaan. Vervolgens zijn bij het interpreteren van gegevens voortdurend controles uitgevoerd. Interpretaties zijn aangevuld en gepreciseerd, totdat ze op alle data, inclusief die van casussen die afwijken van hoofdpatronen, passen (Hutjes & Van Buuren 2007). Deze procedure van confrontatie van voorlopige bevindingen met onderzoeksgegevens uit een eerdere of latere fase leidt in een iteratief proces uiteindelijk tot een samenhangend antwoord op de centrale vraagstelling.

Inherent aan de gekozen opzet van het onderzoek en het *in vivo*-karakter ervan, is dat het onderzoeksproces niet een op voorhand gecontroleerd en gestandaardiseerd verloop kent. In de volgende hoofdstukken wordt op een aantal momenten nader geëxpliciteerd hoe het proces van het geleidelijk uitbouwen van de analyses is verlopen en welke stappen daarin zijn gezet. Zo wordt de wijze van classificeren van reïntegratiegedrag beschreven in de RESULTATENHOOFDSTUKKEN 4, 5 en 6 en toegelicht en verantwoord in bijlagen (zie de BIJLAGEN II tot en met V), zodat controleerbaar is hoe de indelingen tot stand zijn gekomen. In de presentatie van de onderzoeksresultaten in de volgende hoofdstukken wordt waar nodig melding gemaakt van onvoorziene ontwikkelingen. In evaluatieve zin komen we aan het eind van deze studie (zie PARAGRAAF 7.4) terug op de opzet en uitvoering van het onderzoek. Daar wordt de wijze waarop is gestreefd naar zo groot mogelijke betrouwbaarheid en validiteit opnieuw besproken.

Tot slot van deze methodologische verantwoording is een opmerking over de reikwijdte van de uitkomsten op zijn plaats. Het doel van het onderzoek is niet een in statistische zin generaliseerbare beschrijving van verschillen in reïntegratiegedrag die laat zien hoe het er – in het algemeen in arbeidsrelaties – aan toe gaat. Het geven van een representatief beeld van verhoudingen waarin verschillen in reïntegratiegedrag zich voordoen, vergt een ander onderzoeksontwerp. Beoogd wordt theoretische (inhoudelijke) generalisatie (Boeije 2005, Yin 2003). Daarbij gaat het om kennis over hoe reïntegratiegedrag varieert en zich

ontwikkelt, en van factoren en mechanismen die daarop van invloed zijn. De ambitie van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in de aard van reïntegratiegedrag dat naar andere situaties en contexten te generaliseren is en derhalve verder reikt dan de elf onderzochte casussen.

3.4 Profiel van de organisaties, de geïnterviewden en de casussen

3.4.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt achtereenvolgens een profiel geschetst van de beide organisaties waarin het onderzoek is verricht, van de geïnterviewde werknemers, leidinggevenden en de bedrijfsarts en tot slot van de elf casussen. Deze achtergrondinformatie is bedoeld als introductie op de presentatie van de resultaten in de volgende hoofdstukken.

De karakterisering van de organisaties en de afzonderlijke casussen beperken zich tot kenmerken die voor het onderzoek relevant zijn. In de beschrijvingen worden privacy-gevoelige gegevens – specifieke kenmerken van de organisaties, de ziekteverzuimsituaties of persoonlijke details – achterwege gelaten. Uitgangspunt is dat de respons niet te herleiden is tot geïdentificeerde of identificeerbare personen, conform de *Gedragcode voor gebruik van persoonsgegevens in wetenschappelijk onderzoek* (Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen 2003). Ondanks de terughoudendheid en de geanonimiseerde vorm waarin de casussen worden gepresenteerd, is het niet te vermijden dat respondenten die in het onderzoek hebben geparticipeerd hun eigen situaties zullen herkennen.

3.4.2 De twee organisaties

Voor de uitvoering van het onderzoek zijn twee zorginstellingen in het noorden van Nederland bereid gevonden tot medewerking (zie SUBPARAGRAAF 3.2.2). Deze worden aangeduid als *organisatie A* en *organisatie B*. Voorafgaand aan de casusspecifieke interviews zijn gesprekken gevoerd met contactpersonen en zijn interne documenten bestudeerd. Op basis daarvan kan het volgende beeld worden gegeven van een aantal gemeenschappelijke kenmerken van beide organisaties en van de verschillen in het verzuimbeleid, die het onderscheidend element zijn.

De organisaties hebben een aantal gemeenschappelijke kenmerken. Qua organisatie-structuur lijken de organisaties op elkaar. Ze zijn beide ontstaan door het samengaan van kleinere en grotere afzonderlijke organisaties. Er is sprake van nieuwe fusietrajecten. In beide organisaties bestaat de hiërarchische lijn uit een directie/managementteam, een laag van regiomanagers en daaronder middenmanagementfuncties (afdelingshoofden, hoofden zorg, hoofden wooneenheid, teamleiders). De twee organisaties bieden verpleging en verzorging in verschillende vormen en op meerdere locaties. De personeelsformatie

ligt tussen de 500 en 1000 fte's. Organisatie A is qua personeelsformatie groter en kent bovendien een lagere deeltijdfactor, waardoor het aantal medewerkers ongeveer anderhalf keer zo groot is als in organisatie B. De samenstelling van de personeelspopulatie loopt enigszins uiteen als gevolg van verschillen in het zorgaanbod. Organisatie A heeft naast de locaties voor intramurale zorg een onderdeel van waaruit thuiszorg wordt geboden. Met het oog op de vergelijkbaarheid beperkt het onderzoek zich tot werknemers die werkzaam zijn in de intramurale zorg. Organisatie B kent relatief meer hoger gekwalificeerde functies. Het opleidingsniveau van de leidinggevendenden in organisatie B ligt gemiddeld hoger in vergelijking met organisatie A. Voor beide organisaties geldt dat ze in meerdere opzichten in beweging zijn: doorvoeren van organisatieveranderingen, vernieuwing van de huisvesting, implementatie van een nieuw financieringssysteem, (hernieuwde) aandacht voor de zorgvisie en voor de kwaliteit van zorg. Naast de hiervoor genoemde karakteristieken hebben de organisaties hun eigen ontstaansgeschiedenis en onderscheiden kenmerken. Binnen de organisaties hebben afzonderlijke locaties hun specifieke karakter en bijzonderheden.

In de organisaties is ziekteverzuim een belangrijk aandachtspunt; het verzuimcijfer ligt in beide bij de start van de interviews rond de 8% en daarmee boven het landelijk gemiddelde in de sector. Organisatie A kende in de jaren voorafgaand aan het onderzoek een hoog verzuim (boven de 10%). Daarna is het gedaald, maar bovengemiddeld gebleven. De organisaties hebben gemeen – conform het selectie criterium – dat de verantwoordelijkheid voor de verzuimbegeleiding bij de direct leidinggevendenden ligt. Leidinggevendenden zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van het verzuimbeleid en worden daarbij ondersteund door een interne verzuim- of reïntegratiecoördinator en waar nodig door externe deskundigen. Beide organisaties hebben voor de medische beoordeling en begeleiding een contract afgesloten met dezelfde zelfstandig werkende bedrijfsarts (nadat eerder was samengewerkt met arbodiensten). De procedures voor de wijze van ziek- en betermelding, de contactmomenten tussen zieke werknemer en leidinggevende en verdere voorschriften zijn vastgelegd in een verzuimprotocol. Onderdeel hiervan is het opstellen van een plan van aanpak, op basis van een door de bedrijfsarts opgestelde probleemanalyse.

De organisaties zijn geselecteerd (zie SUBPARAGRAAF 3.2.2) met het oog op verschillen in het verzuimbeleid³, zodat aan de hand van de casussen uit beide organisaties kan worden geanalyseerd of deze verschillen een relevante factor zijn voor verschillen in reïntegratiegedrag. De belangrijkste contrasten zijn in TABEL 3.1 samengevat en worden vervolgens toegelicht.

3 De verschillen betreffen het formele verzuimbeleid van de twee organisaties, voor zover dat aan de documenten en eerste interviews met contactpersonen te ontleen is. Eerder (zie PARAGRAAF 1.5) is gewezen op het onderscheid tussen het formele beleid (*intended, espoused*), het feitelijke (*actual, enacted*) beleid en de wijze waarop het beleid op individueel niveau wordt ervaren (*perceived*).

TABEL 3.1 Belangrijkste verschillen in het verzuimbeleid van de twee organisaties

ORGANISATIE A

Nadruk op omlaag brengen van het ziekteverzuim en financiële belang van verzuimreductie.

Projecten zijn gericht op het reduceren van ziekteverzuim door leidinggevendenden te stimuleren werknemers aan te spreken op alternatieven voor ziekmelding (bv. verlof opnemen) en op verandering van verzuimgedrag.

Leidinggevende wordt gezien als *'de spil'* in de verzuimbegeleiding. Van hen wordt verwacht dat ze *'grijs verzuim'* of verzuim om andere redenen signaleren en bij de werknemer aan de orde stellen.

In te zetten instrumenten o.a.:

- toekennen van bonussen aan werknemers die gedurende zes maanden niet verzuimen (kan worden geëffectueerd als het verzuimcijfer van de organisatie een bepaald streefniveau bereikt);
 - het opleggen van sancties aan werknemers bij het niet nakomen van voorschriften.
-

De bedrijfsarts neemt niet deel aan het sociaal-medisch overleg.

ORGANISATIE B

Nadruk op vergroting van de flexibiliteit en continuïteit van de inzet van werknemer.

Projecten zijn gericht op het bewaken van de fysieke en psychische belasting van werknemers, zowel in het werk als in de privésituatie, en op verandering van de verzuimcultuur (waarbij onderzoek wordt gedaan naar de relatie tussen teamcohesie en verzuimdrempel).

Leidinggevende is verantwoordelijk voor de verzuimbegeleiding. Deze verantwoordelijkheid van de leidinggevende wordt gezien als integraal onderdeel van het hr-beleid.

In te zetten instrumenten o.a.:

- eerder inzetten op reïntegratie in een andere functie, binnen of buiten de organisatie;
 - met behulp van competentieprofielen en door POP-gesprekken, loopbaantrajecten en coaching werken aan een betere *'match tussen medewerker en organisatie'*.
-

De bedrijfsarts neemt deel aan het sociaal-medisch overleg.

In *organisatie A* staat het gedrag rond de ziekmelding centraal. De nadruk ligt op inspanningen die van werknemer en leidinggevende worden verwacht om ziekmelding te voorkomen of de verzuimduur te bekorten. Er is veel aandacht voor verzuimcijfers en het belang van daling van het ziekteverzuim in de organisatie. Met financiële prikkels (een bonus bij weinig verzuim, de mogelijkheid van looninhouding bij in gebreke blijven) worden werknemers gestimuleerd bij te dragen aan verzuimreductie. Verzuimbeleid wordt als op zichzelf staand gepresenteerd, in vergelijking met organisatie B worden minder expliciet verbanden gelegd met andere hr-beleidsterreinen. Het sociaal-medisch overleg is een aangelegenheid van de verzuimcoördinator, de regiomanager en leidinggevendenden. In *organisatie B* ligt het accent meer op de reïntegratie na de ziekmelding. Het beleid richt zich vooral op de belastbaarheid en inzetbaarheid van de werknemer, waarbij aan zowel werknemer als leidinggevende een actieve rol wordt toegekend. Door facilitering (aanbieden van trainingen en van voorzieningen die de combinatie van werk en privétaken vergemakkelijken) worden werknemers gestimuleerd actief met hun inzetbaarheid bezig te zijn. Verzuimbeleid wordt als integraal onderdeel gezien van het hr-beleid in de organisatie. De bedrijfsarts neemt deel aan het sociaal-medisch overleg met de reïntegratiecoördinator, de regiomanager en leidinggevendenden.

Op basis van bovengenoemde verschillen is de verwachting dat het reïntegratiegedrag in casussen uit organisatie B meer overeen zal stemmen met het door de wetgever beoogde gedrag. Gezien de focus op reïntegratie, belastbaarheid en inzetbaarheid lijkt het aannemelijk dat het verzuimbeleid in organisatie B een betere basis voor actief reïntegratiegedrag en onderling overleg vormt dan het verzuimbeleid in organisatie A. Een bijkomend argument is dat onderzoek (Korver, Jettinghof, Smulder & Stark 2004, Den Uijl & Lindersvärd 2002) uitwijst dat de effectiviteit van verzuimbeleid groter is naarmate er meer sprake is van inbedding in het algemene hr- en bedrijfsbeleid (zie SUBPARAGRAAF 2.4.7 en PARAGRAAF 2.5). De juistheid van deze verwachting moet uit empirisch onderzoek blijken. Nadat in de volgende hoofdstukken aandacht wordt besteed (zie SUBPARAGRAFEN 4.5.3, 5.3.3 en 6.3.3) aan het verband tussen verschillen in reïntegratiegedrag en de herkomst van de casussen, worden in HOOFDSTUK 7 (zie PARAGRAAF 7.2) de conclusies op dit punt samengevat en wordt antwoord gegeven op de derde deelvraag naar de samenhang tussen verschillen in reïntegratiegedrag en verschillen in verzuimbeleid.

3.4.3 De geïnterviewden

In aansluiting op de introductie van de twee organisaties volgt een algemene karakterisering van de groep van geïnterviewde werknemers, van de groep leidinggevend en van de in het onderzoek betrokken bedrijfsarts. De informatie is ontleend aan de interviews uit de eerste interviewrondes.

De elf werknemers variëren in leeftijd van bijna dertig tot bijna zestig jaar. Ze hebben een aantal kenmerken gemeenschappelijk. In alle casussen gaat het om vrouwelijke werknemers. Hun opleidingsachtergrond en arbeidsverleden zijn in grote lijnen vergelijkbaar. Na een paar jaar lagere beroepsopleiding op het gebied van huishoudelijk werk of zorg, soms aangevuld met een interne opleiding in de zorg, zijn zij rond hun zeventiende jaar in de zorgsector gaan werken. De meesten werken al langere tijd – vanaf het moment waarop ze in de zorg begonnen (variërend van tien tot dertig jaar geleden) – bij de huidige werkgever. Op dit beeld zijn enkele uitzonderingen. Eén werknemer had aanvankelijk een baan in een andere sector en is pas op latere leeftijd als herintreedster in de zorg terecht gekomen. Ze is één van de oudere geïnterviewden, maar werkt relatief kort (ruim tien jaar) in de zorg. Een andere werknemer heeft in verschillende functies bij meerdere werkgevers gewerkt.

Qua loopbaan en type werk is de groep geïnterviewde werknemers vrij homogeen. Een gemeenschappelijk kenmerk is dat er sprake is van geringe arbeidsmobiliteit (zowel verticaal als horizontaal). Voor zover deze werknemers in de loop van de tijd van functie of van organisatieonderdeel zijn veranderd, is dat voornamelijk het gevolg geweest van ontwikkelingen in de organisatie. Zo brachten veranderingen in de maaltijdvoorziening met zich mee dat twee voormalige voedingsassistenten nu werkzaam zijn in assisterende functies in de zorg. Van de geïnterviewde werknemers werken er acht op dit moment in een uitvoerende zorgfunctie (verzorgende, zorgassistent). Ze verlenen zorg aan mensen die vanwege lichamelijke of psychogeriatrische problemen op professionele zorg zijn

aangewezen. Eén van de werknemers is voedingsassistent. Zij houdt zich bezig met maaltijdvoorbereiding en -verstrekking. De overige twee werken in respectievelijk een huishoudelijke en een eenvoudige ondersteunende functie. Voor alle functies geldt dat ze belastende werkzaamheden met zich mee brengen. Fysieke inspanningen zijn met name nodig bij het verplaatsen van etenskarren en andere materialen, het in- en uit bed helpen van bewoners, het helpen bij wassen, aan- en uitkleden en toiletbezoek. Psychische belasting wordt in verband gebracht met de intensivering van het werk en de toegenomen werkdruk.

Alle werknemers combineren hun (parttime) baan in de zorg met zorgtaken in het gezin of voor familieleden. Het aantal uren dat ze per week werken, ligt voor de meesten tussen de 15 en 18 per week. Eén van hen heeft een heel kleine aanstelling en één werkt bijna fulltime. De meesten hebben kinderen en een (bijna) fulltime werkende man. Zij dragen voor het grootste deel de verantwoordelijkheid voor het huishouden en de zorgtaken in het gezin. Eén respondent heeft een partner en volwassen kinderen die niet meer thuis wonen. De enige die bijna fulltime werkt, is alleenstaand. Zij verricht mantelzorg voor haar ouders. De zorgfuncties brengen met zich mee dat er in wisselende diensten wordt gewerkt. Door te werken in avond-, nacht- en weekenddiensten of in vaste dagdiensten en door incidenteel in roosters te ruilen, stemmen de werknemers werk en zorgtaken in de privé-situatie zo goed mogelijk op elkaar af. Bijna alle werknemers hebben in de achterliggende jaren keuzes gemaakt wat betreft aanpassingen van het aantal contracturen. In de eerste jaren ging het vooral om uitbreidingen. Beginnend vanuit een vervangingspool of met een flexibel contract bouwden ze het aantal uren geleidelijk uit. Verandering in de gezinssituatie (komst van kinderen) is in veel gevallen reden geweest om het aantal uren terug te brengen of het dienstverband tijdelijk te onderbreken. Afgezien van vermindering of uitbreiding van het aantal uren of van door de organisatie geïnitieerde veranderingen, kennen de loopbanen van de geïnterviewden weinig ingrijpende veranderingen.

Bijna alle vrouwen hebben gedurende hun werkzame jaren te maken gehad met een periode van langer durend ziekteverzuim (met name in verband met ernstige ziekten of als gevolg van complicaties van zwangerschap en bevalling). De recente verzuimhistorie is verschillend. Naast incidentele ziekmeldingen om uiteenlopende redenen is er in vijf situaties sprake van eerdere verzuimperioden met klachten die verwant zijn aan de gezondheidsproblemen die tot de actuele ziekmelding hebben geleid. In drie daarvan kan het aantal ziekmeldingen als herhaald verzuim worden gekwalificeerd. Van de elf vrouwen zijn er drie die in de voorgaande paar jaren nagenoeg niet hebben verzuimd wegens ziekte.

De leeftijden van de leidinggevenden hebben globaal dezelfde bandbreedte als die van de werknemers. De groep geïnterviewde leidinggevenden bestaat hier uit drie mannen en acht vrouwen. Hun opleidingsniveau ligt gemiddeld hoger dan dat van de geïnterviewde werknemers. De meeste leidinggevenden zijn met een mbo-opleiding begonnen en hebben die tijdens hun loopbaan aangevuld met een vervolgopleiding op hbo-niveau of met managementcursussen. Een aantal leidinggevenden is bezig met een vervolgopleiding.

De werkervaring in een leidinggevende functie loopt uiteen. Eén leidinggevende heeft langdurige managementervaring op verschillende niveaus en één persoon begint net in een leidinggevende functie. De overigen zijn een aantal jaren geleden vanuit een uitvoerende functie (verzorgende, verpleegkundige, paramedische) in de zorg overgestapt naar een leidinggevende functie. Enkel van hen hebben eerder in andere zorginstellingen gewerkt en ervaringen opgedaan in organisaties met andere organisatieculturen (ziekenhuiszorg, instellingen in andere delen van het land).

De functies waarin leidinggevendenden werken zijn grotere parttime of (vrijwel) fulltime functies. Ze vervullen een middenmanagementfunctie (afdelingshoofd, teamleider) en geven leiding aan teams van uiteenlopende grootte (soms tijdelijk aan meerdere teams tegelijk). Enkel hebben zelf een coördinator of waarnemend hoofd onder zich, waaraan ze taken delegeren. De leidinggevendenden vallen zelf hiërarchisch onder een hogere leidinggevende (regiomanager, hoofd wooneenheid). Voor alle geïnterviewde leidinggevendenden geldt dat ze zelf verantwoordelijk zijn voor de verzuimbegeleiding en de verzuimcijfers van hun organisatieonderdeel. De cijfers en knelpunten in de uitvoering van het verzuimbeleid zijn onderwerp van het overleg met het hogere management. Op hun beurt bespreken de geïnterviewde leidinggevendenden het verzuimbeleid in werkoverleggen met hun team, waarbij veelal de nadruk ligt op het belang van het omlaag brengen van het ziekteverzuim.

De ervaringen die de leidinggevendenden hebben met verzuimbegeleiding lopen uiteen. Voor de net gestarte leidinggevende is de verzuimbegeleiding een onbekend terrein. De meer geroutineerde leidinggevendenden hebben meerdere keren te maken gehad met de begeleiding van ziekteverzuimtrajecten en met de samenwerking met de bedrijfsarts. Bovendien hebben ze in hun organisaties deel genomen aan verzuimtrainingen.

De duur van de werkrelatie en de intensiteit van de contacten die werknemers en leidinggevendenden voorafgaand aan de ziekmelding hebben varieert. Drie leidinggevendenden zijn op het moment van ziekmelding net in de nieuwe functie begonnen en hebben niet of nauwelijks contact gehad met de betreffende werknemer. Eén leidinggevende heeft op het moment van ziekmelding van de werknemer zelf een lange verzuimperiode achter de rug, waardoor ze een poos geen contact hebben gehad. Bij werknemers en leidinggevendenden die al wel langer een werkrelatie met elkaar hebben, gaat het in de meeste gevallen om een tijdsbestek van ongeveer twee jaren, met twee uitzonderingen van zes en acht jaren. De contacten tussen hen variëren van 'geen' tot 'intensieve gesprekken'. Dat er in een aantal gevallen niet of nauwelijks contact is, heeft onder andere te maken met de zojuist genoemde wisselingen in leidinggevende functies in beide organisaties en met een grote *span of control* van de leidinggevendenden (de teams waaraan ze leiding geven variëren van ongeveer 15 tot 45 en loopt in een paar gevallen door tijdelijke waarneming op tot ongeveer 90 medewerkers). In enkele gevallen heeft het beperkte contact te maken met het type contract en de roosters van de werknemers (vooral nacht- en avonddiensten). Werknemers en leidinggevendenden die voorafgaand aan de ziekmelding meer contact met elkaar hebben, voeren geregeld overleg tijdens de uitvoering van het werk, zien elkaar bij teambijeenkomsten en hebben individuele gesprekken in het kader van de

hr-gesprekscyclus. In een paar gevallen voeren ze gesprekken die verband houden met herhaald of dreigend ziekteverzuim. Uit de analyses in de volgende hoofdstukken zal blijken in hoeverre de duur van de werkrelatie en de aard van de onderlinge contacten verband houden met het reïntegratiegedrag dat zich in de casussen ontwikkelt.

De bedrijfsarts in dit onderzoek is een vrouwelijke, zelfstandige werkende bedrijfsarts met zo'n vijftien jaar werkervaring in deze functie. Ze is meerdere jaren voor beide organisaties werkzaam, waarvan het langst bij organisatie B. Daarnaast heeft ze contracten met andere opdrachtgevers. Dit betekent dat ze beide organisaties goed kent, goed op de hoogte is van de functies in de organisaties en de belasting die daarmee verbonden is en dat medewerkers van de organisaties haar en haar werkwijze kennen. In beide organisaties hanteert de bedrijfsarts in grote lijnen dezelfde werkwijze. Ze houdt op vaste dagen spreekuur op locaties en wordt daarbij ondersteund door medewerkers van de organisatie die zich met ziekteverzuim en reïntegratie bezig houden. Deze ondersteunende medewerkers verzorgen de oproepen voor de gesprekken en afspraken voor vervolggconsulten. De bedrijfsarts stelt aan het eind van ieder consult een spreekuurrapportage op met een advies voor werknemer en werkgever. De bedrijfsarts stuurt de probleemanalyse (zonder de medische gegevens) met het standaardformulier *Plan van aanpak WIA* van het UWV per email naar leidinggevend. Formeel vervult ze in beide organisaties dezelfde rol (met enkele verschillen, zoals het al dan niet aanwezig zijn bij het sociaal-medisch overleg), maar in de praktijk kunnen – mede door het uiteenlopende karakter van het verzuimbeleid – accentverschillen in invulling van de verzuimbegeleiding ontstaan. Hoe dit eruit ziet en hoe dit samenhangt met het reïntegratiegedrag in de casussen zal in de volgende hoofdstukken blijken.

3.4.4 De elf casussen

In de volgende hoofdstukken passeren de casussen uitgebreid de revue. Vooruitlopend op de weergave van de resultaten worden in TABEL 3.2 de hierboven in zijn algemeenheid beschreven kenmerken samengevat.

TABEL 3.2 *Overzicht kenmerken casussen*

A	B	C	D	E
2	A	v/v		weinig contact (wisseling leidinggevende)
3	A	v/v	herhaald verzuim	weinig contact (i.v.m. avonddiensten)
4	A	v/v		individuele gesprekken (over loopbaanwensen)
5	A	v/v		individuele gesprekken (voorkomen uitval)
6	A	v/m	herhaald verzuim	beperkt contact (na eerder ziekteverzuim)
7	A	v/m		weinig contact (i.v.m. avond-/nachtdiensten)
8	B	v/m		reguliere contacten over het werk
9	B	v/v		weinig contact (interim leidinggevende)
10	B	v/v	herhaald verzuim	individuele gesprekken (n.a.v. eerder verzuim)
11	B	v/v		tijdelijk weinig contact (ziekte leidinggevende)
12	B	v/v		geen contact (wisseling leidinggevende)

Toelichting op TABEL 3.2:

- A Nummer van de casus⁴
- B Organisatie waaruit de casus afkomstig is
- C Geslacht van werknemer / leidinggevende
- D Herhaald verzuim, d.w.z. meerdere ziekmeldingen in de maanden voorafgaand aan het actuele ziekteverzuim
- E Aanduiding intensiteit van het contact tussen werknemer en leidinggevende voorafgaand aan de ziekmelding, met vermelding van bijzonderheden

In de volgende hoofdstukken zal het beeld van de verschillende casussen, toegespitst op hoe het reïntegratiegedrag zich in de maanden na de ziekmelding ontwikkelt, zich geleidelijk aftekenen.

3.5 Presentatie van de onderzoeksresultaten

In de volgende hoofdstukken worden de resultaten van het veldonderzoek weergegeven. Ter afronding van deze verantwoording van de opzet en uitvoering van het veldonderzoek wordt de wijze van presentatie van de onderzoeksresultaten toegelicht.

De uiteindelijke presentatie is geen integrale en continue weergave van alles wat zich op casusniveau in de onderzoeksperiode afspeelt, maar is een selectie van aspecten die voor de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen noodzakelijk zijn. De beschrijving geeft een beeld van het proces en van cruciale gebeurtenissen in tussenliggende weken, maar de weergave concentreert zich op het reïntegratiegedrag ten tijde van de drie interviewmomenten: enkele weken (HOOFDSTUK 4), vier maanden (HOOFDSTUK 5) en negen maanden (HOOFDSTUK 6) na de ziekmelding.

De HOOFDSTUKKEN 4, 5 en 6 kennen globaal dezelfde opbouw. Ze openen met een weergave van de verschillen in reïntegratiegedrag in de elf casussen. Voor het visualiseren van de verschillen en verschuivingen in reïntegratiegedrag wordt gebruik gemaakt van tabellen, waarin verschillen worden samengevat. Bijlagen bij de hoofdstukken geven een verantwoording van de classificaties die aan de tabellen ten grondslag liggen. Vervolgens wordt, geordend naar verschillende typen reïntegratiegedrag, een karakterisering van iedere casus gegeven, gevolgd door een eerste inventarisatie van wat deze casussen gemeenschappelijk hebben en waarin ze verschillen. Ter onderbouwing van interpretaties zijn in de tekst interviewcitaten (met weglating van versprekingen en stopwoordjes) opgenomen. Per citaat wordt vermeld van wie het afkomstig is en wordt verwezen naar regelnummers van de transcriptie waaraan het ontleend is. Zowel bij de beschrijving van

4 Nummer 1 was de eerste casus van de organisatie waarin de interviews niet zijn doorgezet. Deze is niet in de analyses betrokken, zie SUBPARAGRAAF 3.2.2.

gedrag als het opnemen van citaten ligt het accent op de werknemer en leidinggevende, aangezien de verantwoordelijkheid voor de reïntegratie primair bij hen ligt. Daar komt bij dat het gegeven dat er één bedrijfsarts in het onderzoek betrokken is, met zich meebrengt dat deze in zekere zin – waar het gaat om kenmerken van haar persoon en werkwijze – als een stabiele factor kan worden beschouwd. Na de karakterisering van de casussen worden ontwikkelingen, overeenkomsten en verschillen bepaald. Het eind van ieder hoofdstuk bestaat uit een paragraaf waarin de resultaten met behulp van de kernconcepten van het conceptueel raamwerk worden samengevat. De voorlopige conclusies die op basis van deze analyses worden geformuleerd, vormen de bouwstenen voor de beantwoording van de onderzoeksvragen.

In dit hoofdstuk is een methodologische verantwoording gegeven van het veldonderzoek en zijn de twee organisaties en de elf casussen gekarakteriseerd. In het slothoofdstuk (zie PARAGRAAF 7.4) wordt, nadat conclusies en antwoorden op de onderzoeksvragen zijn geformuleerd, gereflecteerd op de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd. Tevens komen we terug op de specifieke context – twee organisaties uit de zorgsector in de noordelijke regio, elf unieke casussen, één bedrijfsarts – van het onderzoek en de consequenties daarvan voor de geldigheid voor andere, niet onderzochte situaties. Eerst volgt – als eerste van de drie hoofdstukken waarin de resultaten van het empirisch onderzoek worden gepresenteerd – HOOFDSTUK 4, waarin het reïntegratiegedrag in de eerste weken na de ziekmelding centraal staat.

4 De eerste weken na de ziekmelding

4.1 De eerste interviewronde

In dit hoofdstuk staat het reïntegratiegedrag in de beginfase centraal. De eerste interviews met de werknemers vinden enkele weken na de ziekmelding plaats, kort na het eerste consult bij de bedrijfsarts. De interviews met de leidinggevenden en de bedrijfsarts zijn zo snel mogelijk erna gehouden.⁵

In reactie op de vraag te vertellen over de ziekteverzuimsituatie schetsen de geïnterviewden een beeld van de ziekmelding, wat eraan vooraf ging en wat er vervolgens is gebeurd. De werknemers gaan uitgebreid in op het ontstaan van de gezondheidsklachten en de aanleiding tot de ziekmelding. Voor de leidinggevenden begint het verhaal meestal bij het moment van ziekmelding. De bedrijfsarts is vanaf het eerste consult betrokken.

In de volgende paragrafen wordt een beeld gegeven van het reïntegratiegedrag in de elf casussen in de eerste weken na de ziekmelding en worden overeenkomsten en verschillen tussen de casussen geanalyseerd. Achtereenvolgens komen aan bod: de situatie voorafgaand aan de ziekmelding (PARAGRAAF 4.2), het reïntegratiegedrag kort na de ziekmelding (PARAGRAAF 4.3) en na het eerste consult bij de bedrijfsarts (PARAGRAAF 4.4). Daarna staan de ontwikkelingen in het reïntegratiegedrag en de overeenkomsten en verschillen tussen casussen centraal (PARAGRAAF 4.5) Tot slot (PARAGRAAF 4.6) worden conclusies geformuleerd over het reïntegratiegedrag in de eerste weken na de ziekmelding.

5 Het moment van het interview met de werknemers hangt samen met het eerste consult bij de bedrijfsarts en varieert van twee tot tien weken na de ziekmelding. De interviews met de leidinggevende zijn soms kort erna gehouden, soms was een interviewafspraken pas enkele weken later mogelijk. Met de bedrijfsarts zijn interviews over casussen gecombineerd; deze interviews vonden meer gespreid over de weken na de ziekmelding plaats. In de bijlagen is een overzicht opgenomen van de momenten waarop de interviews zijn afgenomen (zie BIJLAGE VII: *Tijdpad interviewrondes* en BIJLAGE VIII: *Spreiding interviews over de onderzoeksperiode 2007-2009*).

4.2 Voorafgaand aan de ziekmelding

4.2.1 Gezondheidsproblemen

Voor het begrijpen van reacties na de ziekmelding is het van belang te weten wat er aan vooraf is gegaan. De werknemers vertellen over de toename van hun gezondheidsklachten, het desondanks willen volhouden van het werk en de aard van de gezondheidsproblemen. Deze elementen komen hieronder aan de orde.

In bijna alle situaties is aan de ziekmelding een periode van toenemende gezondheidsproblemen vooraf gegaan. Op dit algemene beeld is één uitzondering. Dit betreft een werknemer die zich ziek meldt na een incident op het werk. Ze zegt niet precies te weten hoe de klachten zijn ontstaan:

Werknemer casus 2: *Ik heb last van de knie. Nooit eerder gehad, nu wel. Hoe het gebeurd is, weet ik niet. Verdraaid op het werk, tenminste dat zei de dokter wel.* 3⁶

Voor de overige werknemers geldt dat de ziekmelding volgt op een geleidelijke toename van gezondheidsklachten. Drie van hen (casus 3, 6 en 10) hebben zich in de voorgaande maanden met soortgelijke klachten of om andere redenen meerdere malen ziek gemeld; dit kan als frequent verzuim worden aangemerkt. De andere werknemers hebben allemaal in het verleden te maken gehad met ziekteverzuim, maar dit heeft in de meeste gevallen niet een directe relatie met de huidige gezondheidsproblemen. De werknemers benadrukken de inspanningen die ze hebben geleverd om ondanks de gezondheidsklachten het werk vol te blijven houden:

Werknemer casus 3: *Ik wou het voor mezelf niet toegeven, ik wou gewoon doorgaan. Ik had zoiets van: niet aanstellen, gewoon voor de buitenwereld de schijn ophouden. (...) Maar je kunt wel merken dat het je steeds meer moeite gaat kosten om erheen te gaan.* 9, 231

Werknemer casus 5: *Het ging gewoon niet. Ik was hier gewoon aan het werk, met ontzettend veel pijn. (...) Ik liep echt met hele dikke voeten en ik kon alleen maar badslippers nog aan, zo liep ik ook op mijn werk. Ik ben zo eentje die blijft maar zo niet in huis, dus ik ga gewoon door. Mijn collega zei: ga toch naar huis. Maar ik zei: ik ga niet naar huis, al moet ik ook kruipen.* 9-10

Werknemer casus 8: *Ik had een heel branderig gevoel in de linkerkant van mijn rug. Ik dacht: het valt wel wat mee. Ik werkte maar door en ik werkte maar door en het ging niet over. (...) Ik ben te veel doorgelopen met wat ik had, met dat branderige gevoel, maar ja, dat herkende ik niet. Ik had dat ook nog nooit meegemaakt. (...) Totdat je op het laatst denkt: dat gaat niet meer. (...) Ik neem wel wat pillen, en als dat helpt, dan is dat perfect. Maar op het laatst hielp dat ook niet.* 3, 52, 56

Als motief voor het 'doorgaan' in de werksituatie noemen de werknemers de verantwoordelijkheid die ze voelen voor het werk. Ze willen voorkomen dat collega's extra belast worden of dat cliënten niet de benodigde zorg krijgen.

6 De cijfers achter de citaten verwijzen naar door het programma MAXQDA toegekende nummers aan de tekstfragmenten waaruit de geciteerde passages afkomstig zijn.

De medische situatie is niet in alle gevallen duidelijk. In twee casussen (5, 11) is een chronische somatische aandoening vastgesteld. In zes casussen (2, 7, 8, 9, 10, 12) staan klachten aan schouder, armen, rug of knie en in drie (3, 4, 6) psychische problemen op de voorgrond. Zelf beschrijven werknemers hun situatie als een combinatie van meerdere (psychische en fysieke) problemen:

Werknemer casus 4: *We hadden wel heel veel gesprekken gehad, maar niet dat het op het geestelijke vlak zou zijn. Nou ja, die signalen had ik ook niet gegeven. (...) Ik wist het zelf óók niet. Ik gaf mijn astma de schuld. Ja, terwijl dat de andere kant op is.* 182, 184

Werknemer casus 6: *In eerste instantie kwam ik bij de huisarts om mijn bloeddruk eens op te laten meten, want ik had het gevoel dat die torenhoog was. Hij meet mijn bloeddruk op en hij zegt: nou, die is prima. Toen kwam alles d'r uit. Het groeit mij allemaal boven het hoofd, met de kinderen en het werk en alles met mekaar.* 65

De werknemers ervaren de onduidelijkheid van hun gezondheidsklachten en onzichtbaarheid ervan voor de sociale omgeving als een probleem. Twee van hen verwoorden dit als volgt:

Werknemer casus 8: *Je kunt beter een arm of een voet gebroken hebben, dan dat je psychisch iets hebt. Ik had laatst een overbuurvrouw, die zei tegen mij: nou, ik snap niet dat jij hulp hebt in huis, want er mankeert jou helemaal niks. Die snapte dat niet, dat ik hulp in huis had. Want je gaat wel in de auto weg en dat soort dingen. Ze zag alleen de buitenkant, ze zag niet hoe rot ik mij van binnen voelde.* 498

Werknemer casus 7: *Je woont toch in een dorp, je ziet gauw mensen die..., je hebt gauw de neiging, van: nou, ze lóópt er wel. Zo gaat dat tenminste wel. (...) Je kunt het niet zo aan je zien, aan iemand zien, ja, soms aan het lopen wel. (...) Als je griep hebt, lig je thuis op bed.* 535-537

Deze onduidelijkheid van de klachten versterkt bij de werknemers de gedachte niet 'tekort te willen schieten' en het zo lang mogelijk vol te willen houden.

De werknemers leggen zonder uitzondering een relatie met de zwaarte van het werk. Ze schetsen in verschillende bewoordingen de intensivering van het werk, de toenemende tijdsdruk waaronder het werk gedaan moet worden en de fysieke en mentale belasting die daarvan het gevolg zijn:

Werknemer casus 4: *Je hebt geen tijd meer voor de bewoners. En daar stoorde ik me toen zo erg aan. Ik heb het met de leidinggevende erover gehad, vorig jaar, van: die mevrouw is terminaal, ik kan haar geen aandacht geven, geen respect. Dat vind ik heel erg. Daar heb ik 23 jaar geleden niet voor gekozen. Ja, dat is gewoon de trend.* 36

Werknemer casus 7: *En het personeelstekort gewoon. We moeten het met heel weinig doen. (...) Vooral 's avonds en 's nachts. Dan zijn we met zijn tweeën op 75 mensen. Plus een heleboel aanleunwoningen die een oproep kunnen doen.* 23, 27

Werknemer casus 8: *Onze werksituatie is gewoon heel erg veranderd op mijn werk. Wat we eerst met zijn beiden deden, dat doen we nou eigenlijk alleen. Dus de druk is veel groter geworden.* 4

Een deel van de werknemers noemt de combinatie van werk met de zorgtaken in de privésituatie als een factor die meespeelt bij het ontstaan van klachten, zoals deze drie van hen:

Werknemer casus 4: *Het was altijd (...) druk in de late dienst. Plus dat je 's morgens ook al om zes uur van bed af bent en ik moest warm eten en eten voor de rest klaar zetten. Dus ja, het was gigantisch druk.* 85

Werknemer casus 6: *Thuis komt wel veel op je af. En mijn vriend is ook aan het werk, die is om vijf uur thuis, en dan ga je eten en in de tussentijd moeten wel de kinderen verzorgd worden en het eten moet klaar en de huishouding moet gebeuren en de boodschappen moeten gedaan worden. Dus ja, je gezin is óók een dagtaak, is óók een volledige baan.* 29

Werknemer casus 3: *Ik werk vooral 's avonds. (...) Dat is dan óók weer een ding: je gaat je schuldig voelen dat je iemand ánders moet laten oppassen. Dat zijn van die dingen, dat lost zich normaal gesproken wel op, maar dat komt er allemaal nog eens bij.* 92, 98

De gezondheidsproblemen worden dus zowel in verband gebracht met de toegenomen werkdruk als met de belasting die de combinatie van een baan en taken in de privé sfeer met zich meebrengt.

Met uitzondering van de casus waarin de klachten plotseling zijn ontstaan, is het algemene beeld dat de werknemers geprobeerd hebben het werk zo lang mogelijk vol te houden, ondanks de toenemende klachten. Dit roept de vraag op of er in deze fase voor de ziekmelding contact is geweest tussen werknemer en leidinggevende over de gevolgen van de gezondheidsproblemen voor de werksituatie.

4.2.2 Contacten tussen werknemer en leidinggevende

De mate van contact tussen werknemer en leidinggevende in de fase voorafgaand aan de ziekmelding varieert. Naast casussen waarin niet of nauwelijks overleg is over de gezondheidsproblemen, zijn er enkele werknemers en leidinggevendens die maatregelen hebben besproken om ziekmelding te voorkomen. De verschillen komen hieronder ter sprake.

In de meeste casussen (2, 7, 8, 9, 11, 12) is er voor de ziekmelding geen contact tussen werknemer en leidinggevende over de gezondheidssituatie. Voor een deel heeft dit te maken met recente wisselingen van leidinggevendens (casus 2, 9, 12) of met een lange periode van afwezigheid van de leidinggevende (casus 11). Daarnaast worden de drukte van het werk en de onregelmatige diensten genoemd als redenen waardoor het onderlinge contact gering is. Een werknemer en leidinggevende, die in een vorige ziekteverzuimperiode overleg hebben gehad over de terugkeer naar de werksituatie, brengen dit als volgt onder woorden:

Werknemer casus 7: *We zien elkaar nooit. Dat maakt het moeilijker denk ik, dat heb ik zo tegen hem gezegd, om contact met hem op te nemen, zo onderling. Ik zeg: we zien elkaar niet. Dus je belt niet zo even op van: moet je luisteren <naam leidinggevende>, het gaat niet zo lekker.* 107

Leidinggevende casus 7: *Dat heeft er deels ook mee te maken dat je haar niet rechtstreeks in het vizier hebt: ze gaat naar huis en even later kom ik hier binnen. Dus eigenlijk, in de nachtdienst, dan zie ik haar niet en als ik haar in de avondsituatie tegen kom, dan is dat op momenten dat ik voornemens ben om naar huis te gaan. Dus dat loopt net een beetje langs*

elkaar heen, hè? Dan moet je het al net van de contacten van de bijeenkomsten hebben, werkoverleg, en dat soort dingen. 7

Werknemers beschouwen het niet als vanzelfsprekend om met hun leidinggevende over beperkingen die het gevolg zijn van gezondheidsproblemen te spreken, ook niet als ze in de reguliere werksituatie regelmatig contact hebben. Onderstaand citaat is hiervan een voorbeeld:

Werknemer casus 8: *Dat vertel je ook niet. Je gaat niet naar je baas toe van: ik heb zo'n branderig gevoel in mijn rug. (...) Dat is iets van mezelf, denk ik dan. 50-52*

In deze casussen meldt de werknemer de gezondheidsproblemen niet bij de leidinggevende en merkt de leidinggevende het risico van ziekmelding niet op.

In twee casussen (3, 10) is er voor de ziekmelding summier contact tussen werknemer en leidinggevende over de gezondheidssituatie. In één daarvan (3) gaat dit over privéproblemen van de werknemer. De leidinggevende schat deze niet in als verzuimrisico, ook niet in combinatie met de eerdere ziekmeldingen. Werknemer en leidinggevende zeggen hierover:

Werknemer casus 3: *We hebben er nooit meer over gesproken, omdat ik het zelf ook niet meer aangaf. (...) Omdat ik ook dacht: ik moet gewoon dóór. (...) Ze dacht dat het gewoon wel weer goed met me ging. (...) Dat er thuis iets speelde, dat wist zij dan wel. 22-24, 38*

Leidinggevende casus 3: *De laatste weken misschien, dat ze toch wel wat aangaf dat ze wat relatieproblemen had. (...) Dan had ze weer ruzie dan gehad, voordat ze de ziekte wet in ging. Ja, wie ben ik om dan te zeggen: het loopt al veel langer. (...) Dus ik heb het niet echt aan zien komen. 46*

In een andere casus (10) meldt de werknemer aan de leidinggevende dat ze armlklachten heeft, maar dit leidt niet tot nader overleg over de situatie:

Werknemer casus 10: *Ik hád het al wel steeds aan hem aangegeven hoor, dat ik vreselijk last van mijn arm had. Ja, hij zegt: dan moet je je niet gelijk ziek melden. Ik zeg: dat wil ik ook niet, de ziekte wet in. Nee, dat wil niemand. Maar ja? 185*

Hoewel er in beide casussen sprake is van herhaald verzuim in de voorgaande maanden, resulteren deze signalen niet in verder contact tussen werknemer en leidinggevende.

In drie casussen (4, 5, 6) zijn er voor de ziekmelding intensievere contacten tussen werknemer en leidinggevende. In één ervan (casus 4) voeren ze gesprekken over opleidingsmogelijkheden en een mogelijke functieverandering voor de werknemer; in deze gesprekken komen de gezondheidsklachten niet expliciet aan de orde. In een andere casus (5) bespreken werknemer en leidinggevende de gezondheidsproblemen en nemen maatregelen om het werk (tijdelijk) te verlichten. Daaraan komt door knelpunten in de personele bezetting voortijdig een eind, zoals de werknemer schetst:

Werknemer casus 5: *Dat was ideaal eigenlijk, want veel loopwerk en tilwerk, dat nam zij <= collega> eigenlijk allemaal van me over. Maar op een gegeven moment werd een ander iemand ziek op de afdeling en toen werd zij eigenlijk door haar vervangen. Toen stond ik weer alleen. Toen heb ik een paar keer aangegeven aan mijn leidinggevende van: ik wil haar graag terug, want ik krijg steeds meer klachten, ik weet niet wat het is, maar als ik geen hulp krijg, dan zit ik straks ook in de ziekte wet. 36*

In een derde casus (6) heeft de werknemer na eerdere ziekmeldingen bij de leidinggevende aangedrongen op meer regelmaat in haar rooster, zodat ze haar werk en haar privésituatie beter kan combineren. Gesprekken tussen hen verlopen moeizaam. De leidinggevende zegt hierover:

Leidinggevende casus 6: *Ze scoorde 6, 7, 8, 9 keer per jaar verzuim, op de een of andere manier. Dus daar ben ik mee aan het werk gegaan, met nog een collega van haar die ook geregeld, frequent verzuim had, en heb ik met hun tweeën aparte gesprekken gehad. (...) Dat was ook in de periode dat we hebben afgesproken van ik ga met de lijst aan de gang en dan moeten we eens even kijken of we dat voor jou niet wat vriendelijker kunnen maken.*

Maar goed, die tijd heb ik niet helemaal gehad, want toen meldde ze zich alweer ziek. 4, 125 Ondanks deze contacten en pogingen om ziekmelding te voorkomen, melden deze werknemers zich toch (weer) ziek.

In de periode voorafgaand aan de ziekmelding is er dus, op een paar uitzonderingen na, niet of nauwelijks overleg tussen werknemer en leidinggevende over de gezondheidsproblemen. Slechts in een enkel geval zijn maatregelen genomen om uitval uit het arbeidsproces te voorkomen. In geen van de casussen is de bedrijfsarts voorafgaand aan de ziekmelding geconsulteerd.

4.2.3 De ziekmelding

Zowel de werknemer die plotseling knieproblemen krijgt, als de werknemers die al langere tijd gezondheidsproblemen hebben, ervaren het ontstaan van de ziekteverzuimsituaties als abrupt. Ze beschrijven de ziekmelding als onvermijdelijk. Leidinggevend en zeggen erdoor verrast te zijn. Hieronder wordt een beeld gegeven van hoe werknemers en leidinggevend en de ziekmelding ervaren.

Voor sommige werknemers is het een bewuste beslissing om zich ziek te melden, anderen beschrijven het als iets wat hen overkomt. De volgende fragmenten illustreren dit:

Werknemer casus 7: *Omdat het toen helemaal niet meer wou: de pijn wou niet meer, dat trok zo naar mijn been en mijn heup, mijn been wou niet meer, toen heb ik mij ziek gemeld. (...) Op dát moment: aan mezélf denken. Afwegen van wat is het belangrijkste. (...) Die keus is altijd het moeilijkst. 34, 533*

Werknemer casus 8: *Dat overvalt je héél erg. (...) Dat overvalt je, echt. Dat had ik gewoon ook niet verwacht, en je baalt gewoon, dat je uit je werk ook bent. 27-28*

Enkele keren is een gebeurtenis in de werksituatie of in de privésfeer, in combinatie met de al langer durende problemen, de directe aanleiding voor de ziekmelding. Soms is een bezoek aan de huisarts of fysiotherapeut de aanleiding voor de ziekmelding:

Werknemer casus 8: *Toen ben ik naar de dokter geweest, maar toen heb ik het eerst nog wel drie weken volgehouden. (...) Het was al meer dan het gaatje, hoor. (...) Die dinsdag moest ik weer naar de fysio, ik zei: ik kan helemaal níks meer. Hij zei: bel dan éérder. Maar ja, ik wil niet iemand tot last zijn op dat moment. 52-54, 4*

Werknemer casus 10: *Dan loop je door, maar ja, dat is niet goed natuurlijk. (...) En toen heb ik gezegd: nee, nu gaat het niet langer, het is nu over en uit. Dus toen ben ik naar de huisarts gegaan. (...) Toen heb ik..., dat weekend daarna mij ook ziek gemeld. Want ik denk van: ja, het is nu echt over en uit. Want je gaat natuurlijk steeds over je krachten heen.* 101, 105

Deze interviewfragmenten laten zien dat de werknemers de ziekmelding ervaren als onontkoombaar. Ze zien zich genoodzaakt de pogingen om zo lang mogelijk door te blijven werken op te geven.

Voor de werknemers ligt de prioriteit na de ziekmelding bij het verkrijgen van duidelijkheid over hun gezondheidsproblemen. Daarnaast gaat hun aandacht uit naar de gevolgen van de klachten voor de privésituatie. Ze hechten veel belang aan informatie en voorschriften die ze van huisarts, specialist of therapeut krijgen, zoals uit de volgende citaten blijkt:

Werknemer casus 5: *Ik wacht het eerst maar even af. Ja, volgende week vrijdag wil ik er eerst ook even over hebben met hem <= behandelend arts>, van wat kan ik verwachten, blijft dit zo?* 118

Werknemer casus 9: *Ik wacht volgende week wel af wat de huisarts zegt en ik denk dat ik me dan wel door laat sturen. (...) Ik denk sowieso dat ik samen met een therapeut moet zien, wat is het beste voor mij? En met de artsen natuurlijk. Ja, ik zou niet weten hoe het anders moet? Ik bedoel, ik moet eerst goed weten wat er nou precies aan de hand is.* 91, 480

De onduidelijkheid over aard van de aandoening, het behandeltraject en de herstelprognose leidt tot onzekerheid. Deze werknemer brengt dat als volgt onder woorden:

Werknemer casus 4: *Ik had liever een been gebroken. (...) Dan weet je gewoon: er staat zoveel tijd voor en dan gaat het gips eraf en dan moet je oefeningen doen en een beetje revalideren, en dan ben je er weer. Zó bedoel ik dat. Want ik weet niet hoe lang dit nog duurt. (...) Dat is heel lastig. (...) Want het is niet tástbaar. Daarom zeg ik: een gebroken been is tastbaar. En ook voor hún.* 126, 136-138, 235

De behoefte aan duidelijkheid over de gezondheid is een veelvoorkomend thema in de wijze waarop werknemers de situatie rond de ziekmelding beschrijven.

De leidinggevendenden zeggen de ziekmelding niet te hebben zien aankomen, ook niet als ze al overleg met de werknemer hebben gehad over de gezondheidsproblemen. Ze kwalificeren de verzuimredenen als 'lastig', 'schemerig', 'ingewikkeld', 'moeilijk te peilen', 'onpakbaar' of 'complex'. De leidinggevende van een werknemer waarbij een hernia wordt vermoed en leidinggevendenden van werknemers met overwegend psychische klachten beschrijven het 'lastige' van de gezondheidsproblemen als volgt:

Leidinggevende casus 12: *Ik vind het met rugklachten altijd ingewikkeld, zeker met een hernia. Spierproblemen enzo, daar valt nog wel wat meer mee te spelen, maar met een hernia moet je echt op geleide van... 7*

Leidinggevende casus 3: *Lichamelijke klachten hebben we denk ik vrij goed in beeld, maar geestelijke klachten hebben we denk ik iets minder. Daar valt ook iets minder op te peilen, hè? (...) Dit is het eerste geval ook dat ik met psychische klachten heb. (...) Het lichamelijke is wat beter te traceren dan als het psychische klachten zijn, denk ik. (...) Dus ik vind het wat moeilijker om het in te schatten wat kun je ermee, wat kunnen ze, gaan ze niet te ver.* 3, 91

Leidinggevende casus 6: Kijk, als je je been gebroken hebt, dan is dat allemaal wel duidelijk. Dan leg je die op tafel en dan is het van: we moeten maar eens even kijken wat ik nog kan doen? Maar als het van een hele andere orde is en je moet wat op tafel leggen, ook van jezelf en wat privé is, ja dan wordt het wel wat moeilijker. 167

Ook de leidinggevendenden geven op het moment van ziekmelding prioriteit aan het verkrijgen van meer duidelijkheid over de medische situatie, die van de medische professionals wordt verwacht.

Wat de periode tot aan de ziekmelding betreft, kan worden geconcludeerd dat er, op één uitzondering na, sprake is van een langere voorgeschiedenis waarin gezondheidsklachten geleidelijk toenemen. De contacten tussen werknemers en leidinggevendenden over de gezondheidsproblemen variëren van niet of nauwelijks tot intensiever overleg. Werknemers zien de ziekmelding als iets onafwendbaars, leidinggevendenden tonen zich erdoor verrast. De onduidelijkheid over de medische situatie op het moment van ziekmelding wordt door zowel werknemers als leidinggevendenden als problematisch ervaren.

Kort na de ziekmelding hebben werknemer en leidinggevende in alle casussen – zoals door het verzuimprotocol is voorgeschreven – contact met elkaar, meestal telefonisch of via e-mail. In dit contact wordt informatie uitgewisseld over de verzuimreden, de gezondheids-situatie van de werknemer, de verwachte terugkeer en wat de voortgang is op medisch vlak. Er ligt op dat moment nog geen advies van de bedrijfsarts.

4.3 Reïntegratiegedrag kort na de ziekmelding

4.3.1 Verschillen in reïntegratiegedrag kort na de ziekmelding

Al direct na de ziekmelding zien we verschillen in het reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende in de elf casussen.⁷ Een deel van hen is vanaf het begin *actief* op werkhervatting gericht. Anderen reageren aanvankelijk *afwachtend*. Zij wachten op meer duidelijkheid over de medische situatie en wachten met name het advies van de bedrijfsarts af.

De typering van het reïntegratiegedrag als *actief* of *afwachtend* is de uitkomst van analyses van het interviewmateriaal. Zoals is opgemerkt (zie SUBPARAGRAAF 3.2.1), vinden de metingen van

7 Geconstateerde verschillen in reïntegratiegedrag betreffen het handelen in *deze* specifieke ziekte-verzuimsituaties. Het is mogelijk dat dezelfde werknemers en leidinggevendenden in andere situaties, met andere samenwerkingspartners, op andere wijzen zullen reageren. De typering van gedrag als *actief* of *afwachtend* zijn dus geen oordelen over het handelen van deze werknemers en leidinggevendenden in algemene zin. Ze zijn ook niet bedoeld als morele oordelen over het gedrag. Wél wordt in de conclusies van dit onderzoek een afweging gemaakt in hoeverre het waargenomen gedrag overeenstemt met het door de wetgever beoogde reïntegratiegedrag.

gedrag op indirecte wijze plaats, op basis van uitlatingen in de interviews. De ordening en interpretatie van relevante interviewfragmenten leidt voor iedere casus tot een classificatie van het reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende. Een verantwoording hiervan is opgenomen in BIJLAGE II: *Methodologische verantwoording van de classificatie van reïntegratiegedrag in de eerste weken na de ziekmelding*. Dit resulteert in TABEL 4.1, waarin de elf casussen geordend zijn in vier categorieën.

TABEL 4.1 *Reïntegratiegedrag van werknemers en leidinggevenden kort na de ziekmelding*

○ ○ 2, 3, 5, 8, 10, 11	● ○ 6, 9	Toelichting ○ ○ werknemer en leidinggevende beide afwachtend ● ○ werknemer actief, leidinggevende afwachtend ○ ● leidinggevende actief, werknemer afwachtend ● ● werknemer en leidinggevende beide actief De nummers verwijzen naar de elf casussen.
○ ●	● ● 4, 7, 12	

In het vervolg van deze paragraaf komen eerst de casussen (4, 7, 12) aan de orde waarin werknemer en leidinggevende beide meteen actief handelen. Daarna volgen de casussen (2, 3, 5, 8, 10, 11) waarin werknemer en leidinggevende in eerste instantie afwachtend reageren. Ten derde wordt het tweetal casussen (6, 9) besproken waarin de werknemer actief is en de leidinggevende afwacht. De casussen worden stuk voor stuk kort getypeerd.

4.3.2 *Actief gedrag kort na de ziekmelding*

In drie casussen (4, 7, 12) reageren werknemer en leidinggevende *actief* op de ziekmelding. Deze casussen worden hieronder beschreven.

In *casus 4* meldt de werknemer zich ziek met een combinatie van verschillende soorten klachten. Ze neemt meteen contact op met de leidinggevende en maakt op advies van de huisarts een afspraak met de bedrijfsarts. Werknemer en leidinggevende voerden al gesprekken over loopbaanmogelijkheden en scholingswensen. In het verlengde daarvan bespreken ze de consequenties van de ziekmelding en verkennen mogelijkheden voor terugkeer in de werksituatie. Werknemer en leidinggevende benadrukken beiden het belang van het nemen van initiatieven:

Leidinggevende casus 4: *Als ik dat zonder bedrijfsarts kan doen, dan doe ik dat zonder bedrijfsarts, want je kunt het ook alleen regelen met de medewerker.* 73

Werknemer casus 4: *Waarom afwachten dan? Het is jouw lichaam. Het is jouw leven, jij moet ingrijpen, jij moet de touwtjes in handen hebben. Ja, zó zit ik in elkaar hoor.* 481
Voordat er een advies is van de bedrijfsarts, verkennen ze mogelijkheden voor werkhervatting. Tegelijkertijd zetten ze het overleg voort over een eventuele verandering van functie.

Aan de ziekmelding in *casus 7* is een eerdere ziekteverzuimperiode in verband met rugklachten vooraf gegaan. Werknemer en leidinggevende hebben indertijd gesproken

over aanpassingen in de werksituatie of verandering van functie. Door de avond- en nachtdiensten van de werknemer hebben ze weinig contact met elkaar. Ze hebben het niet met elkaar gehad over de toenemende klachten. De werknemer verwoordt haar onvrede daarover:

Werknemer casus 7: *Ik heb dit ook al aangegeven in het vorige POP-gesprek, dat het toen slecht ging met mijn rug, van eventueel andere werkzaamheden, dit en dat, maar daar was al niks aan gebeurd. (...) Ik ben nu weer ziek, niks mee gebeurd. En dat het contact slecht was, dat was de kritische noot die ik al had opgeschreven naar hem. 117*

De leidinggevenden voelt zich door de ziekmelding ‘voor een voldongen feit gesteld’. Hij legt de verantwoordelijkheid daarvoor bij de werknemer en bespreekt dit met haar:

Leidinggevende casus 7: *Ik denk dat met name de plicht bij haar ligt om dat signaal ook af te geven, van: hé, dit gaat niet lekker meer. Als je toch al aan de medicatie bent, en merkt dat je klachten gaan verergeren, dan denk ik, dan had ze wel een signaal over mogen afgeven, vind ik. (...) Ik heb dat wel in openheid met haar besproken: ik had liever gehad dat je mij dat signaal afgaf. 21, 25*

In een al gepland persoonlijk ontwikkelingsgesprek (POP-gesprek), kort na de ziekmelding, confronteren werknemer en leidinggevende elkaar met hun kritiek. Ze bespreken de gevolgen van de ziekmelding en mogelijke opties voor de toekomst, nu duidelijk is dat dezelfde rugproblemen weer opspelen. Beiden benadrukken het belang van acties om de ziekteverzuimperiode niet te lang te laten duren. De werknemer kent vanuit haar vorige ziekteperiode de procedures na de ziekmelding. Ze oriënteert zich aan de hand van informatie op internet op het traject van reïntegratie.

In casus 12 hebben werknemer en leidinggevende niet eerder contact met elkaar gehad, omdat de leidinggevende pas na de ziekmelding van de werknemer op haar afdeling is aangesteld. De werknemer neemt direct contact op met deze nieuwe leidinggevende. In het eerste contact wisselen ze ideeën uit voor eventuele hervatting. De werknemer komt met voorstellen voor aanpassingen in haar rooster. De leidinggevende reageert positief en bespreekt met de werknemer haar verwachtingen:

Leidinggevende casus 12: *Zij zei: ik kan niet werken. Ik zei: nee, dat snap ik wel. En ik zei: dat gevoel moet ook heel sterk bij jou blijven liggen, van wanneer jij dat wél kunt, en zeker met rugklachten en met een hernia. En dan zeg ik ook: het is je eigen verantwoordelijkheid om daarop te letten (...), ik kan niet voelen wat jij in jouw rug voelt, jij moet dat voelen. (...) Hoe wij je vervanging organiseren, daar hoef je je niet druk over te maken, maar het is jòuw werk. 3, 58*

De leidinggevende ziet ‘het werk een plek laten houden’ als belangrijk uitgangspunt bij gesprekken over ziekteverzuim en terugkeer naar werk. Voor de werknemer is de toekomst-situatie een belangrijk aandachtspunt. Ze heeft na een vorige ziekteverzuimperiode in verband met een ernstige aandoening overwogen om minder te gaan werken. Kort na de ziekmelding wint ze informatie in over een vacature voor een minder belastende functie, maar na de reactie van de leidinggevende van het betreffende organisatieonderdeel besluit ze daarvan af te zien.

In deze drie casussen worden kort na de ziekmelding initiatieven gericht op werkhervatting genomen. Werknemer en leidinggevende zoeken in een vroeg stadium contact met elkaar

om de consequenties voor de werksituatie te bespreken en te overleggen over ideeën over terugkeer, ook als reële mogelijkheden voor reïntegratie op dat moment ontbreken. Ze bespreken opties en wisselen opvattingen over de verantwoordelijkheden over en weer uit.

4.3.3 *Afwachtend gedrag kort na de ziekmelding*

In een deel van de casussen (2, 3, 5, 8, 10 en 11) nemen werknemer en leidinggevende in het begin geen initiatieven die verband houden met werkherleving. 'Afwachten' is hier het sleutelwoord. Hieronder volgt een beschrijving van deze casussen.

In *casus 2* zijn de gezondheidsklachten van de werknemer plotseling ontstaan door een knieblesure die ze tijdens het werk oploopt. Na de ziekmelding informeert de leidinggevende telefonisch naar de reden van de ziekmelding. In het interview benadrukt ze dat ze de werknemer 'beter wil leren kennen' en dat ze daarvoor tijd wil nemen:

Werknemer casus 2: *Ik heb afgesproken met haar: eind volgende week, dan overleggen we opnieuw. We wachten even. Ik wil er niet teveel druk op zetten.* 18-19

Ze vermoedt dat de werknemer problemen heeft in haar motorisch functioneren. In een mail aan de bedrijfsarts licht ze deze vermoedens toe en vraagt ze te onderzoeken of er meer medische problemen zijn dan de knieklachten waarmee de werknemer zich ziek heeft gemeld. De werknemer wacht af; ze gaat ervan uit het initiatief na de ziekmelding bij de leidinggevende ligt.

De werknemer in *casus 3* meldt zich ziek met psychische problemen, na voorgaande verzuimperiodes in verband met hoofdpijnklachten. De werknemer typeert haar situatie bij de ziekmelding als volgt:

Werknemer casus 3: *Toen was het ook echt helemaal niks meer. Toen heb ik de eerste vijf weken uit een heel diep dal moeten klimmen om weer mijn dagelijkse dingen op te kunnen pakken.* 16

Werknemer en leidinggevende hebben voorafgaand aan de ziekmelding summier contact gehad over de privésituatie van de werknemer. Na de ziekmelding spreken ze telefonisch over de achtergronden van de ziekmelding. De leidinggevende schetst hoe de werknemer 'haar hele verhaal vanaf vroeger' aan haar heeft verteld:

Leidinggevende casus 3: *Van: dit en dit is er aan de hand en daar zit ik mee. (...) Ik was er wel heel blij mee, dat ze gewoon alles vertelde. (...) Dat was nog door de telefoon, iets van een uur, of zo iets.* 8-10, 273

Het overleg tussen werknemer en leidinggevende beperkt zich in eerste instantie tot dit telefoongesprek over de achtergronden van de ziekmelding.

In *casus 5* meldt de werknemer zich op advies van de huisarts ziek nadat bij haar een chronische ziekte is vastgesteld. Ze stuurt het formulier dat ze na de ziekmelding ontvangt terug en wacht op initiatieven van de leidinggevende. Voor de leidinggevende is het oordeel van medische professionals op dat moment leidend; ze acht zich gebonden aan wat de behandelend arts adviseert. Hoewel werknemer en leidinggevende voor de ziekmelding

bezig zijn geweest met aanpassingen in de werksituatie om het werk te verlichten, komt terugkeer in de werksituatie in hun eerste contacten na de ziekmelding niet aan de orde.

In *casus 8* werken werknemer en leidinggevende al langere tijd met elkaar. In voorgaande jaren hebben zich eerder perioden van ziekteverzuim voorgedaan. De werknemer heeft met de leidinggevende niet over de toenemende rugproblemen gesproken, vanuit de gedachte dat gezondheidsproblemen een privéaangelegenheid zijn. De werknemer gaat ervan uit dat het initiatief na de ziekmelding bij de leidinggevende ligt. De leidinggevende ziet geen reden om al direct over de werksituatie te spreken. Hij houdt er rekening mee dat het herstel langere tijd kan gaan duren en neemt aan dat werknemers zelf aangeven als ze mogelijkheden zien om weer aan het werk te gaan. Ook in deze casus wordt dus eerst niet over reïntegratie gesproken.

De werknemer en leidinggevende in *casus 10* hebben in de maanden voorafgaand aan de ziekmelding meerdere malen gesprekken gevoerd over het herhaalde ziekteverzuim van de werknemer. De werknemer heeft in vorige verzuimperiodes contact met de bedrijfsarts gehad. Na een incident in de werksituatie meldt ze zich ziek in verband met schouderklachten. Voor haar is het op dat moment 'over en uit' en 'afwachten'. De leidinggevende laat de werknemer meteen versneld door de bedrijfsarts oproepen. Tot het eerste consult, dat al in de tweede week plaats vindt, hebben werknemer en leidinggevende geen overleg over mogelijkheden voor werkhervatting.

De werknemer in *casus 11* meldt zich ziek nadat een aandoening is geconstateerd waarbij een langdurig herstelproces wordt verwacht. Haar leidinggevende heeft de ziekmelding van de werknemer niet kunnen zien aankomen, omdat een waarnemer haar een aantal maanden heeft vervangen. Na de ziekmelding hebben werknemer en leidinggevende kort contact met elkaar, waarbij de conclusie is dat ze het 'eerst even aanzien'. De leidinggevende noemt de verzuimsituatie van de werknemer 'puur medisch' en zegt het 'nog even buiten mijn invloedssferen' te vinden. Ze acht acties van haar kant niet meteen nodig, omdat het verzuim niet werkgerelateerd is en er op dat moment nog geen arbeidsmogelijkheden zijn.

In deze casussen hebben werknemer en leidinggevende contact met elkaar, maar maken ze geen afspraken over mogelijkheden voor terugkeer in de werksituatie. De contacten gaan vooral over het traject van medisch onderzoek en behandeling. In één casus bespreken werknemer en leidinggevende uitgebreid de achtergronden van de gezondheidsproblemen. In een andere casus zorgt de leidinggevende voor bespoediging van het eerste consult bij de bedrijfsarts.

4.3.4 *Werknemer actief en leidinggevende afwachtend*

In de meeste casussen zijn werknemer en leidinggevende kort na de ziekmelding ofwel beiden *afwachtend*, of beiden *actief*. Twee casussen (6, 9) vormen hierop een uitzondering. In deze casussen reageert de werknemer direct actief en wacht de leidinggevende af.

In casus 6 hebben werknemer en leidinggevende voor de ziekmelding contact gehad over de wens van de werknemer om een gunstiger rooster te krijgen. De werknemer ervaart haar rooster als te belastend en heeft aan de leidinggevende kenbaar gemaakt dat ze meer regelmaat wil:

Werknemer casus 6: *Dat heb ik op tijd bij hem aangegeven. (...) Ik wil best om het weekend werken, ik wil ook best invallen bij ziekte, dat ze me bellen, dat vind ik helemaal geen probleem. Dus echt, ik moet zeggen, ik heb ook een flex-contract, dus ik moet ook flexibel zijn.* 84

Het overleg hierover, na een vorige verzuimperiode, heeft in de optiek van de werknemer niet de gewenste verandering gebracht. Een paar weken nadat ze het werk hervat heeft, meldt ze zich opnieuw ziek. Ze voegt aan de eigen verklaring die ze na de ziekmelding moet opsturen een brief toe, waarin ze uiteenzet wat er naar haar idee aan de hand is en wat ze in haar dienstrooster veranderd wil zien. Ze probeert bovendien meteen contact te krijgen met de leidinggevende. In een kort telefonisch contact geeft de leidinggevende de werknemer opdracht zo snel mogelijk naar de bedrijfsarts te gaan:

Leidinggevende casus 6: *Als <naam werknemer> ziek is, dan heb ik vrij vlot contact. (...) Ze had net een verzuimperiode gehad en ze was ook net weer aan het werk, toen meldde ze zich weer ziek, dan gaan bij mij al wel de radertjes van: oh, wacht even. Dat gaat altijd vlot op elkaar. Dan is er wat anders, dan is er meer aan de hand.* 123

De werknemer krijgt niet direct reactie op het herhaalde verzoek voor overleg over aanpassingen in het rooster. De leidinggevende wacht het oordeel en de adviezen van de bedrijfsarts af.

In casus 9 is er rond het moment van de ziekmelding een wisseling van leidinggevende. De werknemer meldt zich ziek in verband met schouderklachten en onderneemt meteen actie door met collega's te overleggen over werkzaamheden die ze kan blijven doen, om hen op die manier zoveel mogelijk te ontlasten. Het initiatief van de werknemer leidt op dat moment niet tot overleg tussen haar en de (waarnemend) leidinggevende over werkhervatting. De leidinggevende vraagt eerst advies aan de verzuimfunctionaris in de organisatie. Ze dringt er bij de werknemer op aan opnieuw naar de huisarts te gaan. De werknemer voelt zich hierdoor onder druk gezet:

Werknemer casus 9: *Ik weet wel dat zij moeten zorgen dat ik zo snel mogelijk weer aan het werk ben, maar ik ben nooit ziek en nou heb ik iets en mijn arts is er niet en nou moet ik van haar dus naar een vervangend arts? En op dat moment sla ik dus even dicht. Dan heb ik zoiets van...? 15*

Werknemer en leidinggevende maken geen afspraken met elkaar over het voortzetten van een deel van de werkzaamheden of over reïntegratie.

In deze twee casussen komt de werknemer direct met voorstellen gericht op werkhervatting. De leidinggevende richt zich primair op het verkrijgen van meer duidelijkheid over de medische situatie.

4.3.5 De variatie in reïntegratiegedrag kort na de ziekmelding

Kort na de ziekmelding gaat de aandacht van werknemers en leidinggevendenden in de eerste plaats uit naar de medische situatie. Op het moment van ziekmelding is er weinig bekend over de precieze aard van de gezondheidsproblemen, de consequenties voor de inzetbaarheid van de werknemer en de prognoses.

Voorafgaand aan het eerste consult bij de bedrijfsarts zijn er verschillen in reïntegratiegedrag:

- In drie casussen (4, 7, 12) ondernemen werknemer en leidinggevende beiden kort na de ziekmelding acties gericht op reïntegratie. Ze doen voorstellen (aanpassing takenpakket, aanpassing van werktijden) om werkhervatting te realiseren, wisselen ideeën uit en maken afspraken over het te volgen traject. Ze lopen daarmee vooruit op de eerste adviezen van de bedrijfsarts en anticiperen op het moment waarop werkhervatting mogelijk is.
- In het merendeel van de casussen (2, 3, 5, 8, 10, 11) reageren werknemer en leidinggevende aanvankelijk beiden afwachtend. Ze wachten op informatie – van behandelaars en bedrijfsarts – over de medische situatie en tot zich mogelijkheden voor werkhervatting aandienen.
- In twee casussen (6, 9) reageert de leidinggevende afwachtend en neemt de werknemer initiatieven (voortzetten van een deel van haar werkzaamheden, aandringen op aanpassingen in de werksituatie om terugkeer mogelijk te maken).

Het eerste consult bij de bedrijfsarts brengt verandering in het beeld, zoals in de volgende paragraaf wordt uiteengezet.

4.4 Reïntegratiegedrag na het consult bij de bedrijfsarts

4.4.1 Het eerste consult bij de bedrijfsarts

In geen van de casussen is voorafgaand aan de ziekmelding de bedrijfsarts geconsulteerd. Dit ondanks het feit dat de meeste leidinggevendenden eerder contact met deze bedrijfsarts hebben gehad en bekend zijn met haar werkwijze, en dat ook bijna alle werknemers korter of langer geleden contact met haar of met één van haar voorgangers hebben gehad. Het eerste consult bij de bedrijfsarts vindt enkele weken na de ziekmelding plaats, zoals hieronder wordt beschreven.

De meeste werknemers hebben geen duidelijk beeld de rol van de bedrijfsarts en van wat ze van haar kunnen verwachten. Eén van hen formuleert haar vragen hierover als volgt:

Werknemer casus 11: *Want dat weet ik ook niet of zo'n bedrijfsarts dat inderdaad dan beslist of dat dat ook in samenspraak gaat met het hoofd? Of in bepaalde gevallen, als er inderdaad wel erg vaak wat is, dat zo'n hoofd dan zegt van: nou laat haar toch maar zo snel mogelijk weer. Ik heb dus geen idee hoe dat hier, in <naam locatie> sowieso en voor mij specifiek, hoe dat dan verder reilt en zeilt, hoe dat dan gaat? 264*

Een aantal werknemers ziet het gesprek met de bedrijfsarts met vertrouwen tegemoet, anderen verwachten ‘snel aan het werk te gezet te worden’ en ‘gepusht’ te worden. Deze werknemer refereert aan ervaringen in een voorgaande verzuimperiode:

Werknemer casus 11: *Toen moest ik dus heel snel weer therapeutisch beginnen, héél snel voor mijn gevoel. (...) Dan probeer je het toch maar. (...) Dat vond ik een verschrikkelijke periode. (...) Dat is alweer, misschien alweer vijf, zes jaar geleden, hoor. Dus dat zal nu allemaal ook wel heel anders zijn.* 34-36

Na het eerste consult bij de bedrijfsarts zijn de werknemers over het algemeen opgelucht dat hun gezondheidsproblemen serieus genomen zijn.

In beide organisaties is de regel dat zieke werknemers ongeveer drie weken na de ziekmelding een oproep voor het spreekuur van de bedrijfsarts ontvangen. Een aantal werknemers (casussen 4, 6, 10, 12) gaat al direct na de ziekmelding naar de bedrijfsarts. Dit gebeurt op eigen initiatief, op verzoek van de leidinggevende of in een enkel geval op advies van de huisarts. Het eerste consult verloopt in grote lijnen als volgt. De bedrijfsarts spreekt de werknemer in een spreekkamer in één van de locaties van de organisaties. De bedrijfsarts vraagt naar klachten en vormt zich een beeld van de werknemer, de werk- en privésituatie en de relatie met de leidinggevende. Ze informeert naar de in de medisch-curatieve sector gestelde diagnose en ingezette behandeling. Soms verricht ze zelf lichamelijk onderzoek. Op basis van alle informatie vormt ze zich een oordeel over de arbeidsgeschiktheid. Aan het eind van het consult stelt de bedrijfsarts een rapportage op, waarin advies wordt gegeven over de arbeidsmogelijkheden van de betrokkene. Ze bespreekt het advies met de werknemer, die een exemplaar ontvangt. De leidinggevende ontvangt de rapportage per mail.

Het moment van het eerste consult bij de bedrijfsarts varieert in de casussen van de 2^e tot de 8^e week na de ziekmelding. De eerste adviezen van de bedrijfsarts variëren van ‘arbeidsongeschikt voor eigen werk en ander werk’ tot ‘passende / lichte werkzaamheden verrichten’, zoals TABEL 4.2 laat zien.

TABEL 4.2 Adviezen bedrijfsarts na het eerste consult

casus	week	advies arbeidsmogelijkheden
2	5	lichte werkzaamheden, niet tillen, duwen, bukken, trekken – geen urenbeperking
3	5	arbeidsongeschikt voor eigen werk en ander werk
4	2	voorlopig arbeidsongeschikt, hervatting in eigen werk na enkele weken
5	5	arbeidsongeschikt voor eigen werk, lichte werkzaamheden – beperkt aantal uren
6	2	arbeidsongeschikt voor eigen werk en ander werk
7	4	blijvend arbeidsongeschikt eigen werk, herplaatsing in passend werk
8	6	lichte werkzaamheden, afwisselen met zitten, lopen en staan, voorzichtig met tillen, duwen, trekken – geen urenbeperking
9	5	lichte werkzaamheden – geen urenbeperking
10	3	lichte werkzaamheden, voorzichtig met tillen, duwen, trekken – geen urenbeperking
11	9	arbeidsongeschikt voor eigen werk en ander werk
12	3	arbeidsongeschikt voor eigen werk en ander werk

De bedrijfsarts geeft, naast het oordeel over de arbeidsgeschiktheid en een inschatting van de duur van het ziekteverzuim, adviezen aan werknemer en leidinggevende over de reïntegratie en het gezondheidsherstel. In een aantal casussen (6, 10) beveelt ze werknemer en leidinggevende nadrukkelijk aan met elkaar in gesprek te gaan over de inzetbaarheid van de werknemer en over aanpassingen in de werk- of privésituatie die daarbij van belang zijn.

4.4.2 Verschillen in reïntegratiegedrag na het consult bij de bedrijfsarts

Na het eerste consult bij de bedrijfsarts ontstaat een nieuw beeld van de verschillen in reïntegratiegedrag. Voor een verantwoording verwijzen we opnieuw naar BIJLAGE II: *Methodologische verantwoording van de classificatie van reïntegratiegedrag in de eerste weken na de ziekmelding*. In TABEL 4.3 is de variatie in reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende na het eerste consult bij de bedrijfsarts weergegeven.

TABEL 4.3 Reïntegratiegedrag van werknemers en leidinggevendena na het consult bij de bedrijfsarts

○ ○ 2, 3, 6, 8, 11	● ○
○ ●	● ● 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12

Toelichting

- ○ werknemer en leidinggevende beide afwachtend
 - ○ werknemer actief, leidinggevende afwachtend
 - ● leidinggevende actief, werknemer afwachtend
 - ● werknemer en leidinggevende beide actief
- De nummers verwijzen naar de elf casussen.

In een deel van de casussen (4, 5, 7, 9, 10, 12) zijn werknemer en leidinggevende beiden actief en in een ander deel (2, 3, 6, 8, 11) reageren ze beiden afwachtend. Ze komen hieronder in deze volgorde aan de orde.

4.4.3 Actief gedrag na het consult bij de bedrijfsarts

Na het consult zijn er casussen (4, 7, 12) waarin werknemers en leidinggevendena al actief waren. Deze worden eerst gekarakteriseerd. Daarna volgen de casussen (5, 9, 10) waarin reïntegratie-initiatieven worden genomen naar aanleiding van het advies van de bedrijfsarts.

In *casus 4* is het advies van de bedrijfsarts voor werknemer en leidinggevende aanleiding om hun ideeën over een ‘*passend dienstrooster*’ met ‘*rustpunten*’ uit te voeren. Dit resulteert erin dat de werknemer na haar vakantie het werk hervat, deels in de eigen functie, deels in werkzaamheden die minder belastend zijn. De leidinggevende voert aanpassingen door in roosters van collega’s op de afdeling, zodat voor de werknemer op korte termijn een passende situatie gecreëerd wordt. Ze wil het gesprek met de werknemer over haar inzetbaarheid voortzetten om tot een definitieve oplossing te komen, hetzij in de huidige, hetzij in een andere functie:

Leidinggevende casus 4: *Meteen gezegd: dit is het dienstrooster dat ik jou kan aanbieden, voortbordurend op jouw opleiding, maar daarna moeten we verder om tafel.* 63

De werknemer ziet de oplossing als overbrugging, totdat ze met een opleiding kan starten die haar perspectief biedt op een andere functie.

In casus 7, waarin werknemer en leidinggevende in een pop-gesprek kort na de ziekmelding meteen gesproken hebben over de werksituatie, verwacht de bedrijfsarts dat de werknemer arbeidsongeschikt voor eigen werk blijft. Voor de werknemer is dit aanleiding om met voorstellen te komen:

Werknemer casus 7: *Dat is dan heel definitief. (...) Ik dacht: ik moet iets anders, want dit gaat niet goed. Dus zodoende. (...) Ik sta overal wel open voor. Ik mag ook graag regelen en doen en bezig zijn, met papieren of wat dan ook, het maakt mij niet zoveel uit.* 84, 155, 343

Ze dringt er bij de leidinggevende op aan voor een deel van haar contracturen werk op een andere afdeling te gaan doen. De leidinggevende twijfelt of dit werk passend is en vraagt de bedrijfsarts hierover om advies. Hij zegt te willen voorkomen dat het slechts een 'korte termijnsucces' zal blijken en benadrukt het belang van een duurzame oplossing. Voor zichzelf ziet hij een actieve rol daarin:

Leidinggevende casus 7: *Mijn rol is in ieder geval (...) ook om daar samen in op te gaan.*

Niet zo van: naar de bedrijfsarts en succes daarmee. We zullen daar samen..., de gezamenlijke stappen zullen we daarin moeten nemen. 140

Na een positief advies van de bedrijfsarts begint de werknemer met het 'uitproberen' van het werk op de andere afdeling. Werknemer en leidinggevende bespreken de eerste ervaringen daarmee.

In casus 12 vindt de bedrijfsarts de werknemer volledig arbeidsongeschikt, maar ze acht terugkeer in de eigen functie mogelijk. Werknemer en leidinggevende vervolgen hun gesprekken over hoe terugkeer in de eigen functie te realiseren is, ook al is er op dat moment nog geen zicht op werkhervatting. De leidinggevende ziet voor zichzelf een coachende rol, zowel ten opzichte van de werknemer als de rest van het team:

Leidinggevende casus 12: *Ik zie ook mijn verantwoordelijkheid is ook om dat team daarop te coachen. Van: luister, we hoeven niet allemaal hetzelfde te kunnen. (...) Ik denk dat we <naam werknemer> in dit geval heel goed aan het werk kunnen zetten zonder dat ze zwaar werk doet, dat kán. Want daar hebben we verder geen mensen van in het team. Kijk, als het er zes zijn, dan wordt het een ander verhaal.* 36

De werknemer heeft een beeld van de wijze waarop ze terug wil keren:

Werknemer casus 12: *Ik wil nou eigenlijk proberen dinsdag of ik wat later kan beginnen. (...) Dan hoef je 's morgens niet mee te helpen met wassen. En ik ben dan het meest in de huiskamer, verricht wat hand- en spandiensten voor de verzorgenden. Dan denk ik: als ik dat twee dagen doe en één halve dag, dan ben ik ook een dag meer thuis.* 253

Werknemer en leidinggevende anticiperen op het moment dat zich mogelijkheden voor werkhervatting aandienen. Ze wisselen ideeën uit en expliciteren hun verwachtingen over en weer.

In casus 5 houdt de bedrijfsarts er rekening mee dat de werknemer arbeidsongeschikt zal blijven voor haar eigen functie. Ze adviseert dat de werknemer lichte werkzaamheden kan doen gedurende een aantal uren per week. Werknemer en leidinggevende spreken af hoe ze hieraan gestalte geven:

Werknemer casus 5: *Ik heb nou zelf met mijn afdelingshoofd afgesproken: ik kom nou op de dinsdagmorgen en op de donderdagmorgen, want zij zat wel iets met bestellingen, dat deed ik vaak, daar zat ze mee in haar maag. Och, zegt ze: wil jij dat wel op je nemen? Ik zei: prima, dan kom ik dinsdags- en donderdagsmorgens, van 9 tot 11. En dat doe ik nou op het moment.* 38

Voor de werknemer overheerst onzekerheid, zowel wat betreft haar gezondheid als wat ze kan verwachten qua begeleiding:

Werknemer casus 5: *Ik weet niet wat de toekomst brengt, je weet niet hoe dat eruit gaat zien. Stel dat het op een gegeven moment, dat ik niet terug kan keren in mijn functie, wat gaan ze dan doen, daar heb ik geen zicht op. Dus hoe ze me dan gaan begeleiden, ja, dat weet ik dus niet. Ik hoop goed. Ik hoop dat ze iets anders voor me kunnen vinden als het zo moet zijn. Kijk, om nou afgekeurd te worden, daar heb ik ook geen belang bij. Daar zit ik ook niet op te wachten.* 124

De leidinggevende omschrijft haar rol als 'luisterend oor, meelevend, maar ook af en toe heel zakelijk'. Ze volstaat met de afspraken over het verrichten van passende werkzaamheden. Het reïntegratietraject en het toekomstperspectief zijn op dat moment geen gespreks-onderwerp tussen haar en de werknemer.

In casus 9, waarin de werknemer na de ziekmelding meteen actief is en in overleg met collega's een deel van haar taken voortzet, laat de leidinggevende na het advies van de bedrijfsarts aan de werknemer weten dat ze voor haar volledig aantal uren op het werk wordt verwacht om passende werkzaamheden te doen. Ze doet dit na overleg met haar eigen leidinggevende:

Leidinggevende casus 9: *Toen maakte ik die terugkoppeling naar mijn leidinggevende. Toen zei ze van: ja, volgens mij zijn er meer mogelijkheden voor haar, zonder dat zij zich belast op de dingen waardoor ze ziek is.* 41

De werknemer, die al ontstemd was over het 'drammen' van de leidinggevende om weer naar de huisarts te gaan, geeft gehoor aan de opdracht van de leidinggevende, maar ze voelt zich onder druk gezet 'om me zo snel mogelijk weer aan het werk te hebben'. Ze wacht nog op verder medisch onderzoek en op de start van de behandeling. Over rolverdeling van behandelend arts, bedrijfsarts en leidinggevende in het werkhervattingstraject is ze onzeker. Er vindt geen nader overleg plaats tussen werknemer en leidinggevende over de werkhervatting, dus deze ergernissen en onzekerheden van de werknemer komen niet ter sprake tussen hen.

De werknemer in casus 10 is op aandringen van de leidinggevende versneld naar de bedrijfsarts gegaan. De leidinggevende is content met het advies dat de werknemer 'boventallig hier op de afdeling kan zijn ter ondersteuning'. De werknemer heeft hier niet op gerekend en reageert verontwaardigd op de mededeling dat ze meteen volgens haar reguliere uren aan het werk moet:

Werknemer casus 10: *Ik was best een beetje boos, hè, omdat ik direct hele dagen hier moest rondhuppelen. (...) Toen zei ik: hoe laat moet ik beginnen morgen? Ja, zeven uur. Oh? Nou ja, daar was ik ook een beetje beduusd van. Ik denk: wat moet ik hier om zeven uur al? Maar ja, dat zijn schijnbaar de regels tegenwoordig. Om toch zo veel mogelijk op de werkvloer te zijn? (...) <Naam bedrijfsarts> geeft natuurlijk de opdracht wat je mag doen (...) en dan voert <naam leidinggevende> dat uit.* 199, 208, 391

Voor de leidinggevende is de reactie van de werknemer geen reden om zijn aanpak te herzien:

Leidinggevende casus 10: *Ik heb toen ook wel aan <naam werknemer> gemerkt dat ze dat niet zo prettig vond omdat dat haar overviel. (...) Een aantal dingen die ze gewoon niet mag of niet kan en als daaraan wordt voldaan kan ze haar eigen uren werken. Dus dat hebben we zo gedaan.* 45, 54

De werknemer gaat in de derde week na de ziekmelding weer volgens haar normale rooster naar het werk. Het ongenoegen van de werknemer over de wijze waarop ze 'aan het werk wordt gezet' komt in contacten tussen werknemer en leidinggevende niet op tafel.

In de zes casussen waarin werknemer en leidinggevende na het eerste consult bij de bedrijfsarts actief handelen, zien we verschillen. De werknemers en leidinggevendes (casus 4, 7, 12) die al direct na de ziekmelding de eerste initiatieven hebben genomen, maken naar aanleiding van het advies van de bedrijfsarts, ongeacht of deze op dat moment mogelijkheden voor werkhervatting aangeeft, afspraken over vervolgstappen en wisselen met elkaar van gedachten over het terugkeertraject. De werknemers en leidinggevendes (casus 5, 10), die aanvankelijk afwachtend reageren, sluiten zich aan bij wat de bedrijfsarts op dat moment adviseert. Dit geldt evenzeer voor de leidinggevende die zich eerst afwachtend opstelde, terwijl de werknemer meteen initiatieven nam (casus 9). In deze drie casussen is het traject naar volledige hervatting geen onderwerp van overleg tussen werknemer en leidinggevende, met als gevolg dat de onzekerheid en onvrede van de werknemers niet ter sprake komen.

4.4.4 Afwachtend gedrag na het consult bij de bedrijfsarts

In vijf casussen blijven werknemer en leidinggevende na het advies van de bedrijfsarts afwachtend wat terugkeer in de werksituatie betreft. We beschrijven eerst drie casussen (3, 6, 11) waarin de bedrijfsarts oordeelt dat de werknemer op dat moment volledig arbeidsongeschikt is, dus ook geen passend werk kan doen. Daarna komen twee casussen (2, 8) aan de orde waarin de bedrijfsarts mogelijkheden ziet voor passend werk, maar werknemer en leidinggevende toch afwachtend blijven.

In casus 3 is het advies van de bedrijfsarts dat de werknemer volledig arbeidsongeschikt is. Dit advies bevestigt werknemer en leidinggevende in hun afwachtende houding. De werknemer richt haar aandacht op de medische traject en op haar privésituatie. Ze zegt weinig zicht te hebben op 'hoe het verder gaat', maar werkhervatting acht ze nog niet aan de orde:

Werknemer casus 3: *Als ik aan het werk moet, dan wil ik gewoon weer het werk doen wat ik tot nu toe deed. Ze moeten me niet in een kantoor zetten waar al die mensen binnen komen lopen, want dan word ik helemaal eh... (...) Ik krijg dit <verwijst naar situatie bij haar thuis> soms nog helemaal niet voor elkaar. Laat staan dat ik ook nog aan het werk moet.*

76, 88

De leidinggevende benadrukt dat ze verzuimbegeleiding bij werknemers met psychische problemen lastig vindt. Ze verwacht deze werknemer eerder te moeten 'afremmen' dan stimuleren. Voor zichzelf ziet ze in de eerste plaats een rol in het tonen van betrokkenheid:

Leidinggevende casus 3: *Voor ons is het eigenlijk de persoonlijke aandacht voor de medewerker. En eigenlijk <naam verzuimfunctionaris> voor wat er omheen zit, meer de papieren wereld en zo. 251*

Werknemer en leidinggevende hebben na het telefoongesprek kort na de ziekmelding geen contact met elkaar.

In casus 6, waarin de leidinggevende de werknemer versneld naar de bedrijfsarts laat gaan, is de werknemer opgelucht na het oordeel van de bedrijfsarts dat ze voorlopig niet aan het werk kan. Ze heeft geen reactie gehad op de brief die ze bij de eigen verklaring na de ziekmelding heeft gevoegd. Teleurgesteld over het uitblijven van een reactie van de leidinggevende besluit ze eerst af te wachten. De leidinggevende ziet het oordeel van de bedrijfsarts als een bevestiging dat reïntegratie nog niet aan de orde is. Over de wens van de werknemer voor aanpassingen in haar rooster zegt hij:

Leidinggevende casus 6: *Ik kan niet zomaar bij iemand anders de diensten weghalen. Dan..., ja, daar moet ik even rustig naar kijken. Dus dat heeft ook te maken met verloop, welke diensten komen er vrij. 16*

Hij gaat ervan uit dat de bedrijfsarts de oorzaken van het ziekteverzuim met de werknemer bespreekt en in één van de volgende consulten zal aangeven 'van hoe of wat'. In zijn ogen ligt het initiatief om tot oplossingen te komen nu bij de bedrijfsarts. Het expliciete advies van de bedrijfsarts om de situatie met elkaar te bespreken, leidt niet tot overleg tussen werknemer en leidinggevende.

De werknemer en leidinggevende in casus 11 hebben contact met elkaar over de gezondheids-situatie van de werknemer. De leidinggevende zegt niet overhaast te werk te willen gaan en 'de vorderingen op medisch gebied' te volgen. Voor zichzelf ziet ze een actieve rol zodra 'het werk in beeld is':

Leidinggevende casus 11: *Ik zie niet meteen eerst mijn rol, wel die van de bedrijfsarts. (...) Ik denk wel dat ik wat extra om <naam werknemer> moet denken, dat ik wat actiever moet zijn dan als zij zelf (...), dus ik moet wat meer checken van: wil je dit of wil je dat?*

Of: hoe voelt het? 113, 128

De aandacht van de werknemer gaat primair uit naar het traject van medische behandelingen. Ze vraagt zich af of ze snel weer aan het werk moet en zegt dat ze 'daar nog even niet aan moet denken'. Het is voor haar onduidelijk wat ze wat dit betreft van de leidinggevende en de bedrijfsarts kan verwachten:

Werknemer casus 11: *Je hebt toch zoiets van: ja, en wat willen ze nu verder van mij? Ik ben niet voor niks ziek, ik zit dit ook niet te simuleren, er is gewoon écht wat aan de hand. Maar wat willen ze nu van mij? (...) Je bent opeens wél in een andere positie geduwd. 286*

De terugkeer naar de werksituatie is voor werknemer en leidinggevende niet een gespreksthema, ook niet in de zin van bespreking van het traject dat mogelijk is zodra zich arbeidsmogelijkheden aandienen.

In casus 2 leidt het advies van de bedrijfsarts dat de werknemer passend werk kan doen gedurende haar volledige aantal uren niet tot acties van de werknemer of de leidinggevende. De leidinggevende overweegt mogelijkheden om de werknemer passend werk te laten doen, maar acht 'nu aansturen op hervatting gekunsteld' en 'bijna plagen'. Ze besluit het consult bij de behandelend specialist af te wachten. De werknemer verwacht dat de leidinggevende passend werk aanbiedt. Ze reageert niet op het verzoek om zelf met voorstellen te komen. De bedrijfsarts gaat niet in op vraag van de leidinggevende om na te gaan wat er mogelijk 'meer aan de hand is'. Ze beperkt zich tot het onderzoeken van de knieklachten, ervan uitgaande dat de verzuimreden leidend is in het contact met de werknemer. Ze verwacht dat de werknemer volledig terug zal keren in haar eigen functie. In haar optiek zijn andere problemen in het functioneren van de werknemer 'echt puur aan de leidinggevende'. Leidinggevende en bedrijfsarts hebben over dit verschil van inzicht geen overleg.

In casus 8 adviseert de bedrijfsarts dat de werknemer lichte werkzaamheden kan doen voor het volledige aantal uren. De werknemer vraagt zich af of het advies van de bedrijfsarts in praktijk te brengen is. Ze gaat ervan uit dat haar leidinggevende daarover beslist:

Werknemer casus 8: *Ik moet het van de bedrijfsarts rustig aan doen, ik mag niet veel, op mijn werk, ik mag niet duwen, ik mag niet trekken, ik mag niet buigen, ik mag eigenlijk niks. Dat heb ik voorgelegd aan mijn baas. Hij zei: daar kun je eigenlijk niet veel mee. (...) Dan regelt hij alles, dus ik hoef niks te regelen. (...) En hij stelt je ook gerust, van: daar hoef je niet over in te zitten, het komt allemaal goed, dat soort dingen. 4, 62, 343*

De leidinggevende wil voorkomen dat een te snelle hervatting uiteindelijk tot langer verzuim leidt. Hij maakt een eigen inschatting van de uitvoerbaarheid van het advies van de bedrijfsarts:

Leidinggevende casus 8: *Er staat meestal wel een 'maar' bij: mag niet te zwaar tillen, dat soort dingen. En dan is het aan mij om te kijken van: vind ik dat dat kan? In de zin van..., dan komt ze wel, maar betekent dat dat ze echt aan het werk kan, dat ze haar eigen werk weer helemaal uit kan voeren, of is dat op arbeidstherapeutische basis, en dan loopt ze ernaast? Nou ja, die keus maak ik dan meestal. 213*

Werknemer en leidinggevende spreken af dat de werknemer een paar uur naar het werk komt om enkele administratieve taken uit haar pakket te blijven doen. De leidinggevende realiseert zich dat zijn aanpak om te 'remmen' afwijkt van opvattingen van de bedrijfsarts:

Leidinggevende casus 8: *Ik verschil daar ook wel eens met <naam bedrijfsarts> in, <naam bedrijfsarts> duwt dan wel eens wat. (...) <Naam bedrijfsarts> kan dat vrij streng zeggen. (...) Dat is haar rol ook. En misschien is het mijn rol ook wel? (...) Ik denk dat ik mijn mensen beter ken in hoe ze hun werk willen doen. 113, 129*

Het resultaat is dat werknemer en leidinggevende geen uitvoering geven aan het advies van de bedrijfsarts. Ze volstaan met het doen van een aantal taken, dat ze niet in het perspectief van reïntegratie plaatsen.

Samenvattend kan over deze vijf casussen het volgende geconstateerd worden. In de drie casussen (3, 6, 11) waarin de werknemer op dat moment volledig arbeidsongeschikt is bevonden, zijn van werknemer en leidinggevende niet direct werkhervattingsacties te verwachten. Ze anticiperen echter ook niet op het moment waarop de belastbaarheid toeneemt en terugkeer in het werk mogelijk wordt. Twee van de werknemers in deze casussen verwachten dat de leidinggevende daarin het initiatief neemt. De werknemer die kort na de ziekmelding aandringt op een beter passend dienstrooster, wacht na het uitblijven van een reactie daarop in tweede instantie af. De leidinggevend en in deze drie casussen wachten tot de bedrijfsarts oordeelt dat werkhervatting mogelijk is. In de twee andere casussen (2 en 8) kan de werknemer naar het oordeel van de bedrijfsarts passend werk doen voor het volledige aantal uren. Dit werkhervattingsadvies leidt niet tot reïntegratie-initiatieven van de leidinggevende en de werknemer, omdat ze werkhervatting nog niet haalbaar achten. Zo blijken zich ook binnen de categorie *afwachtend gedrag* verschillen voor te doen.

4.5 Ontwikkelingen, overeenkomsten en verschillen in de eerste weken na de ziekmelding

4.5.1 Ontwikkelingen in reïntegratiegedrag in de eerste weken na de ziekmelding

Na de aanvankelijke tendens tot afwachten, doen zich gedurende de eerste weken na de ziekmelding veranderingen voor in het reïntegratiegedrag van werknemers en leidinggevend en in de elf casussen. Daarbij is het advies van de bedrijfsarts een belangrijk moment. TABEL 4.4 vat de bevindingen samen.

TABEL 4.4 Veranderingen in reïntegratiegedrag in de eerste weken na de ziekmelding

○ ○ 2, 3, 5, 8, 10, 11	● ○ 6, 9	○ ○ 2, 3, 6 , 8, 11	● ○
○ ●	● ● 4, 7, 12	○ ●	● ● 4, 5 , 7 , 9 , 10 , 12
I NA DE ZIEKMELDING		II NA HET CONSULT BIJ DE BEDRIJFSARTS	

Toelichting

- ○ werknemer en leidinggevende beide afwachtend
- ○ werknemer actief, leidinggevende afwachtend
- ● leidinggevende actief, werknemer afwachtend
- ● werknemer en leidinggevende beide actief

De nummers van casussen die van categorie veranderd zijn, zijn vetgedrukt én gecursiveerd

De vergelijking van het reïntegratiegedrag voor en na het eerste consult bij de bedrijfsarts laat zien dat in alle casussen de activiteit van werknemer en leidinggevende na het consult bij de bedrijfsarts gelijk opgaat. Bovendien vindt in een deel van de casussen een verschuiving plaats van *afwachtend* naar *actief*. Een deel blijft onveranderd.

De volgende TABEL 4.5 geeft de verschuivingen van casussen in de eerste weken na de ziekmelding weer.

TABEL 4.5 *Verschuivingen in de eerste weken na de ziekmelding*

○○ 6	●○	
○●	●●	9
	5, 10	

Toelichting
 ○○ werknemer en leidinggevende beide afwachtend
 ●○ werknemer actief, leidinggevende afwachtend
 ○● leidinggevende actief, werknemer afwachtend
 ●● werknemer en leidinggevende beide actief
 De nummers van casussen die van categorie veranderd zijn, zijn vetgedrukt én gecursiveerd

De verschuivingen doen zich in verschillende varianten voor. Ten eerste betreffen ze twee casussen (5, 10) die na het advies van de bedrijfsarts tot de categorie *beide actief* behoren. De reïntegratie-activiteit bestaat eruit dat de leidinggevende gevolg geeft aan het advies van de bedrijfsarts. In de ene casus (5) gebeurt dat in overleg met de werknemer, in de andere (10) voelt de werknemer zich overvallen door de opdracht van de leidinggevende om voor het volledige aantal uren weer aan het werk te gaan, maar werkt ze eraan mee. Ten tweede gaat het om twee casussen (6, 9) waarin de werknemer kort na de ziekmelding initiatieven neemt en de leidinggevende afwachtend is. Deze casussen verschuiven in verschillende richtingen. In casus 9 zijn werknemer en leidinggevende na het consult bij de bedrijfsarts beiden actief. De leidinggevende volgt het advies van bedrijfsarts en van haar eigen leidinggevende, de werknemer schikt zich vervolgens in de opdracht die ze van de leidinggevende krijgt. In casus 6 zijn werknemer en leidinggevende na het consult bij de bedrijfsarts beiden afwachtend. De werknemer zet haar poging om aanpassingen in haar rooster te bewerkstelligen niet door. Daarmee is deze casus een uitzondering op het patroon van toenemende activiteit.

Onveranderd blijven drie casussen (4, 7, 12) waarin werknemer en leidinggevende kort na de ziekmelding meteen actief reageerden en vier casussen (2, 3, 8, 11) waarin beiden afwachtend blijven (waarvan 2 en 8 ondanks werkhervattingsadvies van de bedrijfsarts).

Dit resulteert in een beeld dat gedifferentieerder is dan de aanvankelijke tweedeling in *actief* en *afwachtend* reïntegratiegedrag:

- In drie casussen (4, 7, 12) lopen werknemer en leidinggevende vooruit op adviezen van de bedrijfsarts. Ze anticiperen op het traject van terugkeer in de werksituatie en overwegen verschillende opties.

- In drie andere casussen (5, 9, 10) sluiten werknemer en leidinggevende aan bij adviezen van de bedrijfsarts. Ze voeren het advies uit, zonder met elkaar de route naar werkhervatting te bespreken.
- In twee casussen (2, 8) wachten werknemer en leidinggevende af, ondanks het advies van de bedrijfsarts dat de werknemer lichte werkzaamheden voor het volledige aantal uren kan verrichten. In casus 8 pakt de werknemer één van haar taken weer op, maar de afspraken hierover worden niet als begin van een reïntegratietraject beschouwd.
- In drie casussen (3, 6, 11) wachten werknemer en leidinggevende tot de bedrijfsarts mogelijkheden ziet voor werkhervatting. Ze anticiperen daar niet op.

De bedrijfsarts heeft een variërend aandeel in de in gang gezette reïntegratietrajecten. Afhankelijk van het type gedrag van werknemer en leidinggevende, varieert haar inbreng van adviserend (bij werknemers en leidinggevenen die zelf al gestart zijn met initiatieven) tot initiërend (als werknemer en leidinggevende wachten op haar advies). In twee casussen (2, 8) geven werknemer en leidinggevende geen gevolg aan haar werkhervattingsadviezen. Deze leidinggevenen wijken bewust af van het advies van de bedrijfsarts. Dit is ingegeven door twijfels (casus 2) of de bedrijfsarts de beperkingen van de werknemer goed in beeld heeft of (casus 8) door de opvatting dat de bedrijfsarts wat meer ‘duwt’ en de leidinggevende het tempo van hervatting kan aanpassen. In twee andere casussen (casus 6 en 10) hebben adviezen van de bedrijfsarts aan werknemer en leidinggevende om met elkaar te overleggen over het herhaalde verzuim en over mogelijke aanpassingen in de werksituatie, niet meteen effect.

4.5.2 *Overeenkomsten en verschillen in de eerste weken*

Onderlinge vergelijking van de casussen laat zien dat casussen die qua reïntegratiegedrag verschillen zich op bepaalde kenmerken *niet* en op andere kenmerken *wel* van elkaar onderscheiden. Deze worden hieronder besproken.

In alle casussen is er kort na de ziekmelding sprake van onzekerheid over de gezondheidssituatie van de werknemer en de arbeidsmogelijkheden. Er is grote behoefte aan informatie. Het eerste advies van de bedrijfsarts voorziet ten dele in die behoefte. De geconstateerde verschillen in reïntegratiegedrag zijn niet terug te voeren op de mate van door de bedrijfsarts vastgestelde beperkingen. In casussen die vergelijkbaar zijn wat de aard van de gezondheidsproblemen en de beperkingen betreft, verschilt de mate van reïntegratie-activiteit. We zien casussen waarin werknemer en leidinggevende anticiperen op werkhervatting, ondanks dat arbeidsmogelijkheden nog ontbreken, en casussen waarin dat niet gebeurt. Het advies van de bedrijfsarts dat passend werk mogelijk is, leidt in een deel van de casussen wel, in anderen niet tot reïntegratie-acties van werknemer en leidinggevende.

Verschillen in reïntegratiegedrag houden evenmin verband met het contact tussen werknemer en leidinggevende voorafgaand aan de ziekmelding. In twee casussen (7, 12) waarin werknemer en leidinggevende direct actief reageren, hebben ze kort voor de

ziekmelding niet of nauwelijks contact met elkaar gehad. De onbekendheid met elkaar blijkt juist als prikkel te kunnen werken om snel in actie te komen. Omgekeerd gaat een langdurige samenwerkingsrelatie niet vanzelfsprekend samen met actief reïntegratiegedrag. Werknemers en leidinggevendenden die al langer met elkaar samenwerken, reageren deels afwachtend, deels actief. Eerder gevoerde gesprekken over de toekomstige inzetbaarheid krijgen soms wel, soms niet direct een vervolg. In de drie casussen (4, 7, 12) waarin werknemer en leidinggevende vanaf de ziekmelding actief zijn, hebben ze al eens overleg gevoerd over gezondheidsproblemen in relatie tot de zwaarte van het werk (in casus 12 betrof het de voorganger van de huidige leidinggevende). Maar ook in andere casussen is dit onderwerp van gesprek geweest, zonder dat hierop na de ziekmelding wordt voortgebouwd.

De casussen die verschillen in reïntegratiegedrag, onderscheiden zich in een aantal opzichten. In de eerste plaats kennen werknemers en leidinggevendenden die meteen *actief* handelen zichzelf en elkaar een actieve rol in het reïntegratietraject toe. De werknemers benadrukken de noodzaak om zelf initiatieven te nemen. Dit is deels ingegeven door een actieve interpretatie van de eigen rol, een enkele keer wordt het gevoed door negatieve ervaringen in het verleden, waaruit geconcludeerd wordt dat het zelf behartigen van de eigen belangen noodzakelijk is. De leidinggevendenden zien voor zichzelf een sturende rol. Deze werknemers en leidinggevendenden zien het als hun verantwoordelijkheid om tijdig mogelijkheden voor werkhervatting te verkennen en tot onderlinge afspraken te komen over te ondernemen stappen. In deze opvatting heeft de bedrijfsarts een ondersteunende en adviserende rol. Werknemers en leidinggevendenden die *afwachtend* reageren, gaan ervan uit dat het initiatief na de ziekmelding niet bij hen zelf ligt, maar dat ze aanwijzingen van respectievelijk de leidinggevende en de bedrijfsarts op te volgen hebben. De werknemers gaan ervan uit dat de leidinggevende met voorstellen komt, waaraan zijzelf uitvoering moeten geven. De leidinggevendenden achten een medisch oordeel noodzakelijk voordat ze reïntegratie aan de orde stellen. Ze wachten op het advies van de bedrijfsarts, dat ze als richtsnoer beschouwen. Ze zien voor zichzelf een actieve rol bij werkhervatting vanaf het moment dat de bedrijfsarts daartoe adviseert. Als uitzonderingen worden daarbij situaties genoemd waarin het ziekteverzuim werkgerelateerd is of waarin de werknemer onvoldoende inzet toont; dan zou direct handelen gepast zijn.

In de tweede plaats geldt voor werknemers en leidinggevendenden die vanaf het begin *actief* zijn en na het consult bij de bedrijfsarts anticiperen op het vervolgtraject, dat ze terugkeer in de werksituatie meteen als een relevant item zien. De ziekmelding wordt opgevat als aanleiding om over de combinatie van de werksituatie en gezondheidsproblemen te spreken. Ze oriënteren zich ook op andere functies en op de inzetbaarheid van de werknemer in de toekomst. In casussen waarin werknemers en leidinggevendenden in eerste instantie *afwachtend* reageren en deels na het werkhervattingsadvies van de bedrijfsarts alsnog actief worden, zien ze de ziekteverzuimsituatie in de eerste plaats als een medische aangelegenheid. Ze achten het oordeel van de medische professional (behandelaar, bedrijfsarts) bepalend voor het verdere verloop van het proces. Deze werknemers en leidinggevendenden oriënteren zich niet of nauwelijks op het vervolgtraject of op andere reïntegratie-opties dan hervatting in bestaande werkzaamheden.

Verschillen in reïntegratie-activiteit zijn niet te relateren aan verschillen in beschikbare informatie, noch op medisch vlak, noch wat kennis van de gang van zaken bij reïntegratie bij ziekte betreft. Medische informatie is in alle casussen beperkt voorhanden. Het gebrek aan duidelijkheid over de medische diagnose, de behandeling en prognose op herstel worden door zowel werknemers als leidinggevenden als belemmerend voor het handelen ervaren. Ook qua kennis van en ervaring met verzuimbegeleiding en reïntegratie onderscheiden de casussen zich niet van elkaar. De leidinggevenden zijn allemaal op de hoogte wat er van hen wordt verwacht en hebben ervaring met reïntegratiesituaties. Bij werknemers is de kennis van rechten en plichten in het reïntegratietraject gering. Wel valt op dat werknemers en leidinggevenden eerdere ervaringen met ziekteverzuimsituaties in verschillende mate benutten. Voor werknemers blijken eerdere ervaringen zowel een remmend als stimulerend effect te kunnen hebben. Een deel van hen is bang (weer) 'gepusht' te worden en reageert afwachtend, anderen gebruiken deze ervaringen om reïntegratie-initiatieven te nemen.

4.5.3 Verband met verschillen in verzuimbeleid

Om na te gaan of er een verband is tussen verschillen in reïntegratiegedrag en verschillen in verzuimbeleid van de organisaties waarin ze gesitueerd zijn, zijn casussen uit twee organisaties gevolgd (zie SUBPARAGRAAF 3.2.2). TABEL 4.6 maakt zichtbaar hoe in organisatie A en organisatie B de casussen over de verschillende categorieën (beide actief, beide afwachtend, één actief en één afwachtend) verspreid zijn.

TABEL 4.6 Spreiding van casussen op het moment I en II, onderscheiden naar organisaties

ORGANISATIE A		ORGANISATIE A		Toelichting ○○ werknemer en leidinggevende beide afwachtend ●○ werknemer actief, leidinggevende afwachtend ○● leidinggevende actief, werknemer afwachtend ●● werknemer en leidinggevende beide actief De nummers verwijzen naar de elf casussen.
○○ 2, 3, 5	●○ 6	○○ 2, 3, 6	●○	
○●	●● 4, 7	○●	●● 4, 5, 7	
ORGANISATIE B		ORGANISATIE B		
○○ 8, 10, 11	●○ 9	○○ 8, 11	●○	
○●	●● 12	○●	●● 9, 10, 12	

I NA DE ZIEKMELDING

II NA HET CONSULT BIJ DE BEDRIJFSARTS

In deze beginfase ziet de spreiding van de casussen over de verschillende typen reïntegratiegedrag er voor de twee organisaties vrijwel hetzelfde uit. Zowel op MOMENT I als II doen zich bij beide organisaties zowel casussen met *actief* als met *afwachtend* reïntegratiegedrag

voor. In beide organisaties is er in een uitzonderingscasus waarin het gedrag van werknemer en leidinggevende aanvankelijk van elkaar verschilt en is deze op MOMENT II naar één van beide andere categorieën verschoven. Na het consult bij de bedrijfsarts is voor beide organisaties een toename van casussen met *actief* reïntegratiegedrag te zien.

In de volgende hoofdstukken wordt opnieuw nagegaan of verschillen in reïntegratiegedrag, nadat ze verder uitgekristalliseerd zijn, te relateren zijn aan verschillen in verzuimbeleid.

4.6 Conclusies over reïntegratiegedrag in de eerste weken na de ziekmelding

Ter afsluiting van dit hoofdstuk worden de bevindingen over het reïntegratiegedrag in de elf casussen in de beginfase samengevat. Teruggrijpend op de onderzoeksvragen zijn over deze eerste episode de volgende conclusies te trekken.

Voorafgaand aan de ziekmelding is er niet of nauwelijks overleg geweest tussen werknemer en leidinggevende om uitval te voorkomen. Zowel werknemers als leidinggevendenden ervaren de ziekmelding als een abrupt moment, ondanks het feit dat er in de meeste casussen een langere periode van gezondheidsproblemen aan vooraf is gegaan. De werknemers benadrukken, nadat ze geprobeerd hebben het werk zo lang mogelijk vol te houden, de onvermijdelijkheid van de ziekmelding. Voor de leidinggevendenden komt de ziekmelding onverwacht. Op het moment van ziekmelding staat de behoefte aan duidelijkheid over de medische situatie op de voorgrond. De bedrijfsarts wordt pas na de ziekmelding bij de situatie betrokken.

In de ontwikkeling van het reïntegratiegedrag is een aantal patronen te zien. Al meteen na de ziekmelding doen zich verschillen voor, die zijn getypeerd als *actief* versus *afwachtend* reïntegratiegedrag. Het eerste advies van de bedrijfsarts markeert vervolgens in een aantal casussen de overgang naar activiteit. Na dit moment is er een groter aantal casussen waarin werknemer en leidinggevende actief met werkherhvatting bezig zijn. Op dit patroon van het naar aanleiding van het werkherhvattingadvies in beweging komen zijn twee uitzonderingen. In deze casussen (2, 8) ondernemen werknemer en leidinggevende geen actie, ondanks het oordeel van de bedrijfsarts dat passend werk mogelijk is. De geleidelijke toename van reïntegratie-activiteit betekent niet dat de verschillen in reïntegratiegedrag verdwijnen. Integendeel, na het consult bij de bedrijfsarts tekent zich een differentiatie af: werknemer en leidinggevende anticiperen op adviezen van de bedrijfsarts, handelen op geleide van adviezen van de bedrijfsarts, wachten af nadat de bedrijfsarts werkherhvatting heeft geadviseerd of wachten tot werkherhvatting mogelijk is. Tot slot valt op dat er al gauw in de interactie een zekere afstemming in het reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende ontstaat. Ook in de casussen (6, 9) waarin de werknemer in eerste instantie alleen het initiatief neemt en de respons van de leidinggevende uitblijft, gaat de activiteit van werknemer en leidinggevende na het consult bij de bedrijfsarts gelijk op.

De bedrijfsarts heeft een bijzondere positie in het samenspel met werknemer en leidinggevende. Haar inbreng in het reïntegratieproces hangt samen met het type reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende. Afhankelijk van of zij minder of meer actief handelen, is haar feitelijke rol meer of minder initiërend. In casussen waarin het initiatief aan de bedrijfsarts wordt overgelaten, betekent dit echter niet dat (werkherstattings) adviezen altijd en volledig worden opgevolgd.

De casussen met verschillende typen reïntegratiegedrag onderscheiden zich in een aantal opzichten van elkaar. In termen van het conceptueel raamwerk kunnen verschillen in normatieve roloriëntaties, cognitieve handelingsoriëntaties, benutting van hulpbronnen en effecten in de interactie worden aangemerkt als factoren die verband houden met verschillen in reïntegratiegedrag. Bij verschillen in normatieve roloriëntaties gaat het om uiteenlopende opvattingen van werknemers en leidinggevendenden van hun rol in het reïntegratietraject. Werknemers en leidinggevendenden kennen zichzelf en elkaar een actieve rol bij reïntegratie toe, ongeacht of er een werkherstattingsadvies van de bedrijfsarts ligt, of leggen het initiatief primair bij de bedrijfsarts of de behandelend medicus, waarna ze zich er in meerdere of mindere mate aan gebonden achten. Deze verschillen in normatieve roloriëntaties hangen samen met contrasten in cognitieve handelingsoriëntaties. Tegenover de zienswijze die de ziekteverzuimsituatie verbindt met het vraagstuk van inzetbaarheid, staat de visie waarin ziekteverzuim primair als medische aangelegenheid wordt beschouwd en waarbij het oordeel van de medicus leidend wordt geacht. Over de benutting van hulpbronnen is opgemerkt dat in casussen met actief reïntegratiegedrag meer gebruik wordt gemaakt van informatie en opgedane ervaringen. In het interactieproces zijn vervolgens tegengestelde effecten zichtbaar. Wanneer het overleg tussen werknemer en leidinggevende op gang komt en ideeën en verwachtingen over en weer worden uitgewisseld, werkt dit als stimulans voor verdere activiteit. Zo bleek hoe een toevallig gepland POP-gesprek als katalysator fungeert. Werknemers en leidinggevendenden die afwachtend reageren en waarvan de acties bestaan uit het uitvoeren van adviezen van de bedrijfsarts, hebben minder overleg met elkaar. Er vindt minder informatie-uitwisseling plaats. In verschillende van deze casussen zijn de werknemers onzeker over wat ze kunnen verwachten.

Tot slot is vastgesteld dat er in deze beginfase geen verband is tussen verschillen in reïntegratiegedrag en de herkomst van casussen uit organisatie A of B. In beide organisaties doen zich casussen voor met meer en minder actief reïntegratiegedrag en in beide zijn overeenkomstige patronen van toenemende activiteit en van afstemming van reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende geconstateerd.

5 Vier maanden na de ziekmelding

5.1 De tweede interviewronde

In dit hoofdstuk wordt op basis van de tweede ronde interviews geanalyseerd hoe het reïntegratiegedrag in de elf casussen zich vier maanden na de ziekmelding ontwikkelt. Deze tweede interviews vinden plaats omstreeks de 16^e week na de ziekmelding.⁸

In de maanden na de ziekmelding gaan de werknemers verschillende keren naar de bedrijfsarts, met tussenpozen van 3 à 4 weken. De bedrijfsarts bespreekt met de werknemers de voortgang van het gezondheidsherstel en de mogelijkheden voor reïntegratie. Deze spreekuurcontacten resulteren in vervolgadvisen aan werknemer en leidinggevende, zowel wat het herstelproces betreft als ten aanzien van de belastbaarheid op korte en langere termijn. Het algemene beeld is dat het herstel langzamer gaat dan verwacht. De gezondheidsklachten van de werknemers duren voort en de medische prognoses zijn nog in meerdere of mindere mate onzeker. In de meeste casussen is sprake van toenemende arbeidsmogelijkheden van de werknemer. De feitelijke situatie wat werkherleving betreft ten tijde van de tweede interviews is weergegeven in TABEL 5.1.

TABEL 5.1 *Werkherleving vier maanden na de ziekmelding*

WERKHERLEVING	CASUS	BIJZONDERHEDEN	SINDS
niet	2		n.v.t.
	11		n.v.t.
gedeeltelijk	3	enkele uren passende werkzaamheden	15 ^e week
	5	enkele uren passende werkzaamheden	6 ^e week
	7	gedeeltelijk hervat in eigen werk met aangepaste diensten, op basis van boventalligheid	13 ^e week
	8	gedeeltelijk hervat in eigen werk, 50% hersteld gemeld	16 ^e week
	9	gedeeltelijk hervat in eigen werk, 8% hersteld gemeld	17 ^e week
volledig	12	gedeeltelijk hervat in eigen werk, 50% hersteld gemeld	16 ^e week
	4	in eigen werk, met aangepaste diensten	11 ^e week
	6	in eigen werk	11 ^e week
	10	in eigen werk	10 ^e week

⁸ De interviews met werknemers en leidinggevendenden concentreren zich in de periode van 14 tot 21 weken na het begin van het ziekteverzuim. De interviews met de bedrijfsarts – waarin verschillende casussen gecombineerd ter sprake komen – kennen een grotere spreiding rond de 16e week. In één casus (9) wordt gesproken met de nieuwe leidinggevende die de waarnemend leidinggevende is opgevolgd.

De tabel laat zien dat in de meeste casussen de werknemers geheel of gedeeltelijk in het arbeidsproces zijn teruggekeerd, in de eigen functie of in passend werk. In drie casussen (4, 6, 10) beoordeelt de bedrijfsarts de werknemers na een aantal weken arbeidsgeschikt, waarna ze hersteld gemeld worden en terugkeren in eigen werk. Van drie werknemers (casus 8, 9, 12) wordt verwacht dat ze binnen korte of langere tijd terug zullen keren in de eigen functie, al bestaan er twijfels over de inzetbaarheid op langere termijn. Ook in twee andere casussen (2, 11) verwacht de bedrijfsarts dat terugkeer in de eigen functie mogelijk is, al zal dat in één daarvan (11) geruime tijd duren. In drie casussen (3, 5, 7) houdt de bedrijfsarts rekening met blijvende arbeidsongeschiktheid voor eigen werk en adviseert ze te zoeken naar passend werk.

De uitbreiding van arbeidsmogelijkheden gaat gepaard met toenemende reïntegratie-activiteit. In de volgende PARAGRAAF (5.2) komt de variatie in reïntegratiegedrag vier maanden na de ziekmelding aan de orde. Daarna (PARAGRAAF 5.3) worden de ontwikkelingen in reïntegratiegedrag en de belangrijkste overeenkomsten en verschillen besproken, waarbij in het bijzonder verbanden met de verschillen in verzuimbeleid en het al dan niet aanwezig zijn van het wettelijk voorgeschreven plan van aanpak worden belicht. Tot slot (PARAGRAAF 5.4) worden conclusies geformuleerd.

5.2 Reïntegratiegedrag vier maanden na de ziekmelding

5.2.1 Verschillen in reïntegratiegedrag na vier maanden

Vier maanden na de ziekmelding is de activiteit over het geheel beschouwd toegenomen. Op basis van interviewuitspraken is opnieuw een indeling van het reïntegratiegedrag gemaakt. De verantwoording van de rubricering in de categorieën *actief* of *afwachtend* is weer in een bijlage opgenomen (Zie BIJLAGE III: *Methodologische verantwoording van de classificatie van reïntegratiegedrag vier maanden na de ziekmelding*). Dit resulteert in de indeling van de elf casussen zoals deze in TABEL 5.2 is weergegeven.

TABEL 5.2 Reïntegratiegedrag van werknemers en leidinggevendenden vier maanden na de ziekmelding

○ ○ 2, 11	● ○	Toelichting ○ ○ werknemer en leidinggevende beide afwachtend ● ○ werknemer actief, leidinggevende afwachtend ○ ● leidinggevende actief, werknemer afwachtend ● ● werknemer en leidinggevende beide actief De nummers verwijzen naar de elf casussen.
○ ●	● ● 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12	

In het merendeel van de casussen zijn werknemer en leidinggevende, met advies van de bedrijfsarts, op de een of andere wijze met de terugkeer in het arbeidsproces bezig. Het aanvankelijk gemaakte onderscheid tussen *afwachtend* en *actief* reïntegratiegedrag is niet meer toereikend om de verschillen in reïntegratiegedrag weer te geven. Een deel van de

werknemers en leidinggevendens wacht niet op vervolgadvisen van de bedrijfsarts en neemt initiatieven die vooruitlopen op toekomstige arbeidsmogelijkheden. Anderen volgen hetgeen de bedrijfsarts op dat moment adviseert en geven daar uitvoering aan. In twee casussen voeren werknemer en leidinggevende adviezen van de bedrijfsarts in afgezwakte vorm of een langzamer tempo uit. Daarnaast zijn er twee casussen waarin werknemer en leidinggevende *afwachtend* blijven. TABEL 5.3 laat de spreiding zien van de casussen over de aldus te onderscheiden verschillen in reïntegratiegedrag.

TABEL 5.3 *Differentiatie in reïntegratiegedrag vier maanden na de ziekmelding*

AFWACHTEND	ACHTERBLIJVEND	VOLGEND	VOORUITLOPEND
2, 11	8, 9	3, 5, 6, 10	4, 7, 12

De elf casussen worden hieronder per type besproken, waarbij achtereenvolgens de casussen met vooruitlopend, volgend, achterblijvend en afwachtend gedrag aan de orde komen.

5.2.2 *Vooruitlopend op adviezen van de bedrijfsarts*

Hieronder worden de drie casussen (4, 7, 12) besproken waarin werknemer en leidinggevende direct na de ziekmelding reïntegratie-initiatieven namen en ook in de maanden na de ziekmelding *actief* met de reïntegratie bezig blijven. Deze werknemers zijn vier maanden na de ziekmelding volledig of gedeeltelijk (al dan niet met aanpassingen) aan het werk.

In *casus 4* is de werknemer, na een paar weken op boventallige basis te hebben gewerkt, in de 11^e week na de ziekmelding teruggekeerd in haar eigen werk, met aangepaste diensten. De gezondheidsproblemen zijn nog niet voorbij. Terugblikkend op de reïntegratie zeggen werknemer en leidinggevende dat ze daarin beiden actief zijn geweest. De leidinggevende heeft door aanpassingen van roosters, met diensten die aansluiten bij de belastbaarheid van de werknemer, een tijdelijke oplossing gecreëerd. De werknemer vindt dat ze zelf *'weer vlot is geweest met terug komen'* en laat zich positief uit over de begeleiding door de leidinggevende:

Werknemer casus 8: *Ze luistert. Ze geeft handvaten. En ze houdt rekening met, ja, met dat ik half zorg en met vieruursdiensten. En ik had, vanaf het begin af aan al gezegd: plan me in november maar een keer een hele dag in.* 289

Na de herstelmelding zetten werknemer en leidinggevende gesprekken over de gezondheidssituatie en het bereiken van een definitieve oplossing voort:

Leidinggevende casus 4: *Want het is natuurlijk ook iets van: wat heeft ze hier van geleerd, hoe is ze hier in terecht gekomen, hè? (...) Ik kan niet van mezelf zeggen: ik heb niks aan <naam werknemer> gedaan. Daar heb ik alles aan gedaan als hoofd om die terug te krijgen (...) op de werkvloer.* 75, 228

De leidinggevende stimuleert de werknemer zich op andere functies te oriënteren en hierover advies in te winnen bij de verzuimcoördinator, loopbaandeskundigen en de

bedrijfsarts. Ze waarschuwt de werknemer voor irreële verwachtingen en benadrukt dat er geen vacature te verwachten is die aansluit bij de opleiding waarmee de werknemer gaat beginnen. De werknemer hoopt dat ze met deze opleiding kans zal maken op een minder belastende functie buiten of binnen de organisatie. De bedrijfsarts heeft de begeleiding afgesloten.

In *casus 7* heeft de bedrijfsarts de verwachting uitgesproken dat de werknemer blijvend arbeidsongeschikt voor eigen werk is. De werknemer wacht een herplaatsingstraject niet af en doet voorstellen om het werk te hervatten. Eerst probeert ze het op een meerzorgafdeling, maar dat blijkt te zwaar. De leidinggevende gaat daarna akkoord met haar voorstel om het eigen werk met aangepaste diensten te hervatten. Hij zoekt met de werknemer naar het voor haar optimale rooster en voert daarvoor noodzakelijke veranderingen door in de afdelingsroosters:

Leidinggevende casus 7: *Op het moment dat je in de één zijn rooster gaat roeren, dan heeft dat gevolgen voor anderen. Ja, dat moet gewoon even tegen het licht gehouden worden.*

Van: welke mogelijkheden zijn er? (...) Sowieso zal haar rooster daarop aangepast moeten worden, want ze heeft ook een blokje van vier of vijf nachten heeft ze daar tussen zitten.

We zullen toch moeten gaan denken van: hoe kunnen we dat gaan spreiden? (...) Op zich zal dat wel een puzzel worden. 43-49

De werknemer vindt dat ze zelf een initiërende rol heeft gehad en dat de terugkeer in de werksituatie vooral haar eigen verdienste is, waarbij de leidinggevende er 'uiteindelijk goed op ingesprongen' is. Ze start ondertussen met een opleiding met de bedoeling dat ze in de toekomst naar een andere functie buiten de huidige organisatie kan solliciteren. Ze bespreekt dit wel met de bedrijfsarts, maar niet met de leidinggevende:

Werknemer casus 7: *Gewoon voor de toekomst van ja, ik weet niet hoe het verder gaat. (...)*

Dat heb ik zelf bedacht, ja. (...) Dat weet hij nog niet nee. <Naam bedrijfsarts> wel. (...) Die juicht het alleen maar toe. (...) Ook voor de toekomst, dat ze zoiets heeft van: nou ja prima.

229-231, 379-383

Werknemer en leidinggevende maken actief gebruik van adviezen van de behandelaars, de bedrijfsarts en de verzuimfunctionaris in de organisatie. Zo adviseert de fysiotherapeut om tijdens het werk voor voldoende afwisseling qua houding en beweging te zorgen:

Werknemer casus 7: *M'n fysiotherapie geeft me heel veel duidelijke handvaten. (...) Waar ik op moet letten en oefeningen die ik gewoon tussendoor zo op de gang moet doen om even die rug..., tegen de muur gaan staan, die rug even oprekken. (...) En die oefeningen, die neem ik heel goed met de fysiotherapeut door. Dat gaat ook prima.* 88-90, 112

De leidinggevende benadrukt het belang van het consulteren van experts, waaronder de bedrijfsarts. Hij zegt het als 'gemiste kansen' te zien om niet van expertise van anderen gebruik te maken. Zowel werknemer als leidinggevende laten zich in positieve bewoordingen uit over hun onderlinge contact, dat op het moment van de ziekmelding als problematisch ervaren werd:

Leidinggevende casus 7: *Ik sta versteld. (...) Ja, positief. Dus..., ik kan niet anders zeggen.*

Eerlijk is eerlijk. (...) Hij mailde me laatst nog of ik ook tegen tekortkomingen aan liep, of er dingen waren die niet lukten of dat soort dingen. Dus nou ja, het contact is er. 52-56, 76

De bedrijfsarts sluit de begeleiding af in het vertrouwen dat werknemer en leidinggevende met elkaar het terugkeerproces behartigen.

In casus 12 heeft de werknemer gedeeltelijk haar eigen werk hervat. In onderling overleg komen werknemer en leidinggevende tot een dienstrooster dat minder belastend is. Ze bespreken het terugkeertraject en maken een plan voor een gefaseerde opbouw van het aantal uren. Ook komen, mede naar aanleiding van adviezen van de bedrijfsarts, mogelijkheden van ander werk en van vermindering van het aantal contracturen aan de orde. Voor de werknemer is de vraag hoe ze haar werk, ondanks haar gezondheidsproblemen, kan blijven doen een belangrijk thema:

***Werknemer casus 12:** Het is ook een stukje, wat mij al een paar keer meegedeeld is, dat ik goed om mezelf moet denken en of ik dit werk wel wil blijven doen. En dat stemt je inderdaad tot nadenken. En dan denk ik: ja, ze hebben misschien toch wel gelijk? En daar denk je dan wel over na. 266*

De leidinggevende schakelt verschillende deskundigen (ergotherapeut, in tiltechnieken geschoolde collega's, arbo-functionaris voor werkplekonderzoek) in voor advies over de fysieke werkhouding van de werknemer en aanpassingen in de werksituatie. Bovendien geeft ze de werknemer tijdens de uitvoering van haar werk feedback op haar wijze van werken, om haar te leren 'begrenzen':

***Leidinggevende casus 12:** Het is een reëel probleem, want het is héél pittig, vaak. En met háár gezondheidsklachten wéét ik ook niet of het kan? Maar ik heb ook tegen haar gezegd: volgens mij valt er heel veel winst te halen over hoe jij beweegt en hoe jij met jezelf om gaat en hoe jij..., hè? Dat gejakker met die bewoners en dat harde werken en dat er eens af? Ben je bereid om te veranderen, want dat vind ik belangrijk. Nou, en daar is <naam werknemer> wel toe bereid. Ze moet het alleen soms wat meer praktiseren nog. 70*

Werknemer en leidinggevenden hebben gestructureerde vervolgafspraken over deze coaching, over de medische situatie en over het reïntegratietraject.

Deze drie casussen hebben gemeenschappelijk dat werknemer en leidinggevende, die meteen na de ziekmelding actief reageerden, vier maanden later actief met reïntegratie bezig zijn. Ze doen voorstellen, proberen aanpassingen in de eigen werksituatie uit en oriënteren zich op andere opties dan terugkeer in de eigen functie. Ze richten zich daarbij niet alleen op bestaande situaties, maar zoeken naar oplossingen die zijn toegesneden op de belastbaarheid van de werknemer en een duurzaam karakter hebben. Kenmerkend voor deze drie casussen is dat het ziekteverzuim vanaf het begin door zowel werknemer als leidinggevende in een langere termijnperspectief wordt geplaatst. De toekomstige inzetbaarheid is onderdeel van de gesprekken over reïntegratie. In de casus waarin een eind komt aan het ziekteverzuim, krijgen de gesprekken een vervolg. De bedrijfsarts vervult in deze casussen vooral de rol van expert en adviseur. Werknemer en leidinggevende zien het als hun gezamenlijke verantwoordelijkheid om op basis van de adviezen tot optimale keuzes te komen. In geen van deze casussen is sprake van volledig herstel.

In alle drie casussen maken werknemer en leidinggevende actief gebruik van verschillende soorten informatiebronnen. Ze gebruiken hun eigen inzichten en ervaringen om dienstroosters en werkwijzen aan te passen. Daarnaast winnen ze medisch, arbeidskundig of ergonomisch advies in. De bedrijfsarts wordt geconsulteerd over de haalbaarheid en duurzaamheid van verschillende opties. Op deze manier worden deskundigheden

aangewend om tot verantwoorde beslissingen te komen. Bovendien neemt door de intensiteit van het onderlinge overleg en het uitproberen van opties de beschikbare informatie toe, zowel over de belastbaarheid in verschillende situaties als over elkaars doelen en verwachtingen. Het actieve handelen geeft werknemer en leidinggevende op deze wijze zicht op de verdere reïntegratiemogelijkheden en elkaars ideeën daarover. Niet alle informatie wordt uitgewisseld. Zo bespreekt één van de werknemers niet met de leidinggevende dat ze met een opleiding is begonnen om zodoende haar loopbaanmogelijkheden te vergroten.

5.2.3 Adviezen van de bedrijfsarts volgend

In vier casussen (3, 5, 6, 10) sluiten werknemer en leidinggevende vier maanden na de ziekmelding met hun acties aan bij de arbeidsmogelijkheden die de bedrijfsarts op dat moment aangeeft. Eerst bespreken we twee casussen (3, 5) waarin de bedrijfsarts verwacht dat de werknemer arbeidsongeschikt blijft voor eigen werk en een formeel herplaatsings-traject wordt voorbereid. Vervolgens komen twee casussen (6, 10) aan de orde waarin de werknemers in de 10^e week na de ziekmelding volledig zijn teruggekeerd in eigen werk.

In *casus 3* doet de werknemer gedurende een aantal uren per week administratieve taken, in afwachting van herplaatsing in een passende functie. Ze heeft daar zelf op aangedrongen. Vervolgens stelt ze voor om bij wijze van proef een avond mee te draaien in haar eigen functie. Over het traject, de rolverdeling daarin en wat het verzuimbeleid voor haar betekent, is de werknemer onzeker:

Werknemer casus 3: *Daar heb ik geen idee van, hoe dat verder gaat. Ik weet alleen dat ik <datum> terug moet naar <naam bedrijfsarts>, voor een vervolggesprek, en dan maakt die een afspraak met de mensen voor de reïntegratie, met (...) de verzuimcoördinator, voor een verzuimgesprek, samen met <naam bedrijfsarts>. (...) Daar merk ik helemaal niks van en daar sta ik ook helemaal niet bij stil. (...) En ik moet zeggen: ik krijg er wel allerlei papieren van hoor, die stop ik allemaal in een map. (...) Het zit nog wel in een map hoor, het ligt wel allemaal bij elkaar. 71-74, 206-208, 234*

De leidinggevende spreekt met de werknemer vooral over haar gezondheidssituatie. Ze ziet het als haar taak ‘een luisterend oor’ te bieden en de werknemer tot steun te zijn. Het terugkeertraject beschouwt ze als iets waarin de werknemer zelf beslissingen moet nemen en waarbij ze hooguit suggesties kan doen, zoals eerst herstellen om dan vanuit de reguliere werksituatie op een andere functie te solliciteren. Als de werknemer laat weten dat ze haar eigen werk graag wil proberen, verwijst de leidinggevende naar de bedrijfsarts. In haar optiek zijn de bedrijfsarts en de verzuimcoördinator in deze fase sturend:

Leidinggevende casus 3: *En <naam bedrijfsarts> is dan ook degene die de beslissing moet nemen en dan weet ik niet qua medicijngebruik en ook..., wat er mag en kan. (...) Dat heb ik ook tegen <naam werknemer> gezegd van: je moet eerst vragen wat de bedoeling is, hoe lang of dit kan. 101, 128*

De initiatieven komen overwegend van de werknemer, na adviezen van de bedrijfsarts. De leidinggevende volgt ‘de vorderingen’ en laat zich informeren, maar heeft niet een initiërende rol bij het zoeken naar reïntegratiemogelijkheden.

Ook in *casus 5* heeft de bedrijfsarts de verwachting uitgesproken dat de werknemer arbeidsongeschikt blijft voor eigen werk. De werknemer doet nog altijd één keer in de week een aantal taken op haar werk. Ze vindt het lang duren voordat er stappen worden gezet gericht op herplaatsing. Het is haar duidelijk dat ze niet terug kan keren in de eigen functie, maar ze is onzeker over het verdere traject. Ze houdt er rekening mee dat de organisatie aanstuurt op ontslag en besluit haar partner mee te nemen naar het volgende gesprek tussen haar, de verzuimcoördinator, de bedrijfsarts en de leidinggevende:

Werknemer casus 5: *Ik denk toch van: misschien zetten ze je wel voor het blok, of laten ze je wat tekenen wat je niet wil? <Naam echtgenoot> zei ook direct van: ik ga mee. We tekenen ook direct niks, het wordt eerst mee naar huis genomen, dat gaan we eerst bekijken.* 22

De leidinggevende gaat ervan uit dat met name de bedrijfsarts en de verzuimcoördinator met de werknemer vorm geven aan het herplaatsingstraject. Ze benadrukt dat het tempo niet te hoog moet liggen om te voorkomen dat werknemer het gevoel krijgt dat de organisatie op ontslag aanstuurt:

Leidinggevende casus 5: *Dat doet <naam bedrijfsarts>. Ja, <naam bedrijfsarts> in samenspraak met <naam verzuimcoördinator> en ik geloof dat als ik het goed heb, dan wordt er <datum>, is er een gesprek met <naam werknemer> en de bedrijfsarts en mij. (...) Ik denk wel dat het goed is dat je daar de tijd voor neemt. (...) Op het moment dat medewerkers dat niet zien, dan krijg je hele andere problemen er bij en dan wordt het van: ze willen me kwijt.* 47-49

Werknemer en leidinggevende overwegen beiden voor zichzelf mogelijkheden voor passend werk en noemen daarbij dezelfde functies als opties, maar spreken er met elkaar niet over. Ze volstaan met het continueren van de lichte werkzaamheden en wachten initiatieven van de verzuimfunctionaris en de bedrijfsarts af.

In *casus 6* begint de werknemer in de 11^e week na de ziekmelding weer in haar eigen functie, in aansluiting op de adviezen van de bedrijfsarts. Ze vindt de aanpassingen in haar rooster onvoldoende; ze ervaart nog problemen in het werk:

Werknemer casus 6: *Het is wél beter, ik kan niet zeggen dat ik me al weer honderd procent lekker voel en dat alles lekker gaat op het werk.* 3

Naar de indruk van de leidinggevende is de werknemer hersteld en zijn de aanpassingen in het rooster toereikend geweest. Hij is van oordeel dat hij voor haar geen uitzondering kan maken, omdat hij geen verschil kan maken tussen werknemers:

Leidinggevende casus 6: *Als iemand een basisrooster heeft, kun je ook niet zomaar de dienst bij iemand anders weghalen, want die heeft daar z'n leven ook op afgestemd, hè? (...) Haar wens was toen om voor twee dagen in de week aan het werk te gaan en niet méér, ja, zo wérkt dat niet. Je werkt hier alle diensten in principe, en als je twee dagen in de week wilt werken, dan moet je ergens anders heen gaan. Dat heb ik ook gelijk tegen haar gezegd: dat kan niet, dat wil niet, dan moet je wat anders opzoeken. (...) 'Heb ik niet, kan ik ook niet maken ten opzichte van de rest: iedereen moet zijn onregelmatige diensten draaien, en er is géén reden waarom jij dat niet zou kunnen'. Da's gewoon een kwestie van organiseren.* 29-36

Gedurende het terugkeertraject hebben werknemer en leidinggevende weinig overleg met elkaar gehad, noch over het herstel en de werkhervatting, noch over de toekomst. De belastbaarheid en de inzetbaarheid van de werknemer zijn, ondanks de frequentie van het verzuim in de voorgaande maanden, niet of nauwelijks onderwerp van gesprek geweest.

De leidinggevende twijfelt aan het nut om met werknemers over hun loopbaanwensen te spreken. Onder verwijzing naar ervaringen met dit soort gesprekken gaat hij ervan uit dat werknemers geen ambities voor ander werk of opleiding hebben. De werknemer zegt zich wel te oriënteren op mogelijkheden voor ander werk, maar onderneemt daarin geen concrete acties. Na de herstelmelding richten werknemer en leidinggevende hun aandacht op de reguliere werksituatie.

In *casus 10* is de werknemer na het eerste consult bij de bedrijfsarts begonnen met passende werkzaamheden voor het volledige aantal uren. Vervolgens is ze eerst voor de helft hersteld gemeld en vanaf 10e week na de ziekmelding volledig aan het werk in de eigen functie. De leidinggevende beslist dit op basis van het advies van de bedrijfsarts voor urenuitbreiding. De werknemer legt zich hierbij neer. Het ziekteverzuim is in haar ogen iets dat haar overkomt: 'je kunt er niets aan doen', 'je kiest er niet voor'. Achteraf is ze ontevreden over hoe ze 'aan het werk gezet' is:

Werknemer casus 10: *<Naam bedrijfsarts> vond, nou ja, ik kon gewoon de hele dag hier wel zijn. Dan ben je toch heel gauw geneigd weer om teveel dingen te doen eigenlijk. (...) Ik denk dat ik daar niet zo heel veel heb in te brengen hoor, zelf niet. Ja kijk, ze zeggen: je moet er zijn, en niet dat ze mij nu voorkauwen wat ik moet gaan doen. Dus dat kon ik wel zelf, wel invullen. (...) Ik begrijp het ook allemaal wel, het kost natuurlijk een hoop geld.* 150, 172, 226

Na de herstelmelding is er geen verder overleg tussen werknemer en leidinggevende. De leidinggevende gaat ervan uit dat de bedrijfsarts en de werknemer met elkaar over de verzuimoorzaken en de inzetbaarheid spreken. Naar zijn idee komt de relatie tussen hem en de werknemer door de opeenvolgende ziekmeldingen 'een beetje onder spanning' te staan. Hij is terughoudend om het gesprek met de werknemer hierover aan te gaan:

Leidinggevende casus 10: *Er zijn mensen waarbij je het gevoel hebt: als ik dit onderwerp met je aanroer, dan haak je af en dan ben ik je kwijt, hè. Dan melden ze zich ziek met weet ik wat voor klachten. En daar heb ik dan geen grip meer op en daar moet je ook heel voorzichtig mee zijn. (...) Nou, ik denk dat ze dan dreigen af te haken en dan ben je ze misschien voor een langere tijd kwijt.* 24, 56

De werknemer hoopt in stilte op een regeling voor vervroegde uittreding of voor vermindering van de werktijd, want de baan in de huidige omvang valt haar zwaar. Dit komt niet ter sprake in contacten met de leidinggevende. Evenmin vindt er overleg plaats tussen leidinggevende en bedrijfsarts, ook al constateren beiden dezelfde problemen in de begeleiding van de werknemer. De bedrijfsarts rondt de begeleiding na de herstelmelding af. Niet lang daarna meldt de werknemer zich opnieuw twee keer voor korte tijd ziek.

In deze vier casussen handelen werknemer en leidinggevende in reactie op adviezen van de bedrijfsarts. De bedrijfsarts heeft op deze manier feitelijk een bepalende rol in het terugkeerproces. Naast deze overeenkomsten zijn er verschillen, zoals hieronder wordt geschetst.

In twee van deze casussen (3 en 5) doet de werknemer passend werk totdat herplaatsing gerealiseerd zal worden. Na het advies van de bedrijfsarts dat passend werk mogelijk is, doen de werknemers voorstellen voor de werkzaamheden die ze willen doen. Deze werknemers en leidinggevendenden zijn niet nadrukkelijk bezig met vervolgstappen. De leidinggevendenden

beschouwen het doen van passend werk als overbrugging tot er een structurele oplossing is. Tevens zien ze het als manier om contact te houden en te voorkomen dat er een drempel voor werkhervatting ontstaat. Voor zichzelf zien ze daarin de rol als aanspreekpunt voor de werknemer of bij het uitleg geven bij de gang van zaken. De bemiddeling naar ander werk binnen of buiten de organisatie beschouwen ze als taak van de verzuimcoördinator. De werknemers prefereren terugkeer in de eigen functie, maar hebben wel ideeën over herplaatsingsmogelijkheden. Ze wachten echter op initiatieven van de leidinggevende, de verzuimcoördinator of de bedrijfsarts.

In de ander twee casussen (6, 10) bestaan de acties uit het stapsgewijs (laten) terugkeren van de werknemer in de eigen functie. Het patroon is dat ze het advies van de bedrijfsarts afwachten, dat de leidinggevende het advies overneemt en de werknemer opdracht geeft het werk te hervatten voor het door de bedrijfsarts aangegeven aantal uren. Vervolgens werkt de werknemer daaraan mee. Met de werkhervatting komt er een eind aan de reïntegratie-activiteit. Dit gebeurt ondanks eerdere adviezen van de bedrijfsarts om, gezien de frequentie van het ziekteverzuim, in gesprek te gaan over de oorzaken van het herhaalde verzuim en over de combinatie van werk, privésituatie en de belastbaarheid van de werknemer. Beide werknemers koesteren toekomstwensen, maar deze komen tijdens en na het reïntegratietraject niet ter sprake. De leidinggevendenden noemen verschillende overwegingen om (voorlopig) af te zien van gesprekken over de inzetbaarheid van de werknemer. Ze betwijfelen het nut ervan, zien geen mogelijkheden de werknemer alternatieven te bieden of denken dat het aan de orde stellen van werkhervatting ten koste gaat van de relatie met de werknemer.

In tegenstelling tot de hiervoor besproken casussen (zie SUBPARAGRAAF 5.2.2) is er in deze casussen niet een merkbare toename van informatie, noch in de zin van uitwisseling van inzichten en verwachtingen tussen werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts, noch doordat deskundigheid van bijvoorbeeld behandelaars in het reïntegratieproces wordt betrokken.

5.2.4 Achterblijvend bij adviezen van de bedrijfsarts

In twee casussen (8, 9) zijn werknemer en leidinggevende bezig met werkhervatting, maar hun acties reiken minder ver dan wat de bedrijfsarts qua belastbaarheid mogelijk acht. Het betreft casussen waarbij de bedrijfsarts verwacht dat de werknemer volledig zal herstellen en terug zal kunnen keren in de eigen functie. Het herstel blijft achter bij aanvankelijke prognoses.

In *casus 8* werkt de werknemer, ondanks het eerdere advies van de bedrijfsarts dat passend werk voor het volledige aantal contracturen mogelijk is, vier maanden na de ziekmelding voor de helft van het aantal uren. De leidinggevende houdt een langzamer tempo aan dan de bedrijfsarts mogelijk acht. Hij is sceptisch over het aanbieden van passend werk ('*ik ga geen werk verzinnen*') en betwijfelt of werkhervatting op dat moment reëel is:

Leidinggevende casus 8: *Ze begint nu wel en dat gaat ook wel, maar het houdt nog niks over. (...) Die <= bedrijfsarts> zegt gewoon wat er mogelijk is aan belastbaarheid, en daar hou je je meestal aan. Je kunt het wel eens een keer niet eens zijn, maar in de meeste gevallen ben je het er wel mee eens. En zoals nu ook: <naam bedrijfsarts> heeft gezegd: probeer het maar, ga maar weer aan het werk. Ik heb die druk er niet op gelegd. (...) Ik wil dat niet verknoeien. (...) Een medewerker moet er lichamelijk, maar ook geestelijk toch wel weer wezen. (...) En dan is dat prima dat <naam bedrijfsarts> weer dat duwtje geeft. 6, 21-27*

De werknemer is bezorgd voor overbelasting. In haar optiek is de bedrijfsarts het meest sturend en ‘duwend’ in het proces. Ze gaat ervan uit dat de leidinggevende en bedrijfsarts haar situatie goed in beeld hebben en met elkaar overleggen:

Werknemer casus 8: *Ik wil wel graag meer hoor, dat is het niet, maar ben bang dat ik dat nog niet..., dat mijn rug daar nog niet sterk genoeg voor is. (...) Die <= bedrijfsarts> houdt het denk ik allemaal heel goed in de gaten en die praat er met <naam leidinggevende> neem ik aan wel over. (...) Ik moet gewoon niet forceren, ik wil zelf wel te snel en je lichaam zegt dan weer: stop. Of je gaat weer te snel...? 46, 185, 255*

In de praktijk vindt echter summier uitwisseling plaats van informatie tussen leidinggevende en bedrijfsarts. Zo is de bedrijfsarts er niet van op de hoogte dat de werknemer andere gezondheidsproblemen heeft, die hun oorsprong hebben in een lange ziekteperiode van een aantal jaren geleden. Gegevens erover ontbreken in het medisch dossier, doordat dit als gevolg van wisselingen van arbodiensten onvolledig is. In het sociaal-medisch overleg, waarbij de bedrijfsarts aanwezig is, komen overwegingen die met het medisch verleden van de werknemer te maken hebben niet aan de orde. De werknemer is selectief in het geven van informatie. Nieuwe gezondheidsklachten bespreekt de werknemer wél met de bedrijfsarts, maar niet met de leidinggevende. Dit leidt ertoe dat leidinggevende en bedrijfsarts, zonder dat ze daarvan op de hoogte zijn, over verschillende informatie beschikken.

In casus 9 doet de werknemer deels passend werk en werkt ze voor een klein percentage in haar eigen functie. De gezondheidsproblemen houden aan. De werknemer is nog steeds verantwoordigd over de wijze waarop ze van de waarnemend leidinggevende opdracht kreeg om, conform het advies van de bedrijfsarts, gedurende het volledige aantal uren passend werk te doen:

Werknemer casus 9: *Je bent nooit ziek en je moet gelijk volledig weer op de werkvloer aanwezig zijn. (...) Dus je mag niet meer ziek wezen, dus toen had ik even zoiets van... Dat vond ik toen wel heel storend. (...) Omdat dat moet van hogerhand vanzelf..., ik bedoel, je moet zo snel mogelijk weer op de werkvloer wezen. (...) Dat vind ik op zich niet zo erg, ik bedoel je onderhoudt wel je contacten en daar ben ik het wel mee eens. (...) Dat ze ons dan volledig weer op de werkvloer hebben willen, ja, dan denk ik van dat gaat me dan wel een beetje te ver. (...) De bedrijfsarts zegt dat ik volledig inzetbaar ben, dus ik ben gewoon volledig inzetbaar en zo wordt dat hier ook opgepakt, dat ik weer volledig inzetbaar ben. 254-266, 290*

De waarnemend leidinggevende is opgevolgd door een leidinggevende die weinig ervaring heeft met ziekteverzuim. Deze ziet zich geconfronteerd met afspraken over de aanwezigheid van de werknemer op het werk, die in eerste instantie voor haar onduidelijk zijn. Ze is zoekende naar haar rol:

Leidinggevende casus 9: Om iemand weer aan het werk te krijgen, dat is jouw doel. Kijk, en dat is een stukje zakelijk aan één kant, maar daarnaast vind ik, moet je ook naar het menselijke kijken. En dat is iets wat jij moet combineren. (...) Dat vond ik heel in het begin – nou ken ik haar wel beter – maar in het begin vond ik dat wel even lastig van: oh ja, daar moet ik om denken en daar moet ik rekening mee houden. Ik denk: ik moet wel vooruit, ik moet niet achteruit. 149, 216

De nieuwe leidinggevende en de werknemer komen tot een voor de werknemer gunstiger rooster voor de passende werkzaamheden. De bedrijfsarts stelt voor de uitbreiding van het aantal uren en het moment van volledige herstelmelding aan hen over te laten. De leidinggevende is van plan urenuitbreiding met de werknemer te bespreken, maar houdt het hervattingspercentage (8%) eerst nog gelijk. Buiten haar medeweten neemt de werknemer diensten van collega's over en doorkruist daarmee de gemaakte afspraken.

Deze twee casussen hebben gemeenschappelijk dat de werknemers zich richten op wat de leidinggevende met de adviezen van de bedrijfsarts doet. De redenen waarom de acties achterblijven bij de door de bedrijfsarts aangegeven mogelijkheden verschillen. In de ene casus (8) remt de leidinggevende bewust het tempo af, deels vanuit de opvatting dat dat past bij de rolverdeling met de bedrijfsarts, deels vanuit het motief dat overhaaste reïntegratie het herstel kan belemmeren. De werknemer sluit zich daarbij aan. In deze casus beschikken de leidinggevende en de bedrijfsarts over verschillende en onvolledige informatie over de gezondheidssituatie van de werknemer. In de andere casus (9) hangt het uitblijven van stappen in het reïntegratietraject samen met de wisseling van leidinggevende. De onbekendheid van de nieuwe leidinggevende met wat er is afgesproken en met de gang van zaken bij ziekteverzuim in het algemeen, heeft een vertragend effect. De werknemer is, na de door haar als dwingend ervaren opdracht die ze van de vorige leidinggevende kreeg, weinig toeschietelijk om de leidinggevende te informeren en met haar tot afspraken over volledige terugkeer te komen. In beide casussen doen zich dus problemen voor in de onderlinge uitwisseling van informatie, zij het dat die problemen uiteenlopend van aard zijn.

5.2.5 Afwachtend

Twee casussen (2, 11) vormen een uitzondering op het algemene beeld van toegenomen reïntegratie-activiteit. In deze casussen blijven werknemer en leidinggevende afwachtend, net als in de beginfase. Er is geen begin van terugkeer in de werksituatie. In de ene casus (2) achtte de bedrijfsarts hervatting in passend werk al eerder mogelijk, in de andere casus (11) ziet de bedrijfsarts sinds kort voor het eerst mogelijkheden voor geleidelijke werkhervatting. Deze twee casussen worden hieronder beschreven.

In casus 2 waren er naar het oordeel van de bedrijfsarts al in de beginfase mogelijkheden om geleidelijk het werk te hervatten, mits passend bij de geconstateerde beperkingen. De bedrijfsarts blijft van mening dat ze, gezien de beroepsnormen waaraan ze gebonden is, niet kan ingaan op een verzoek van de leidinggevende voor nader onderzoek naar de gezondheidssituatie van de werknemer. De leidinggevende heeft de werknemer een aantal

dagdelen passend werk laten uitproberen, maar ze vindt het niet verantwoord om hiermee door te gaan. In het sociaal-medisch overleg krijgt de leidinggevende het advies zich te conformeren aan de adviezen van de bedrijfsarts. In het interview uit ze haar twijfels bij de uitvoerbaarheid daarvan:

Leidinggevende casus 2: *Als naar mij wordt aangegeven: zoek vervangende werkzaamheden of passende werkzaamheden, dan loop ik hier wel tegen aan. (...) Als de organisatie vindt dat ik alleen maar bezig moet zijn met de knieproblematiek en dat dat ook de insteek moet zijn van de bedrijfsarts op dat moment, dan zul je straks toe moeten werken naar iemand die niet meer geschikt is. Is dat onze opdracht? Nou, daar wil ik duidelijkheid over. Want dat is me nu niet duidelijk. 13, 109*

De werknemer gaat ervan uit dat de leidinggevende met voorstellen komt voor terugkeer in de werksituatie, al ziet ze zelf daarvoor eigenlijk geen mogelijkheden. Ze zegt niet te weten of er een diagnose is voor de aanhoudende knieproblemen en wat ze van de behandeling ervan verwacht. Tegenover de leidinggevende antwoordt ze kort en afhoudend op vragen over andere problemen in haar functioneren: 'geen last', 'dat heb ik van kinds af aan al gehad'. Pogingen van de leidinggevende om haar zelf met ideeën te laten komen, hebben geen effect. Leidinggevende en bedrijfsarts overleggen niet met elkaar over de moeizame voortgang van de reïntegratie en de verschillen van inzicht over de gezondheidssituatie van de werknemer.

In casus 11 adviseert de bedrijfsarts in de 14^e week na de ziekmelding dat de werknemer enkele uren per week passend werk kan doen en dat daarna geleidelijk uit te bouwen. Werknemer en leidinggevende besluiten na dit advies een paar weken te wachten en na de zomervakantie afspraken te maken over de wijze van hervatting. Ze hebben tot dan toe enkele keren contact met elkaar gehad over de voortgang op medisch gebied, maar niet gesproken over werkhervatting. De leidinggevende zegt in dit geval niet te willen 'pushen'. De prioriteit ligt voor haar bij het onderhouden van contact en het voorkomen dat er afstand tot het werk ontstaat. Ze ziet de bedrijfsarts als degene die het signaal geeft dat verdere stappen mogelijk zijn:

Leidinggevende casus 11: *Dat begint bij <naam bedrijfsarts>, hè? Kijk, ik kan natuurlijk niet zeggen: jij kan wel wat. Ik kan wel wat voorstellen, maar dan moet ze toch eerst met <naam bedrijfsarts> over die belastbaarheid..., of ik dat mag vragen. (...) Ik kan me voorstellen dat op een gegeven moment een moment komt dat de arts zegt: nou, er mag wel weer eens wat gebeuren, ... wat doen hier. Dat is het moment dat <naam werknemer> en ik samen..., dan is mijn rol om haar een stapje voor te zijn, denk ik. 41, 75*

De werknemer gaat ervan uit dat leidinggevende en bedrijfsarts het moment en de wijze van werkhervatting bepalen en wacht hun voorstellen af. Ze voelt zich nog steeds onzeker over 'wat haar te wachten staat'. Ze vreest teveel en te snel belast te worden:

Werknemer casus 11: *En dat wordt dan snel uitgebouwd en ik had zoiets van: oh, maar dat trek ik nu nog helemaal niet. (...) Verwachten ze dat ik er nu al weer ben en moet ik maar weer, terwijl ik dat eigenlijk nog niet kan? Nou, dan ga je gelijk weer over je strepen. (...) Maar dat je dat traject niet kent, je weet niet wat je te wachten staat. (...) Nu is en blijft het natuurlijk wel zo dat op een gegeven moment zij wel kunnen zeggen van: nu moet je het toch proberen, hè? En dan móet je ook, ik bedoel dat kan je ook niet zeggen van: nou en nu*

nog echt even niet. (...) Je krijgt wel geld normaal voor je werk, dus als zij vinden dat je weer wat moet gaan doen, dan dóe je dat ook sneller. 19, 25, 225, 229

Werknemer en leidinggevende prefereren beiden een behoedzame aanpak en willen niet teveel vooruit lopen op het terugkeerproces. Ze hebben een plan van aanpak opgesteld, maar dit is vooral een weergave van de gesprekken die geweest zijn en is minder gericht op vervolgstappen richting werkhervatting.

In deze casussen gaan de werknemers ervan uit dat het initiatief voor reïntegratie bij de leidinggevende ligt. Ze wachten voorstellen daartoe af. De twee leidinggevenenden besluiten nog niet direct uitvoering te geven aan het advies van de bedrijfsarts. In de ene casus (2) maakt de leidinggevende haar eigen afweging van wat ze verantwoord acht en besluit ze af te wachten tot er meer duidelijkheid komt over de medische situatie. In de andere casus (11) stelt de leidinggevende de uitvoering van het werkhervattingsadvies in verband met de vakantieperiode uit. Beide leidinggevende zeggen in deze situatie voor een voorzichtige aanpak te kiezen.

Kenmerkend voor beide casussen is de geringe toename van informatie. In casus 2 valt op dat de verschillen van inzicht tussen leidinggevende en bedrijfsarts dezelfde zijn als die in de beginfase geconstateerd zijn. Meer duidelijkheid is in de loop van de maanden niet ontstaan. In casus 11 anticiperen werknemer en leidinggevende niet op de terugkeer in de werksituatie. De voorzichtige aanpak van de leidinggevende heeft als effect dat de onzekerheid bij de werknemer toeneemt.

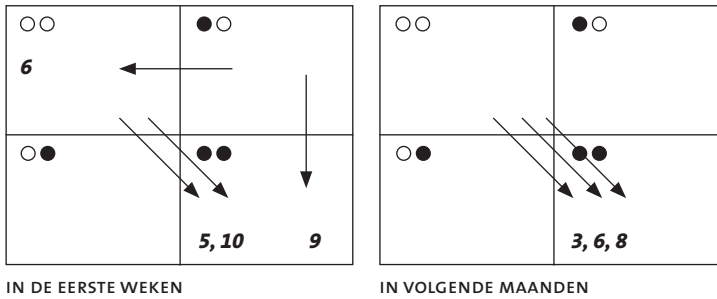
5.3 Ontwikkelingen, overeenkomsten en verschillen na vier maanden

5.3.1 Ontwikkelingen in reïntegratiegedrag na vier maanden

In HOOFDSTUK 4 resulteerde de vergelijking van casussen in eerste instantie in een tweedeling tussen *actief* en *afwachtend* reïntegratiegedrag. Na het eerste consult bij de bedrijfsarts was er in meer casussen sprake van *actief* reïntegratiegedrag. Daarbij tekende zich in twee opzichten een onderscheid af. Ten eerste tussen casussen (4, 7, 12) waarin werknemer en leidinggevende anticipeerden op (vervolg)adviezen van de bedrijfsarts en casussen (5, 10) waarin ze aansloten bij het werkhervattingsadvies van de bedrijfsarts. Ten tweede is een onderscheid opgemerkt tussen casussen (2, 8) met afwachtend gedrag, terwijl de bedrijfsarts werkhervatting heeft geadviseerd en casussen (3, 6, 11) waarin werknemer en leidinggevende zich afwachtend opstellen en de bedrijfsarts werkhervatting nog niet mogelijk acht.

Vier maanden na de ziekmelding is er sprake van toegenomen activiteit, zoals in de vorige paragraaf is uiteengezet. Dat wil zeggen dat in vergelijking met de situatie van de eerste weken na de ziekmelding er meer casussen zijn waarin werknemer en leidinggevende reïntegratie-acties ondernemen. In TABEL 5.4 zijn de verschuivingen weergegeven.

TABEL 5.4 Verschuivingen in de maanden na de ziekmelding



Volgens hetzelfde patroon als in de eerste weken verschuiven nog eens drie casussen (3, 6, 8) van *afwachtend* naar *actief*; het voorstel tot werkhervatting van de bedrijfsarts markeert ook hier de overgang.

Vier maanden na de ziekmelding blijkt nog duidelijker dat het beeld van de variatie in reïntegratiegedrag gedifferentieerder is dan de aanvankelijke tweedeling tussen *afwachtend* en *actief* gedrag. Een onderverdeling in vier typen brengt de verschillen tot uitdrukking. Deze ontwikkelingen worden in **TABEL 5.5** schematisch samengevat.

TABEL 5.5 Veranderingen in reïntegratiegedrag in de maanden na de ziekmelding

I NA DE ZIEKMELDING		II NA HET CONSULT BIJ DE BEDRIJFSARTS		Toelichting
AFWACHTEND	ACHTERBLIJVEND	VOLGEND	VOORUITLOPEND	
○ ○ 2, 3, 5, 8, 10, 11	● ○ 6, 9	○ ○ 2, 3, 6, 8, 11	● ○ 6, 9	○ ○ werknemer en leidinggevende beide <i>afwachtend</i> ● ○ werknemer <i>actief</i> , leidinggevende <i>afwachtend</i> ○ ● leidinggevende <i>actief</i> , werknemer <i>afwachtend</i> ● ● werknemer en leidinggevende beide <i>actief</i>
○ ●	● ● 4, 7, 12	○ ●	● ● 4, 5, 7, 9, 10, 12	
III VIER MAANDEN NA DE ZIEKMELDING				De nummers verwijzen naar de elf casussen.
2, 11	8, 9	3, 5, 6, 10	4, 7, 12	

Vergelijkenderwijs zien we de volgende variatie in reïntegratiegedrag:

- *Afwachtend*

In twee casussen (casus 2, 11) zijn werknemer en leidinggevende *afwachtend*. In één daarvan (casus 2) waren er naar het oordeel van de bedrijfsarts al langere tijd mogelijkheden om met de knieproblemen te reïntegreren, maar acht de leidinggevende het onverantwoord om het advies uit te voeren. In de andere (casus 11) heeft de bedrijfsarts zeer onlangs werkhervatting geadviseerd.

- *Achterblijvend*
In twee casussen (8, 9) blijft de reïntegratie achter bij de door de bedrijfsarts aangegeven mogelijkheden. De leidinggevendenden houden een langzamer tempo aan wat de uitbreiding van de werkzaamheden betreft. De werknemers sluiten zich daarbij aan. De voorzichtige reïntegratie-acties zijn gericht op terugkeer in de eigen functie.
- *Volgend*
In deze casussen (3, 5, 6, 10) ondernemen werknemer en leidinggevende reïntegratie-acties nadat de bedrijfsarts daartoe het signaal geeft. De acties bestaan uit het opvolgen van de adviezen van de bedrijfsarts. Daarbij doen zich twee verschillende situaties voor. In twee casussen (3 en 5) beperken werknemer en leidinggevende zich na het oordeel 'blijvend arbeidsongeschikt voor eigen werk' voornamelijk tot het (laten) uitvoeren van werkzaamheden in afwachting van initiatieven voor herplaatsing. Ze hebben beiden ideeën over ander, passend werk, maar wisselen deze niet met elkaar uit en zetten ze niet in acties om. In twee andere casussen (6, 10) komt een eind aan het ziekteverzuim, waarna werknemer en leidinggevende geen vervolg geven aan hun reïntegratie-acties. Dit ondanks het feit dat de bedrijfsarts hen adviseert vervolgacties te ondernemen en ondanks dat er in beide gevallen sprake van herhaalde ziekmeldingen en voor beiden duidelijk is dat de gezondheidsproblemen niet voorbij zijn.
- *Vooruitlopend*
In drie casussen (4, 7, 12) zijn werknemer en leidinggevende van meet af aan actief met reïntegratie bezig. Ze blijven in de maanden erna anticiperen op volgende stappen en ze proberen uit welke condities het beste bij de belastbaarheid van de werknemer aansluiten. Ze richten zich ook op andere functies binnen en buiten het eigen organisatieonderdeel en overwegen de duurzaamheid van opties. In één van deze casussen (4), waarin aan het ziekteverzuim een eind komt, zetten werknemer en leidinggevende hun inspanningen in verband met de inzetbaarheid van de werknemer voort.

Deze vier typen reïntegratiegedrag onderscheiden zich in een aantal opzichten. Ze verschillen in het moment waarop initiatieven worden genomen, afgezet tegen wat de bedrijfsarts mogelijk acht. De meest actieve werknemers en leidinggevendenden wachten adviezen van de bedrijfsarts niet af, maar lopen met hun initiatieven vooruit op toenemende arbeidsmogelijkheden. De minder actieven handelen op geleide van adviezen van de bedrijfsarts, waarbij soms een lager tempo van werkherleving wordt aangehouden dan de bedrijfsarts adviseert. De minst actieve werknemers en leidinggevendenden blijven afwachting, ook al oordeelt de bedrijfsarts dat werkherleving mogelijk is. Naast verschillen in moment en de aard van de reïntegratie-acties, verschillen de vier typen in de reikwijdte van de ondernomen acties, met name wat het zich al dan niet oriënteren op andere mogelijkheden dan terugkeer in de eigen functie betreft. Een laatste verschil is dat in de drie casussen (4, 6, 10) waarin er een eind komt aan het ziekteverzuim, de casus (4) met *vooruitlopend* gedrag zich onderscheidt van de andere twee doordat de reïntegratie-activiteiten er een vervolg krijgen.

In de beginfase bleek dat het reïntegratiegedrag op elkaar afgestemd raakt, ook in de casussen waarin er in eerste instantie verschil in activiteit is. Het gelijk op gaan van de activiteit van werknemer en leidinggevende blijkt zich voort te zetten. Met name in de

casussen met reïntegratiegedrag dat als *vooruitlopend* is getypeerd, wisselen initiatieven elkaar af: soms neemt de één, soms meer de ander het voortouw, waarna het initiatief beantwoord wordt. Zo leidt in casus 7 het oordeel ‘blijvend arbeidsongeschikt voor eigen werk’ tot intensivering van de activiteit van de werknemer, waarbij de leidinggevende zich aansluit. Bij *volgend* en *afwachtend* gedrag is het patroon dat de leidinggevende naar aanleiding van het advies van de bedrijfsarts met een voorstel of opdracht komt en dat de werknemer zich hieraan conformeert.

De inbreng die de bedrijfsarts in het reïntegratieproces heeft, verschilt al naar gelang het meer of minder actieve gedrag van werknemer en leidinggevende. Een deel van de werknemers en leidinggevendens neemt zelf de regie, in andere situaties heeft de bedrijfsarts feitelijk de regie. Dit laatste betekent overigens niet dat alle aanwijzingen worden opgevolgd. Zo hebben voorstellen van de bedrijfsarts om werknemers en leidinggevendens het initiatief over te laten nemen (casus 9, 11) of hen het overleg over de werkbelasting na de herstelmelding voort te laten zetten (6, 10) niet de beoogde effecten.

5.3.2 *Overeenkomsten en verschillen na vier maanden*

Opnieuw (zie de soortgelijke vergelijking in SUBPARAGRAAF 4.5.2 van het vorige hoofdstuk) wordt hieronder gekeken naar kenmerken waarin casussen die verschillen in reïntegratiegedrag met elkaar overeenkomen en van elkaar verschillen.

Over de gehele linie nemen de arbeidsmogelijkheden toe, maar in alle casussen is er nog in meerdere of mindere mate sprake van gezondheidsproblemen, ook als het ziekteverzuim voorbij is. Overeenkomstig eerdere bevindingen is er geen verband te zien tussen verschillen in reïntegratiegedrag en de mate van door de bedrijfsarts vastgestelde beperkingen. Vier maanden na de ziekmelding gaan vergelijkbare werkhervattingsadviezen opnieuw samen met verschillende typen reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende.

Waar kort na de ziekmelding het elkaar niet kennen van werknemer en leidinggevende een prikkel bleek te kunnen zijn om snel in actie te komen, leidt een tussentijdse wisseling van leidinggevende in één van de casussen (9) tot vertraging in de reïntegratie-activiteit. Na de komst van de nieuwe leidinggevende duurt het enige tijd voordat vervolgstappen worden gezet. Wisselingen in de leidinggevende functie blijken dus zowel een stimulerend effect te kunnen hebben op het ondernemen van reïntegratie-acties, als vertragend te kunnen werken voor de voortgang van de reïntegratie.

De verschillen in typen reïntegratiegedrag gaan samen met meer of minder actieve opvatting van de eigen rol van werknemer en leidinggevende en met het al of niet plaatsen van het ziekteverzuim in de context van de inzetbaarheidsproblematiek. Hieronder wordt toegelicht hoe deze contrasten vier maanden na de ziekmelding duidelijker naar voren komen. In casussen met reïntegratiegedrag dat als *vooruitlopend* is getypeerd, beschouwen werknemer en leidinggevende reïntegratie als hun eigen en elkaars verantwoordelijkheid.

Ze kennen zichzelf een initiërende rol toe in het proces. Hun perspectief is breder dan terugkeer in de huidige functie van de werknemer. Het omvat te creëren maatwerkoplossingen, nieuwe combinaties van taken en functies bij een ander organisatieonderdeel of buiten de organisatie. Ziekteverzuim en reïntegratie worden gezien in de context van de toekomstige inzetbaarheid van de werknemer, rekening houdend met ontwikkelingen in het team en veranderingen in de organisatie. Het verrichten van passende werkzaamheden staat in het teken van het experimenteren met en opbouwen van de belastbaarheid. De bedrijfsarts wordt beschouwd als diegene die de belastbaarheid (grenzen en mogelijkheden) aangeeft en bij wie getoetst kan worden of opties medisch gezien verantwoord zijn.

Dit staat in contrast met casussen met *volgend* gedrag. Daarin kennen werknemer en leidinggevende zichzelf niet een initiërende rol toe. De werknemers zien het als hun verantwoordelijkheid mee te werken aan reïntegratie en aanwijzingen van de bedrijfsarts en de leidinggevende op te volgen. De leidinggevend zien de bedrijfsarts als initiator en als degene die het tempo en de wijze van werkhervatting aangeeft. Voor zichzelf ziet de leidinggevende als belangrijkste taken contact te houden met de werknemer, te zorgen dat de drempel voor werkhervatting niet te hoog wordt en uitvoering te geven aan wat de bedrijfsarts aan terugkeerstappen aangeeft. In deze casussen richten werknemer en leidinggevende zich overwegend op beëindiging van het verzuim en terugkeer in de eigen functie. Ook als er redenen zijn (zoals twijfels over de mogelijkheid van hervatting in eigen werk of over de duurzaamheid daarvan) om alternatieven te overwegen en uit te proberen, ligt de focus op terugkeer in de bestaande situatie. Één van de leidinggevend (casus 6) zegt expliciet geen uitzondering te kunnen maken voor een werknemer om tot een passende oplossing te komen; anderen redeneren bij het overwegen van oplossingen meer impliciet vanuit standaardsituaties. De reïntegratie wordt niet of nauwelijks gerelateerd aan de toekomstige inzetbaarheid van de werknemer. Het verrichten van passende werkzaamheden staat in het teken van het overbruggen van de periode totdat terugkeer in de eigen functie mogelijk is, of – in de casussen waarin op herplaatsing wordt gewacht – een definitieve oplossing is gevonden.

In twee casussen (9, 11) met *achterblijvend* respectievelijk *afwachtend* reïntegratiegedrag herkennen we bij de werknemer en leidinggevende ook de zojuist geschetste opvattingen. Twee andere casussen (2 en 8) vormen een uitzondering op het beeld. Het reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende in deze casussen is als *afwachtend* respectievelijk *achterblijvend* getypeerd, maar de leidinggevend noemen duurzaamheid en toekomstige inzetbaarheid in hun overwegingen wel als aandachtspunten. Ze zien bovendien voor zichzelf uitdrukkelijk een eigen rol in het reïntegratietraject, zij het dat die impliceert dat adviezen van de bedrijfsarts niet of in afgezwakte vorm worden uitgevoerd. Waar andere leidinggevend hun rol ondergeschikt zien aan die van de bedrijfsarts, achten deze twee zich in de positie om haar adviezen naast zich neer te leggen of te relativiseren. De werknemers in beide casussen oriënteren zich op wat de leidinggevende doet.

Op twee momenten in de reïntegratietrajecten worden bovengenoemde contrasten in het bijzonder zichtbaar. De eerste betreft het moment waarop een herplaatsingstraject moet worden gestart, omdat de werknemer blijvend arbeidsongeschikt voor haar functie is

bevonden. In twee casussen (3, 5) gaan werknemer en leidinggevende ervan uit dat het initiatief en de regie bij anderen binnen de organisatie liggen. Dit staat in contrast met de reactie van de werknemer in casus 7, voor wie de dreiging van herplaatsing juist een extra prikkel is om alternatieven aan te dragen. Het tweede moment is als volledige werkhervatting is gerealiseerd. In de ene casus (4) beschouwen werknemer en leidinggevende het proces daarmee niet als afgesloten. Ze zetten hun reïntegratie-inspanningen op andere wijze voort. De werknemer en leidinggevende in twee andere casussen (6, 10) zien de reïntegratie op dat moment als afgerond, al is het voor beiden duidelijk dat de gezondheidsproblemen niet voorbij zijn.

Nog nadrukkelijker dan in de beginfase blijkt voorhanden informatie in verschillende mate te worden benut. In de casussen (4, 7, 12) waarin werknemer en leidinggevende het meest actief zijn, wordt gebruik gemaakt van inzichten van deskundigen, met name op (para-) medisch, arbeidskundig en ergonomisch gebied. Bovendien wisselen werknemer en leidinggevende actief informatie en verwachtingen uit met elkaar en met de bedrijfsarts. Dit betekent zeker niet dat alle informatie wordt gedeeld. Er zijn aspecten waarover werknemer of leidinggevende zich in de interviews uitlaten, maar die ze onderling niet bespreken. Eén van deze werknemers (casus 7) vertelt bijvoorbeeld niet aan de leidinggevende dat ze met een opleiding is gestart. In de andere casussen, met minder actief reïntegratiegedrag, wordt in mindere mate advies gevraagd aan behandelaars of aan andere functionarissen in de organisatie. Ook is er tussen werknemer en leidinggevende minder uitwisseling van informatie en verwachtingen. In een aantal situaties is essentiële informatie niet bekend bij de leidinggevende of de bedrijfsarts. Zo beschikken leidinggevende en bedrijfsarts soms (casus 8) over verschillende informatie over de medische situatie of is een nieuwe leidinggevende (casus 9) in beperkte mate geïnformeerd. Lang niet altijd zijn wensen van werknemers voor verandering van functie of vermindering van uren bij de leidinggevende bekend. Verschillen in de mate waarin informatie wordt benut en gedeeld, is van invloed op het verloop van het reïntegratieproces.

Zoals in het vorige hoofdstuk is opgemerkt, ontstaan in de casussen uiteenlopende interactiepatronen. Ook in de maanden na de ziekmelding blijkt dat actiever reïntegratiegedrag samen gaat met intensievere contacten en met meer informatie-uitwisseling tussen werknemer en leidinggevende. Het experimenteren met hervatting onder verschillende condities, leidt tot een toename van informatie over de belastbaarheid en de voorwaarden waaronder volledige terugkeer mogelijk is. Actief handelen genereert op deze manier nieuwe informatie. Omgekeerd geldt dat minder actief reïntegratiegedrag gepaard gaat met minder intensieve onderlinge contacten. De uitwisseling van informatie komt niet of in mindere mate op gang. In een aantal casussen treedt het paradoxale effect op dat behoedzaamheid van leidinggevendens (*'tijd voor nemen'*, *'niet teveel druk zetten'*, *'relatie niet teveel belasten'*, *'stap voor stap'*) de onzekerheid bij de werknemers in stand houdt of zelfs doet toenemen. Het niet bespreken van verwachtingen, intenties en van het vervolgtraject werkt aan beide kanten terughoudendheid in de hand. Het gevolg daarvan is dat er geen toename van informatie is wat de medische situatie, de arbeidsmogelijkheden en de rolverwachtingen over en weer betreft. Zo blijkt reïntegratiegedrag op zichzelf een factor te zijn voor het beschikbaar komen van informatie.

5.3.3 Verband met verzuimbeleid en aanwezigheid plan van aanpak

In de eerste weken na de ziekmelding (zie SUBPARAGRAAF 4.5.2) was er qua reïntegratiegedrag geen verschil te zien tussen casussen afkomstig uit organisatie A en casussen uit organisatie B. Ook nu het reïntegratieproces op gang is gekomen en de verschillen in reïntegratiegedrag meer zijn uitgekristalliseerd, blijken verschillen niet samen te gaan met het onderscheid tussen de organisaties. TABEL 5.6 laat de spreiding zien van casussen uit organisatie A en B over de typen reïntegratiegedrag.

TABEL 5.6 Spreiding van casussen uit organisaties A en B over de verschillende typen reïntegratiegedrag

	AFWACHTEND	ACHTERBLIJVEND	VOLGEND	VOORUITLOPEND
organisatie A	2		3, 5, 6	4, 7
organisatie B	11	8, 9	10	12

Beide series casussen, zowel uit organisatie A als uit organisatie B, zijn over de typen verspreid. Tegen de verwachting in komen casussen met het meest actieve reïntegratiegedrag juist wat vaker uit organisatie A en casussen met minder actief reïntegratiegedrag vaker uit organisatie B. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat ten tijde van de tweede interviewronde in organisatie A een nieuw verzuimregistratiesysteem wordt geïntroduceerd en het management wordt getraind door een verzuimadviesbureau. Wellicht gaat de verhoogde aandacht voor het ziekteverzuimbeleid bij de leidinggevenden in deze organisatie samen met actievere bemoeienis met lopende ziekteverzuimsituaties. In het volgende hoofdstuk (zie SUBPARAGRAAF 6.3.3) wordt hier uitgebreid op ingegaan, naar aanleiding van uitspraken die werknemers en leidinggevenden in de derde interviewronde over het verzuimbeleid doen.

Een onderdeel van het verzuimbeleid van de twee organisaties (want wettelijk voorgeschreven) is de verplichting dat de leidinggevende in de achtste week na de ziekmelding met de werknemer een plan van aanpak opstelt. Dit blijkt niet in alle casussen te zijn gebeurd (zie voor een verantwoording en een overzicht van relevante interviewcitataten BIJLAGE IV: *Al of niet aanwezig zijn van een plan van aanpak*). In casussen afkomstig uit organisatie B is dit vaker het geval dan in casussen uit organisatie A, zoals TABEL 5.7. laat zien.

TABEL 5.7 Aanwezigheid plan van aanpak bij casussen afkomstig uit organisaties A en B

	GEEN PLAN VAN AANPAK	WEL PLAN VAN AANPAK
organisatie A	2, 4, 5, 6	3, 7
organisatie B	9, 10	8, 11, 12

In zes casussen (2, 4, 5, 6, 9, 10) is geen plan van aanpak opgesteld. In drie daarvan (4, 6, 10) is het verzuim omstreeks de 10e week na de ziekmelding geëindigd en is een plan van aanpak dus niet nodig gebleken. Het ziekteverzuim in de drie andere casussen (2, 5, 9)

duurt voort; in deze casussen had een plan van aanpak opgesteld moeten zijn.⁹ De redenen die leidinggevendenden geven voor het ontbreken ervan liggen deels in de praktische sfeer: ‘zit in de mail’, ‘heb ik liggen’, ‘moet ik nog mee bezig’. Eén leidinggevende (casus 5) heeft het opstellen ervan uitgesteld tot er meer duidelijkheid is over het medische traject en de noodzaak van herplaatsing. In een andere situatie (casus 9) spelen de wisseling van leidinggevende en de onervarenheid van de nieuwe leidinggevende met reïntegratie bij ziekte mee. De leidinggevendenden zien het maken van een plan van aanpak als een formele verplichting. Ze gaan ervan uit dat ze er tijdig vanuit de organisatie aan herinnerd worden. De werknemers wachten tot de leidinggevende met een plan komt. De werknemers blijken steeds in beperkte mate op de hoogte zijn van het verzuimbeleid en van de rechten en plichten in het reïntegratietraject. Zelfs als zich een formeel herplaatsingstraject aandient, zeggen werknemers weinig te weten van de regels en voorwaarden waar ze mee te maken krijgen.

In de vijf andere casussen (3, 7, 8, 11, 12) is *wel* een plan van aanpak opgesteld. Dit houdt meestal in dat de leidinggevende een set formulieren ontvangt van de bedrijfsarts, die daarin het deel dat betrekking heeft op de probleemanalyse heeft ingevuld. De leidinggevende voegt de ontbrekende gegevens over afspraken met de werknemer toe. Soms gebeurt dit in overleg met de werknemer, soms wordt het ter ondertekening aan haar opgestuurd. Het is voor de werknemer niet altijd duidelijk dat er een plan van aanpak is gemaakt. Zo zegt een werknemer (casus 3) dat er wel een probleemanalyse, maar geen plan van aanpak is gemaakt, terwijl dat volgens de leidinggevende wel het geval is. Uit de interviews blijkt dat leidinggevendenden het plan van aanpak niet van toegevoegde waarde vinden bij de verzuimbegeleiding en reïntegratie. Ze achten de rapportages van de bedrijfsarts en de aantekeningen die ze zelf bijhouden daarvoor toereikend. Het maken van een plan van aanpak wordt beschouwd als een door het uwv of vanuit de organisatie opgelegde verplichting. Als uitzonderingen worden genoemd situaties waarin er sprake is van ‘grijs verzuim’ of als een werknemer onvoldoende gemotiveerd is en niet meewerkt aan afspraken. Verder wordt het plan van aanpak relevant geacht als er sprake is van blijvende arbeidsongeschiktheid en mogelijke instroom in de wia. De werknemers spreken over het plan van aanpak als iets dat over hen wordt gemaakt en ter ondertekening wordt voorgelegd. Ze zien het als een verplichting en niet als een middel waarmee invloed kan worden uitgeoefend op het verloop van de reïntegratie.

Het al dan niet aanwezig zijn van een plan van aanpak hangt niet samen met het type reïntegratiegedrag in de casussen, zo blijkt uit **TABEL 5.8**.

⁹ Dat betekent dat de werkgever een risico loopt als het verzuim langer gaat duren en externe toetsing van reïntegratieinspanningen plaats vindt. Het ontbreken van een plan van aanpak wordt bij de poortwachterstoets door het uwv als een omissie aangemerkt, waarna sancties mogelijk zijn. Ook een werknemer kan hiervoor verantwoordelijk worden gesteld en met sancties geconfronteerd worden.

TABEL 5.8 *Spreiding van casussen met en zonder plan van aanpak over de typen reïntegratiegedrag*

PLAN VAN AANPAK	AFWACHTEND	ACHTERBLIJVEND	VOLGEND	VOORUITLOPEND
niet aanwezig	2	9	5, 6, 10	4
wel aanwezig	11	8	3	7, 12

Zowel de casussen waarin geen als die waarin wél een plan van aanpak is opgesteld, zijn gespreid over de vier typen. Als de drie casussen (4, 6, 10) waarin een plan van aanpak niet nodig is gebleken buiten beschouwing blijven, is er in de andere twee casussen (7,12) met het meest actieve gedrag een plan van aanpak aanwezig. Hoewel de werknemers en leidinggevend in hun dagelijks werk bekend zijn met methodisch opgezette behandel- en zorgplannen, zien ze het plan van aanpak niet als hulpmiddel om het traject van terugkeer naar de werksituatie te structureren. Voor zover een plan van aanpak is opgesteld en met de werknemer besproken, gebeurt dat als onderdeel van de administratieve verplichtingen (verzuimregistratie, dossiervorming).

5.4 Conclusies over reïntegratiegedrag vier maanden na de ziekmelding

Tot slot van dit hoofdstuk worden tussentijdse conclusies geformuleerd, aansluitend bij de conclusies aan het eind van het vorige hoofdstuk (zie PARAGRAAF 4.5).

In een aantal casussen is sprake van (gedeeltelijke) werkhervatting. In deze casussen wordt door zowel de werknemer zelf als door de leidinggevende en de bedrijfsarts betwijfeld of de oorzaken van het ziekteverzuim zijn opgelost. De gezondheidsproblemen duren voort. In één van deze casussen (10) doen zich na de werkhervatting nieuwe ziekmeldingen voor. De herstelmeldingen betekenen dus niet dat de gezondheidsproblemen zijn opgelost. In het merendeel van de casussen loopt het reïntegratietraject nog.

De wijze waarop het reïntegratiegedrag zich ontwikkelt, is in de kern volgens hetzelfde patroon dat kort na de ziekmelding is waargenomen. Ook in de maanden na de ziekmelding markeert het werkhervattingsadvies van de bedrijfsarts in aantal casussen de overgang naar activiteit. Dit leidt ertoe dat in een groter deel van de casussen de werknemer en leidinggevende actief met werkhervatting bezig zijn. De activiteit van werknemer en leidinggevende blijft gelijk op gaan, nadat er in de beginfase al een evenwicht is ontstaan. Na de aanvankelijke tweedeling in *afwachtend* en *actief* reïntegratiegedrag, zijn na vier maanden vier typen gedrag te identificeren. Deze typen onderscheiden zich in een drietal opzichten:

- het moment waarop acties worden ingezet (als reactie op adviezen van de bedrijfsarts of anticiperend daarop);
- de aard van acties die worden ondernomen (al dan niet in voorzigtiger vorm uitvoering geven aan door de bedrijfsarts aangereikte mogelijkheden of zelf opties bedenken en uitproberen);

- de reikwijdte van de acties (beperken zich tot terugkeer in de eigen functie en tot bestaande mogelijkheden of zijn in bredere zin ook gericht op andere, zo nodig te creëren vormen van passend werk en op inzetbaarheid op de langere termijn).

De vier typen reïntegratiegedrag kunnen als volgt worden samengevat:

- *Afwachtend*
Werknemer en leidinggevende ondernemen geen reïntegratie-acties, ook al heeft de bedrijfsarts (al langer geleden of recent) werkhervatting geadviseerd.
- *Achterblijvend*
Werknemer en leidinggevende ondernemen reïntegratie-acties nadat de bedrijfsarts daartoe het signaal geeft. Ze houden een langzamer tempo aan dan wat de bedrijfsarts adviseert. De focus ligt op terugkeer in eigen werk.
- *Volgend*
Werknemer en leidinggevende ondernemen reïntegratie-acties nadat de bedrijfsarts daartoe het signaal geeft. De acties bestaan uit het uitvoering geven aan adviezen van de bedrijfsarts. Centraal staat de terugkeer in de bestaande werksituatie of overbrugging tot het starten van een herplaatsingstraject.
- *Vooruitlopend*
Werknemer en leidinggevende zijn vanaf het begin proactief bezig met de route naar (volledige) terugkeer in het arbeidsproces, hetzij in eigen werk, hetzij in een andere functie. De acties bestaan uit het uitproberen van oplossingen die passen bij de belastbaarheid van de werknemer.

Na de hersteldmelding zijn eveneens verschillen opgemerkt. In drie casussen komt er een eind aan het ziekteverzuim. In één casus met *vooruitlopend* gedrag krijgen de reïntegratie-activiteiten een vervolg. Daarentegen stopt de activiteit in twee casussen waarin het gedrag als *volgend* is getypeerd.

De feitelijke rol van de bedrijfsarts in het samenspel varieert en is afhankelijk is van het type reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende. In casussen met *vooruitlopend* gedrag bestaat de bijdrage van de bedrijfsarts uit het bepalen wat medisch gezien verantwoord is en het ondersteunen van werknemer en leidinggevende met adviezen. In casussen met *volgend* gedrag heeft de bedrijfsarts een sturende rol en voeren werknemer en leidinggevende haar voorstellen uit. Bij *achterblijvend* en *afwachtend* gedrag ligt de regie bij de bedrijfsarts, maar worden haar adviezen ten dele of niet opgevolgd. In een aantal casussen doet de bedrijfsarts pogingen om werknemer en leidinggevende tot actiever gedrag te bewegen en het initiatief bij hen te leggen, maar dit resulteert niet in een andere rolverdeling.

De in dit hoofdstuk gepresenteerde observaties bevestigen het verband tussen de variatie in reïntegratiegedrag en verschillen in normatieve roloriëntaties en cognitieve handelingsoriëntaties. Als wordt geanticipeerd op toenemende arbeidsmogelijkheden, dan gaan werknemers en leidinggevendenden uit van een actieve rol voor zichzelf en voor elkaar en zien ze reïntegratie in het perspectief van de toekomstige inzetbaarheid van de werknemer. In casussen waarin in reactieve zin wordt gehandeld, gaan ze uit van een primaire rol voor

de bedrijfsarts en andere medische professionals en vatten ze ziekteverzuim in eerste instantie op als een medisch vraagstuk. Een bijzondere variant van de interpretatie van rollen is opgemerkt bij leidinggevendenden die het advies van de bedrijfsarts niet meteen of zonder meer opvolgen. In hun optiek is het de bedrijfsarts die op de werknemer het meeste druk uitoefent om spoedig het werk te hervatten en is het aan henzelf om de haalbaarheid en wenselijkheid daarvan af te wegen, rekening houdend met de duurzaamheid van de hervatting.

We zien eveneens continuïteit wat betreft eerder geconstateerde verschillen in benutting van hulpbronnen en interactie-effecten. Vier maanden na de ziekmelding komt nog duidelijker tot uiting dat er in casussen die verschillen qua reïntegratiegedrag onderscheid is in het gebruik van informatie. De mate waarin in het reïntegratieproces gebruik wordt gemaakt van expertise van anderen en van de onderlinge uitwisseling van informatie loopt uiteen. Werknemers en leidinggevendenden die voor zichzelf een actieve rol zien bij de reïntegratie en de inzetbaarheid van de werknemer, zoeken actiever naar informatie om hieraan gestalte te geven dan diegenen die zichzelf een minder actieve rol toekennen.

Het interactie-effect zet zich voort. Naarmate reïntegratiegedrag actiever is, zijn de onderlinge contacten tussen werknemer en leidinggevende intensiever en vindt meer informatie-uitwisseling plaats. Werknemers en leidinggevendenden die afwachtend reageren en waarvan de acties bestaan uit het uitvoeren van adviezen van de bedrijfsarts, hebben minder overleg met elkaar. Er vindt minder informatie-uitwisseling plaats. In deze casussen is er meer onzekerheid bij werknemers en leidinggevendenden over wat ze van elkaar kunnen verwachten. Zo werkt het effect in casussen met het meest actieve reïntegratiegedrag ten opzichte van de anderen dubbelop: er wordt meer gebruik gemaakt van aanwezige informatie en tegelijkertijd neemt de beschikbare informatie toe.

Vier maanden na de ziekmelding blijken de casussen uit beide organisaties niet te verschillen qua spreiding over de typen reïntegratiegedrag. De lichte trend in het verband tussen de herkomst van de casussen en de mate van reïntegratie-activiteit gaat tegen de verwachting in: anders dan verondersteld is (zie PARAGRAAF 3.4.2), doen zich in organisatie A meer casussen voor met actief reïntegratiegedrag. Dit heeft mogelijk te maken met de verhoogde aandacht voor ziekteverzuim in organisatie A. Het al dan niet opstellen van een plan van aanpak blijkt evenmin gerelateerd te zijn aan de verschillen in reïntegratiegedrag.

6 Negen maanden na de ziekmelding

6.1 De derde interviewronde

Dit hoofdstuk geeft de ontwikkelingen weer ten tijde van de derde interviewronde. De meeste interviews vinden plaats rond de 36^e week na de ziekmelding.¹⁰ In deze laatste interviewronde wordt het verloop van de reïntegratie besproken. De geïnterviewden wordt tevens gevraagd terug te blikken op hoe het proces verlopen is, hun eigen rol en de rol van anderen bij de reïntegratie en een oordeel te geven over het verzuimbeleid van de organisatie.

Bij de interviews rond de vierde maand na de ziekmelding is geleidelijk herstel geconstateerd en was er in de meeste casussen sprake van toenemende reïntegratie-activiteit. In een aantal casussen was terugkeer in de werksituatie gerealiseerd. In de meeste andere casussen hervatten de werknemers het werk in de maanden daarna, zodat er negen maanden na de ziekmelding op één uitzondering na sprake is van gedeeltelijke of volledige werkhervatting. TABEL 6.1 geeft het beeld weer ten tijde van de laatste interviewronde.

TABEL 6.1 *Spreiding van casussen met en zonder plan van aanpak over de typen reïntegratiegedrag*

WERKHERVATTING	CASUS	BIJZONDERHEDEN	SINDS
niet	2	nieuwe gezondheidsproblemen aan het licht gekomen	n.v.t.
gedeeltelijk	3	passend werk, in afwachting van een definitieve oplossing	15 ^e week
	5	passend werk, in afwachting van een definitieve oplossing	6 ^e week
	11	gedeeltelijk hervat in eigen werk, met aangepaste diensten	32 ^e week
volledig	4	in eigen werk, met aangepaste diensten	11 ^e week
	6	in eigen werk	11 ^e week
	7	in eigen werk, met aangepaste diensten	13 ^e week
	8	in eigen werk	32 ^e week
	9	in eigen werk	25 ^e week
	10	in eigen werk	10 ^e week
	12	in eigen werk, met aangepaste diensten en vermindering van de aanstellingsomvang	35 ^e week

10 Het laatste interview met de werknemer in casus 2 is niet afgenomen in verband met de gecompliceerde gezondheidssituatie; de inschatting was dat dit te belastend voor haar zou zijn. In casus 10 doet zich een wisseling van de leidinggevende voor. Het derde interview is gehouden met een nieuwe leidinggevende. Deze is kort daarvoor in haar functie bij dit organisatieonderdeel begonnen, nadat haar voorganger een andere baan buiten de organisatie had aanvaard. De interviews met de bedrijfsarts zijn – als gevolg van het gecombineerde karakter – wat meer gespreid in de tijd. Voor een overzicht van de interviewmomenten zie BIJLAGE VII: *Tijdpad interviewrondes*.

In de meeste casussen houden de gezondheidsproblemen aan, ook als er sprake is van gedeeltelijke of volledige hervatting. De aandacht van werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts gaat echter overwegend uit naar de reïntegratie of naar de reguliere werksituatie. De gezondheidssituatie van de werknemer krijgt relatief minder aandacht. De bedrijfsarts rondt de begeleiding af zodra werkhervatting in beeld komt of gerealiseerd is.

In PARAGRAAF 6.2 passeren de elf casussen de revue, uitgesplitst naar de fase waarin de reïntegratie verkeert. Vervolgens (PARAGRAAF 6.3) worden de ontwikkelingen samengevat en worden de casussen die verschillen qua reïntegratiegedrag opnieuw ten opzichte van elkaar vergeleken. Daarbij gaat het ook om de vraag in hoeverre verschillen in verzuimbeleid van beide organisaties een relevante factor zijn. Tot slot (PARAGRAAF 6.4) worden conclusies geformuleerd over deze laatste fase waarin de casussen zijn gevolgd.

6.2 Reïntegratiegedrag negen maanden na de ziekmelding

6.2.1 *Variatie in reïntegratiegedrag na negen maanden*

In deze paragraaf worden, geordend naar de fase waarin de reïntegratie verkeert, verschillen in reïntegratiegedrag *voorafgaand* aan de herstelmelding besproken en, voor zover dat aan de orde is, verschillen in wat er *na* de herstelmelding gebeurt. In het reïntegratiegedrag in de aanloop naar werkhervatting zijn opnieuw de eerder onderscheiden vier typen reïntegratiegedrag te zien. De verantwoording van de classificatie van het gedrag is te vinden in de betreffende bijlage (zie BIJLAGE V: *Methodologische verantwoording van de classificatie van reïntegratiegedrag negen maanden na de ziekmelding*). Van de casussen waarin het ziekteverzuim beëindigd is, komen de verschillen in voortgezette activiteit na de herstelmelding aan bod.

De casussen zijn naar drie fasen geordend. De eerste fase betreft casussen (4, 6, 7, 10) waarin al ten tijde van de tweede ronde interviews werkhervatting was gerealiseerd. Daarvan wordt nagegaan in hoeverre er in de maanden erna vervolgacties plaatsvinden. Bij de tweede fase gaat het om casussen (8, 9, 12) waarin de werknemer korter geleden volledig hersteld gemeld is. Hiervan wordt gezien wat er aan de werkhervatting vooraf is gegaan en of er daarna al dan niet vervolgacties worden ondernomen. Tot slot bevinden vier casussen (2, 3, 5, 11) zich in de fase waarin de reïntegratie nog niet is afgerond. De casussen worden in deze volgorde besproken.

6.2.2 *Vervolgacties na eerdere werkhervatting*

In een viertal casussen (4, 6, 7, 10) was de terugkeer in de werksituatie eerder, voorafgaand aan de tweede ronde interviews, gerealiseerd. In de casussen 4 en 7, waarin werknemer en leidinggevende vanaf het begin actief met reïntegratie bezig waren, hebben ze hun

gesprekken na de herstelmelding voortgezet. In de casussen 6 en 10 stuurden de leidinggevenden de werknemers in het begin versneld naar de bedrijfsarts, waarna de reïntegratie-acties beperkt bleven tot het uitvoering geven aan wat de bedrijfsarts adviseert. Dit krijgt geen vervolg zodra de herstelmelding een feit is. Hieronder wordt de ontwikkeling per casus gekarakteriseerd en wordt kort vermeld hoe werknemer en leidinggevende terugkijken op het reïntegratieproces.

In *casus 4* is de werknemer een half jaar geleden hersteld gemeld, nadat werknemer en leidinggevende een passende oplossing hebben gecreëerd. Ze zetten gesprekken over de toekomst voort. Beiden zien achteraf de werkhervatting als het resultaat van hun gezamenlijke optreden en benadrukken het belang van overleg en samenwerking tussen hen beiden en de bedrijfsarts. De bedrijfsarts heeft in hun ogen een ondersteunende en adviserende rol gehad. In de volgende fragmenten reflecteren ze op de rolverdeling:

Werknemer casus 4: *Ze <= de leidinggevende> heeft wel naar me geluisterd. Ze heeft me ook geholpen. Die heeft er ook wel mede gezorgd dat ik de goede kant op ging. (...) Ik ben zelf verantwoordelijk dat ik het zo gezond mogelijk hou. Daar ben ik verantwoordelijk voor. (...) Je hebt beide verantwoordelijkheden, vind ik. <Naam bedrijfsarts> heeft overleg met <naam leidinggevende> gehad. (...) <Naam bedrijfsarts> heeft geluisterd. En die heeft dingen gesignaleerd. En handvatten gegeven. Van: ga daar eens mee aan de gang. 184, 292-299, 303*

Leidinggevende casus 4: *Dat is van beide zijden, (...) daar moet je wél aan mee kunnen en willen werken. En je moet daar ook voor open staan. (...) Dan moet je er maar achter komen: wat gebeurt er, hoe wordt iemand ziek? (...) Dat speelt dan al heel lang een rol, dat is niet zo maar. (...) Je kunt allerlei oorzaken zoeken en oplossingen ook. Zoek als medewerker zelf oplossingen: wat voor oplossingen zou je hebben? (...) Hebben we daar sámen iets aan? Want dat is eigenlijk wat iemand van je vraagt: kunnen wij er sámen iets mee? 8, 24-26, 32*

Negen maanden na de ziekmelding is het contact tussen werknemer en leidinggevende verminderd. De werknemer is ondanks het voortduren van haar gezondheidsklachten geruime tijd geleden gestopt met de therapie. Ze ziet de opleiding die ze volgt als belangrijke stap naar een verandering van functie. De leidinggevende schat de situatie in als instabiel en houdt rekening met een nieuwe ziekteverzuimperiode. Ze weet niet dat de werknemer met haar behandeling is gestopt. De bedrijfsarts is hiervan evenmin op de hoogte; zij heeft dit dossier bij de herstelmelding gesloten.

In *casus 7* is de werknemer, ondanks de verwachting dat ze arbeidsongeschikt voor eigen werk zou blijven, zo'n vijf maanden geleden in de eigen functie teruggekeerd met een aangepast dienstrooster. De bedrijfsarts heeft de begeleiding afgesloten. Werknemer en leidinggevende houden na de herstelmelding contact over hoe het na de werkhervatting gaat. Ze evalueren de voortgang en spreken over het optimaliseren en definitief maken van de roosteraanpassingen. Beiden houden er rekening mee dat de gevonden oplossing op den duur niet vol te houden is. De werknemer verwacht dat de organisatie, als dat nodig is, met een oplossing komt. Zelf heeft ze als optie achter de hand dat ze met een opleiding is gestart. De leidinggevende is hiervan overigens nog steeds niet op de hoogte. Terugblikkend beschouwen werknemer en leidinggevende beiden *zichzelf* als initiatiefnemer en regisseur:

Werknemer casus 7: *Dat het zo goed verlopen is, is vooral te danken aan mijn eigen initiatief, zo hebben <naam bedrijfsarts> en <naam leidinggevende> mij gezegd. Ze complimenteerden mij daarmee. (...) Ik heb het steeds zelf aangegeven: ik kan wel weer beginnen, ik kan wel wat meer uren werken, ik denk dat ik wel in de nachtdienst kan werken. (...) Het is gewoon overmacht dat je niet kunt werken. Maar je denkt wel: ik wil ze er niet mee laten zitten. (...) Ik wil graag zelf bepalen hoe het gaat. (...) Ik wil graag weten waar ik aan toe ben. 6, 33, 52, 150, 152*

Leidinggevende casus 7: *Het contact en het overleg met elkaar daarin. Hè, dat je zegt: dat is het nu, wat kun je wél, wat gaan we wél proberen? Ja, eigenlijk zijn dat de twee factoren, zo terugblikkend op haar situatie, dat heeft de voortgang erin gehouden. (...) Ik vind dat ze daarin welwillend is geweest en ook goed heeft meegedacht daarmee, van: dat zou ik toch graag willen en dat wil ik toch graag proberen. (...) Ik denk dat ik daarin heb zitten regisseren. (...) Misschien dat <naam werknemer> het wel andersom, dat ze zou zeggen, van: ik heb de regie genomen. (...) Dat zij het idee heeft, van: ik heb er tóch invloed op kunnen uitoefenen. Dan denk ik: het is prima zo. 143-144, 158, 162, 166*

In het samenspel van werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts is actief gebruik gemaakt van adviezen van de fysiotherapeut, de verzuimcoördinator en de arbo-coördinator. Werknemer en leidinggevende benadrukken achteraf het belang van overleg. Voor de leidinggevende zijn daarnaast het contact met collega-leidinggevend en het sociaal-medisch overleg van belang. Werknemer en leidinggevende refereren allebei aan het moeizame onderlinge contact ten tijde van de ziekmelding:

Werknemer casus 7: *Ik besprak dat met <naam bedrijfsarts> en die was het er mee eens en dan ging ik ermee naar <naam leidinggevende> en die regelde dat dan, dan keken we hoe we dat gingen doen. (...) Het is belangrijk dat je dingen met elkaar bespreekt, dat je overlegt hoe je het kunt doen. (...) Eigenlijk hadden we daarvoor geen contact, dat is wel veranderd dat we nu wel elkaar goed hebben leren kennen. Daarvoor troffen we elkaar niet vaak. (...) Je moet wel eerst aan elkaar wennen, maar dat ging steeds makkelijker, je gaat makkelijker met elkaar om, je hebt het over andere dingen. 56, 124, 128, 154*

Leidinggevende casus 7: *Dat het contact nu wat sneller en wat minder geforceerd verloopt. Voorheen moest je best wel veel energie erin steken om goed met elkaar in gesprek te komen en ik ervaar het nu wel als een stuk opener. (...) Ondanks dat je dat voldongen feit had, maar wel vroegtijdig, wel met elkaar eromheen gaan zitten van: hoe pakken we dat het beste aan en welke kant gaan we ermee op? Dat heeft denk ik wel een rol meegespeeld. 34, 143*

In tegenstelling tot de situatie kort na de ziekmelding laten werknemer en leidinggevende zich in positieve termen uit over het onderlinge contact en de samenwerking.

In casus 6 heeft de werknemer een half jaar geleden haar eigen werk hervat, met enkele aanpassingen in het rooster. Sindsdien hebben werknemer en leidinggevende nauwelijks contact gehad over de werkhervatting. De werknemer vindt dat ze te snel weer aan het werk moest gaan. Naar haar mening is haar rooster nog steeds te zwaar. Haar gezondheidsklachten duren voort en ze voorziet dat ze het werk niet vol kan houden:

Werknemer casus 6: *Met <naam leidinggevende> kan ik geen discussie aangaan, ik heb het idee dat het gewoon niet helpt. (...) Ik heb er al over zitten denken om <naam bedrijfsarts> weer in te schakelen. (...) Ik loop al weer een beetje op mijn tenen. Dat idee heb ik af en toe. 38, 72, 109*

De leidinggevende heeft een ander beeld van de situatie. Hij gaat ervan uit dat de werknemer een redelijk rooster heeft en dat ze daar tevreden mee is. In zijn optiek ligt de oorzaak van de gezondheidsproblemen vooral in de privésfeer en biedt het verder aanpassen van roosters niet de oplossing:

Leidinggevende casus 6: *Ik dacht dat ze zich in deze periode nog één keer ziek heeft gemeld, met wat griepverschijnselen, maar dat was het, dacht ik? Dus voor de rest (...) gaat het wat dat betreft wel goed. We hebben toen haar rooster aangepast, hè? Op haar verzoek wat diensten aangepast, nou daar is ze content mee. (...) Maar ik blijf altijd het idee hebben van...? Vanwege de thuissituatie, dan denk ik van: er moet niet al teveel gebeuren, want anders zit zij zó weer tegen die situatie aan. 7, 39*

Volgens de leidinggevende is het zijn rol erop toe te zien dat de werknemer zich voldoende inzet voor terugkeer in de werksituatie. Hij vindt de rol van de bedrijfsarts in het reïntegratieproces cruciaal. Hij benadrukt opnieuw (zie SUBPARAGRAAF 5.2.3) dat hij geen uitzonderingen kan maken bij het zoeken naar oplossingen:

Leidinggevende casus 6: *Dat denk ik dat dat toch aan de bedrijfsarts is, om op een gegeven moment te kunnen beoordelen of iemand..., of het nou verstandig is dat we nog even wachten of dat het al weer zover is dat ze al weer wat zou kunnen gaan doen. Dat kan ik ook niet altijd inschatten. (...) Ik kan niet verder gaan dan in de arbeidsvoorwaarden te kijken om haar zoveel mogelijk tegemoet te komen, zonder dat ik voor haar een uitzonderingspositie creëer binnen een hele groep mensen. 107, 55*

Werknemer en leidinggevende zijn beide sceptisch over het nut van gesprekken over de toekomst. De leidinggevende veronderstelt dat de werknemer geen ambities heeft om naar andere functies uit te kijken. Hij zegt haar graag te willen behouden binnen zijn locatie. Hij is van plan in een volgend POP-gesprek 'de thuissituatie' aan de orde stellen en bij een nieuwe ziekmelding 'vlotter met haar om de tafel ga zitten':

Leidinggevende casus 6: *Dan is er weer een andere situatie. En het ligt er dan maar net aan wat dan de reden is van het verzuim. Als dat een beetje in dezelfde orde ligt, ja, dan ontkom je daar niet aan om dan toch eens een keer goed de boel tegen het licht te houden. 217*

De werknemer betwijfelt de waarde van POP-gesprekken. Volgens haar heeft ze lange tijd niet zo'n gesprek gehad. Ze heeft haar hoop gevestigd op ander werk. Haar toekomstwens is op den duur te gaan werken in het bedrijf van haar partner. Over de twijfels bij de gezondheidssituatie en ideeën over de toekomst heeft in de maanden na de ziekmelding geen overleg tussen werknemer en leidinggevende plaatsgevonden, ondanks het uitdrukkelijke advies van de bedrijfsarts aan hen om het gesprek met elkaar aan te gaan.

In casus 10 heeft de werknemer ruim een half jaar geleden haar eigen werk hervat, eerst nog met aangepaste werkzaamheden. In de maanden na de herstelmelding vindt er geen nader overleg plaats tussen werknemer en leidinggevende. In de periode tussen de tweede en derde interviewronde verlaat de leidinggevende de organisatie om elders een functie te aanvaarden. De nieuwe leidinggevende wil zonder voorkennis aan de slag met de mensen uit haar team, zodat bestaande beelden haar contacten met hen niet belasten:

Leidinggevende casus 10: *Misschien hebben ze een bepaald stempeltje in de loop der jaren gekregen, waar ze zelf eigenlijk ook wel onder weg willen, maar wat dan heel moeilijk is. Als ik daar fris op kom en ik weet gewoon van dat hele verleden..., nou bijna niks, dan kan*

dat ook ruimte geven om dan ook zélf anders er in te gaan staan. Dus ik heb gezegd: ik hoef er niet al te veel van te weten. 31-33

De leidinggevende verbaast zich over de verzuimgegevens die ze kort voor het interview ontvangen heeft. Ze is van plan het frequente verzuim van de werknemer met haar te bespreken. De werknemer zelf zegt in het interview weinig te kunnen doen aan de ziekmeldingen:

Werknemer casus 10: *Ik ben natuurlijk het afgelopen jaar best veel ziek geweest. Ja, ik zeg: ik probeer er ook van alles aan te doen, vitamines en dat soort dingen, om het op de been te houden; denk je dat ik het leuk vind om steeds ziek te zijn?* 144

Ze heeft nog steeds last van de gezondheidsproblemen die aanleiding waren voor de ziekmelding van negen maanden geleden. Ondanks het voortduren van de klachten is ze gestopt met de behandeling. Ze herhaalt haar 'stille hoop' (zie SUBPARAGRAAF 5.2.3) dat ze bij aangekondigde organisatieveranderingen gebruik kan maken van een regeling om gedeeltelijk uit te treden. Terugkijkend uit de werknemer haar ongenoegen ('wrevel') over de wijze waarop ze zich, zowel in de recente als in vorige verzuimperiodes, bejegend voelt. De bedrijfsarts heeft geen contact meer met de werknemer, al zegt ze in deze casus een 'herhaling van zetten' te verwachten.

In de maanden na de werkhervattingen zien we een voortzetting van reeds geconstateerde verschillen. In de casussen 4 en 7 hebben werknemer en leidinggevende vervolcontacten over aanpassingen in de werksituatie en over toekomstperspectieven. Deze zijn minder intensief dan rond de herstelmelding. In deze vervolgesprekken komt niet alle relevante informatie (over het starten met een opleiding, het stoppen met medische behandeling, twijfels over de toekomstige inzetbaarheid) expliciet ter sprake. In de casussen 6 en 10 is er daarentegen na de beëindiging van het ziekteverzuim niet of nauwelijks meer overleg geweest tussen werknemer en leidinggevende, ondanks nadrukkelijke adviezen daartoe van de bedrijfsarts.

6.2.3 Reïntegratiegedrag en vervolgacties bij recente werkhervatting

In drie casussen (8, 9 en 12) heeft de werknemer tussen de tweede en derde interviewronde het werk hervat. In twee daarvan (8 en 9) bleef het tempo van reïntegratie eerder achter bij de door de bedrijfsarts aangegeven mogelijkheden. In casus 12 zijn werknemer en leidinggevende vanaf het begin actief met reïntegratie bezig gegaan, vooruitlopend op adviezen van de bedrijfsarts. Tabel 6.2 laat zien dat het reïntegratiegedrag voorafgaand aan de recente werkhervatting eenzelfde spreiding over de vier typen kent:

TABEL 6.2 *Reïntegratiegedrag van werknemers en leidinggevendenden voorafgaand aan de recente herstelmelding*

<u>AFWACHTEND</u>	<u>ACHTERBLIJVEND</u>	<u>VOLGEND</u>	<u>VOORUITLOPEND</u>
	8, 9		12

Per casus wordt hieronder toegelicht wat er aan de werkhervatting is voorafgegaan en wat er daarna gebeurt.

In casus 8 is de werknemer in de 32^e week na de ziekmelding volledig in haar eigen werk teruggekeerd. Dat gebeurt twee maanden later dan door de bedrijfsarts is geadviseerd. Werknemer en leidinggevende zeggen beide dat ze de terugkeer 'afgeremd' hebben. De leidinggevende gaat ervan uit dat werknemers zich over het algemeen inzetten om zo snel mogelijk terug te komen. Hij benadrukt te willen voorkomen dat een te snelle hervatting het herstel in de weg staat. In zijn optiek is het de taak van de bedrijfsarts om aan te dringen op werkhervatting:

Leidinggevende casus 8: *Dan zal <naam bedrijfsarts> daarin de regie hebben. Ook aangeven van: volgens mij moet er méér kunnen, dan geeft zij dat duwtje. Ik zeg hooguit tegen de persoon zelf: probeer maar. Maar zij zal daar harder in duwen. (...) Ik heb het op een gegeven moment tegengehouden. (...) Dat zie ik niet als dat ik dat kan regisseren. (...) Ik ga daar niet (...) dwingend in zitten.* 190, 194, 202

De werknemer kijkt tevreden terug op het verloop van de reïntegratie en de ondersteuning die ze van leidinggevende en bedrijfsarts heeft ondervonden. Ze zegt daar onder andere over:

Werknemer casus 8: *<Naam leidinggevende> (...) heeft daar wel wat langer over gedaan, denk ik, dan dat zij <= bedrijfsarts> wou. (...) Hij maakte ook nooit haast of wat dan ook maar. Hij gaf je geen indruk van: wat ben je vervelend, dat zit in de ziektewet en ik heb me daar maar mee te redden. (...) Waarschijnlijk vond hij gezondheid belangrijker dan de uren, wat hem gaat kosten. (...) Ik denk dat hij meer eerst aan het personeel denkt, dan dat-ie denkt: dit gaat me wat kosten.* 200, 196, 233

De werknemer heeft haar hoop erop gevestigd dat er na sluiting van de huidige locatie voor haar een fysiek minder zware functie zal zijn. Ondanks het voortduren van haar rugklachten is ze gestopt met de therapie. In verband met nieuwe gezondheidsproblemen ondergaat ze medische onderzoeken. De leidinggevende en de bedrijfsarts zijn gedeeltelijk geïnformeerd over haar gecompliceerde gezondheidssituatie. De bedrijfsarts kent ten dele haar geschiedenis van psychische klachten, die haar nog steeds parten spelen. De leidinggevende is hiervan op de hoogte, maar weet niet van de nieuwe gezondheidsproblemen. De werknemer realiseert zich dat het voor hen beiden lastig is haar gezondheidssituatie te kennen:

Werknemer casus 8: *Dat kan niemand bij mij doorgronden, denk ik hoor, daar ben ik heel goed in om dat te verstoppen. Ik denk dat niemand dat kan doen, bij mij.* 292

De leidinggevende betwijfelt of de oorzaken van het ziekteverzuim weggenomen zijn. Hij vraagt zich af of de werknemer tijdig aangeeft als het niet meer gaat:

Leidinggevende casus 8: *Waarbij we hopen dat ze de signalen eerder oppakt. En dat ze niet doorzet, hè? Niet dóórgaat. (...) Dat ze toch meer naar haar lijf gaat luisteren. Dat hóóp ik maar? Dat kan ik zeggen, maar...?* 118

De leidinggevende heeft met de bedrijfsarts gesproken over de klachten die verband houden met een vorige verzuimperiode. De bedrijfsarts is van mening dat ze daar niet op in kan gaan, zolang de werknemer er niet zelf mee komt. Zij sluit de begeleiding af (enkele weken na de volledige herstelmelding) en gaat ervan uit dat het 'verder goed gaat'.

In *casus 9* is de werknemer inmiddels ruim drie maanden weer volledig aan het werk in de eigen functie. Aan de volledige herstelmelding is een periode voorafgegaan van passend werk met aangepaste roosters, met een onderbreking in verband met een gebeurtenis in de privé-situatie. In deze fase is geen plan van aanpak opgesteld. De leidinggevende en de werknemer zeggen daar over:

Leidinggevende casus 9: *We zouden er mee bezig, ik had een afspraak met <naam reïntegratiecoördinator> en toen ging ze volledig aan het werk, dus toen was dat niet meer nodig.* 75

Werknemer casus 9: *Dat ging over die uren die ik moest werken ofzo...? (...) Dat is een beetje op onze eigen manier gegaan, van dat ik werkte zou ik ook aanwezig wezen. (...) Zou ik niet weten. (...) Ik heb het niet bewust gemerkt.* 459-464

Werknemer en leidinggevende spreken na de herstelmelding niet meer over de gezondheidssituatie en de belastbaarheid. Ze hebben wel reguliere contacten in de werksituatie:

Leidinggevende casus 9: *Wel gevraagd van: nou hoe gaat het nou? (...) In het werk ook en dan praat je ook regelmatig met mekaar. (...) Ik zie haar minstens een keer in de week, ik zie haar regelmatig.* 63-69

De werknemer vindt dat ze te weinig kennis heeft gehad over de gang van zaken bij reïntegratie en haar rechten daarin. Ze is ontevreden over het moment van werkhervatting in relatie tot een geplande vakantie. Ze uit opnieuw onvrede over de druk die ze in de beginfase heeft ervaren:

Werknemer casus 9: *Dat vond ik wel een negatief puntje, dan denk ik van: we moeten allemaal zo snel mogelijk op de werkvloer wezen en in hoeverre is dat in het voordeel van...? (...) Dan wordt het drang, dan wordt het niet leuk meer. (...) Het contact had ik zelf al opgenomen. Ik was gewoon voor mijzelf al bezig en dan denk ik van ja...?* 171-181

De leidinggevende refereert aan wrijvingen over de gang van zaken rond de terugkeer, maar heeft al met al een positief beeld van het verloop van de reïntegratie. Ze vindt dat haar eigen gebrek aan ervaring met verzuimbegeleiding haar parten heeft gespeeld:

Leidinggevende casus 9: *Zo van: zie ik geen dingen over het hoofd, doe ik het wel goed (...), maak ik de juiste inschattingen? (...) Hoe loopt nou zo'n traject, hoe ga ik dat aanpakken en bij wie kan ik terecht in de organisatie en wat ga ik wel en wat ga ik niet vragen, hoe ga je iets opbouwen en hoe ga je proberen om iemand aan het werk te krijgen?* 123-125

De bedrijfsarts heeft de begeleiding afgesloten zodra de herstelmelding in zicht kwam. Zowel de leidinggevende als de bedrijfsarts weten niet dat de werknemer is gestopt met haar therapie en met oefeningen die haar zijn geadviseerd, ondanks de aanhoudende schouderproblemen. Na afloop van de negen maanden blijkt (uit een interview met de bedrijfsarts over andere casussen) dat de werknemer zich opnieuw ziek gemeld heeft met schouderklachten.

De werknemer in *casus 12* is kort voor de derde interviewronde volledig hersteld gemeld en teruggekeerd in haar eigen werk, zij het nog met aangepaste diensten. Ze heeft besloten (nadat ze de financiële gevolgen daarvan heeft laten doorrekenen) om een dag per week minder te gaan werken en heeft nu een duobaan met een collega. Werknemer en leidinggevende hebben in overleg, op basis van adviezen van de bedrijfsarts, het aantal uren 'uitgebouwd' en verschillende varianten (spreiding van de contracturen over korte of langere

werkdagen) uitprobeerde. Ze zijn tevreden over hun eigen inzet, de onderlinge samenwerking en de wijze waarop ze ondersteund zijn door de reïntegratiecoördinator en de bedrijfsarts:

Leidinggevende casus 12: *Ik heb wel steeds geprobeerd de regie bij háár <= de werknemer> neer te leggen. Maar uiteindelijk heb je als leidinggevende wel een regiefunctie, hè? Dat is wél wat er van mij verwacht wordt. (...) Ik weet natuurlijk héél goed dat als ik niks doe, dat er ook niets gebeurt. Dus in die zin heb ik de regie.* 134-136

Werknemer casus 12: *(Over de leidinggevende) Ja, die ziet mij wérken, hè? (...) (Over de bedrijfsarts) Die gaat ook af op mijn gesprek, want ik dan vertel, maar toch, zij is wel een buitenstaander, zij ziet dat niet en zij weet ook, nou ja, dat ik meer wil dan dat ik kan, daar gaat zij dan ook wel wat op af, dus zij vindt het ook heel prettig dat <naam leidinggevende> dan de bal weer wat terug kaatst. Hè, van: dat gaat dus niet, we doen het nog even zo en we zien het een maand aan.* 153-159

Na de herstelmelding praten werknemer en leidinggevende door over het combineren van de aanhoudende gezondheidsproblemen met het werk. De leidinggevende ziet een risico van een herhaling van het ziekteverzuim als de werknemer haar manier van werken niet verandert. Ze heeft met de werknemer afgesproken dat ze 'een soort zorgplan over zichzelf' op gaat stellen en dat ze haar collega's om ondersteuning en feedback vraagt bij het realiseren van de gestelde doelen:

Leidinggevende casus 12: *Zij heeft chronische problémen. En zij heeft een zwaar beroep. (...) Het is ook mensen tóch ook een spiegel voorhouden, van: oké, nu gáát het, maar hoe moet het over vijf jaar dan, als je het nu zó doet? Is het dan over vijf jaar ook nog goed voor jou? (...) Blijf je dan zo zoals je nu bént, of ben je dan over twee jaar wéér ziek, met je rug? En dat is niet in mijn belang, ja, óók, maar dat is in háár belang. Wil je dit beroep volhouden (...), daar staat tegenover dat je daar dan in moet veranderen.* 20

De werknemer erkent de noodzaak van verandering van haar wijze van werken. Ze waardeert de coaching van de leidinggevende. Werknemer en leidinggevende beschouwen 'het nog niet als afgesloten' en zijn actief bezig met de inzetbaarheid in de toekomst, ook met het oog op de op handen zijnde veranderingen in de organisatie. De bedrijfsarts heeft na herstelmelding nog één keer contact met de werknemer. Ze is positief over de balans die de werknemer naar haar idee heeft gevonden.

Het contrast tussen de casussen waarin het ziekteverzuim kort geleden is beëindigd, is groot. In de casussen 8 en 9 zijn er geen vervolgacties na de herstelmelding. Er lijkt zich na de werkherhaling een herhaling van zetten voor te doen; werknemer en leidinggevende spreken niet over de voortdurende of nieuwe gezondheidsproblemen. Het is het patroon van 'doorgaan', dat ook te zien was in de periode voorafgaand aan de ziekmelding. In casus 12 blijven werknemer en leidinggevende, ook na de herstelmelding, actief bezig met het probleem van de verminderde belastbaarheid.

6.2.4 Reïntegratiegedrag bij voortduren ziekteverzuim

In vier casussen duurt het ziekteverzuim (gedeeltelijk) voort. TABEL 6.3 geeft de verschillen in reïntegratiegedrag in deze vier casussen weer.

TABEL 6.3 Reïntegratiegedrag van werknemers en leidinggevenden bij voortdurende ziekteverzuim

AFWACHTEND	ACHTERBLIJVEND	VOLGEND	VOORUITLOPEND
2	11	3, 5	

Eerst komen de twee casussen (3 en 5) aan de orde waarin de werknemer passend werk doet, in afwachting van een definitieve plaatsing in een passende functie binnen of buiten de organisatie. Daarna volgt de casus (11) waarin het lange tijd geduurd heeft voordat zich arbeidsmogelijkheden aandienen. De werknemer is onlangs gedeeltelijk in de eigen functie teruggekeerd. Tot slot de casus (2) waarin nog geen sprake is van werkherhvatting en een gecompliceerde situatie is ontstaan.

In casus 3, waarin de werknemer blijvend arbeidsongeschikt voor eigen werk is bevonden, doet de werknemer nog steeds de administratieve werkzaamheden in afwachting van passend werk. Ze komt met voorstellen om verschillende werkzaamheden uit te proberen, ook bij andere organisatieonderdelen. Dit resulteert nog niet in een definitieve oplossing. De bedrijfsarts vraagt aanvullende informatie op bij behandelaars, om beter de toekomstmogelijkheden te kunnen inschatten. De werknemer zegt niet veel zicht te hebben op het traject. In haar ogen is de bedrijfsarts bepalend:

Werknemer casus 3: *Die zorgt dat ik gewoon aan het werk blijf. En dat haar plicht is om mij ook wel te motiveren dat ik aan het werk blijf en niet thuis blijf zitten. (...) Als er nou geen bedrijfsarts was geweest, dan had je je ziek gemeld en af en toe had je de leidinggevende gebeld en je hebt verder geen verantwoordelijkheid. Ik bedoel, je hebt nou die verantwoordelijkheidsgevoelens nou veel meer op de voorgrond, vind ik. Je hebt nou verantwoording af te leggen ook aan <naam bedrijfsarts>. 350-354*

De leidinggevende benadrukt dat ze voor de werknemer vertrouwenspersoon wil zijn, waarbij deze 'haar verhaal kwijt kan'. De herplaatsing beschouwt ze als aangelegenheid van de werknemer en de verzuimfunctionaris. Ze acht het onvermijdelijk dat dit traject tijd kost:

Leidinggevende casus 3: *Als er wat nodig is, kan ze altijd bij mij..., maar ik ben natuurlijk een beetje nou uit beeld, omdat ze niet terug komt in het eigen werk en de verzuimcoördinator het nu verder op gaat nemen om het traject in te gaan dat ze naar ander werk gaan kijken. (...) Ik denk niet dat dat verkort had kunnen worden. Ik denk dat dat ook niet goed voor <naam werknemer> was geweest, dan was het te snel allemaal gegaan. (...) Het gevoel (...) van: ze willen mij niet meer. Ik denk als het in versnelde vaart was gegaan, dát gevoel bij <naam werknemer> had opgeroepen. 59, 139, 245*

De leidinggevende ziet voor zichzelf op dat moment geen grote rol ('omdat ze nou gewoon op een traject is') en daarom heeft ze de situatie van deze werknemer niet meer in het

sociaal-medisch overleg aan de orde gesteld. Ze heeft geen duidelijk beeld van het vervolg:

Leidinggevende casus 3: *Ik weet nog niet hoe dat geregeld is. (...) Dan zal ze hier gewoon niet weer komen? Dus ja, dat weet ik verder ook niet. (...) Dan zal, denk ik, binnen twee jaar ziekte ontslag aangevraagd worden? Dát hoop ik niet voor haar. (...) Maar het kan natuurlijk zijn dat je je uiterste best voor iemand hebt gedaan en dat er gewoon geen vacature, niks vervangends, niks buiten.... (...) Er moet een plekje, er moet een vacature ontstaan waarin zij zich op haar plaats kan voelen. 119-121, 264*

De werknemer verwacht dat herplaatsing binnen de eigen organisatie moeilijk zal zijn, maar uiteindelijk wel zal lukken. Haar eigenlijke wens, een zorgfunctie bij een net opgerichte organisatie, brengt ze in het reïntegratietraject niet ter sprake. Voor haar ligt de prioriteit bij verder gezondheidsherstel. Geruime tijd na de derde interviewronde in deze casus blijkt dat met de werknemer beëindiging van het dienstverband is overeengekomen. Meer informatie is hierover niet bekend, omdat dit gebeurd is na afronding van de interviews.

Ook in casus 5 loopt een herplaatsingstraject in verband met blijvende arbeidsongeschiktheid voor de eigen functie. De werknemer werkt sinds een aantal weken, op basis van boven-taligheid, in een functie die minder belastend is. De gezondheidssituatie van de werknemer verbetert weliswaar geleidelijk, maar de bedrijfsarts betwijfelt of het werk dat ze nu uitprobeert op den duur een passende oplossing is, gezien de belasting die het met zich meebrengt. Ze onderzoekt opnieuw de belastbaarheid van de werknemer. De werknemer heeft er zelf op aangedrongen het in deze functie 'te mogen proberen'. Ze realiseert zich dat het nog niet een definitieve oplossing is. De motivatie om in een zorgfunctie te blijven werken en onvrede over de geringe voortgang in het herplaatsingstraject zijn voor haar belangrijke prikkels geweest om initiatieven te nemen. Ze zegt nog weinig te weten van de formele rechten en plichten bij reïntegratie:

Werknemer casus 5: *Als ik niets had gezegd en alles op zijn beloop had gelaten ja, ik denk dat ik dat dan niet voor elkaar had gekregen. (...) Ik denk: waarom nemen ze geen actie? Dat kost handen vol geld voor <naam organisatie>. Dan zitten ze steeds over het ziekteverzuim en zo, maar ik loop steeds bij huis, en ik wil wel wat. Maar ze doen niets. (...) Je moet voor jezelf opkomen, dat heb ik wel in de gaten. (...) Ik weet niet wat er allemaal op papier staat voor regels, dat je dit moet of dat moet (...), dat weet ik allemaal niet. 20, 38, 79, 187, 189*

De leidinggevende bevestigt het aandeel van de werknemer; ze gaat ervan uit dat vooral de verzuimcoördinator en de bedrijfsarts in deze fase verantwoordelijk zijn voor de reïntegratie. Zelf zegt ze het proces op enige afstand te volgen. Ze erkent dat het 'even heeft geduurd' en verklaart dit uit de tijd die medisch onderzoek en behandeling hebben gekost. Een te snelle aanpak zou in haar ogen mogelijk een averechts effect hebben gehad:

Leidinggevende casus 5: *Waarschijnlijk had het vanuit de organisatiekant misschien sneller gekund, maar als je op dat moment keek naar hoe het met <naam werknemer> ging, had het niet sneller gekund. (...) Als we het sneller hadden gedaan, hadden we misschien nu niet gezeten waar we nu zijn met <naam werknemer>. 72-74*

Het voorstel van de werknemer leidt tot een voorlopige oplossing. Op het moment van de derde interviewronde is het ziekteverzuim formeel nog niet beëindigd.

In casus 11 adviseert de bedrijfsarts acht maanden na de ziekmelding, na een eerder gegeven advies dat de werknemer enkele uren passend werk kan doen, gedeeltelijke herstelmelding en geleidelijke uitbreiding van het aantal uren. Werknemer en leidinggevende houden een voorzichtig tempo aan. Ze benadrukken beide het belang van een stapsgewijze aanpak van het terugkeertraject. De werknemer vindt de reïntegratie lang duren en kijkt uit naar terugkeer in de reguliere werksituatie, maar als de leidinggevende voorstelt 'om de avond erbij te proberen', voelt ze zich erdoor 'overvallen'. Ze ervaart de uitbreiding van uren als 'toch wel een hele stap':

Werknemer casus 11: *Hoe ze het dan zien, dat ik een volledige dag weer ga draaien? Nou ja, moeten we nog even zien. Daar hebben we het in die zin nog niet over gehad. Maar wel gewoon dat het dus elke keer, toch een stijgende lijn in moet zitten. Dus elke keer wat meer uren, wat meer doen.* 155

De werknemer is nog steeds onzeker over wat er van haar verwacht wordt en wat ze kan verwachten. Er is weliswaar een plan van aanpak gemaakt en dat wordt regelmatig aangevuld met een bevestiging van gemaakte afspraken, maar dat geeft de werknemer niet het houvast waar ze behoefte aan heeft:

Werknemer casus 11: *Wat willen ze nu, wat gaat er nu gebeuren, hoe moet het nu verder? (...) Dan heb ik ook niet goed genoeg duidelijk van, mag ik nee zeggen? (...) Kan ik nu echt gaan steigeren en op de rem gaan staan of niet? (...) Of moet ik inderdaad eerst maar zien dat het dan inderdaad niet lukt? (...) Ik weet helemaal niet of dat ergens beschreven staat. (...) Als zij nou zou zeggen van: volgende keer, dan is het de bedoeling, kijk, dan kan je het op je in laten werken. (...) Dan kan je er beter over na denken, maar je kan er ook wat vast naar toe werken, je kan het een plekje geven. En nu gebeurt het gewoon, voor mijn gevoel als een voldongen feit en je hebt het maar te doen. Lukt het je niet, ja dan ben je weer een heel eind verder terug. (...) Als zoiets wat meer omschreven staat of dat je zelf als werknemer ook weet van wat zijn je rechten en plichten. (...) Doordat je het ook niet precies wéét, laat je dingen dan ook maar weer gebeuren.* 276, 289-299, 359-360

Ook de leidinggevende vindt het reïntegratieproces langzaam verlopen. Voor haar is er verschil tussen de fase waarin de medische aspecten op de voorgrond staan en de fase vanaf 'het moment dat iemand weer aan terugkomen denkt'. Dan ziet ze voor zichzelf als taak het advies van de bedrijfsarts te volgen en het tempo te bepalen. Ze wil niet teveel vooruit lopen op vervolgstappen. Ze typeert haar aanpak in deze casus als 'haar iedere keer een stapje voor zijn':

Leidinggevende casus 11: *Ik heb dat ook wel tegen haar gezegd: ik zorg elke keer dat ik je een stapje voor ben. Zo als <naam bedrijfsarts> haar steeds twee of drie stapjes voor is, steeds. Ik heb tegen haar gezegd: we hoeven niet zo hard als <naam bedrijfsarts> wil, we weten in ieder geval dat we niet harder mogen dan <naam bedrijfsarts> aangeeft. (...) Dan zit het gewoon in onze rolverdeling dat de één, dat ik – tenminste zo kijk ik er wel naar – haar in dit geval wel vóór moet zijn. Omdat ik denk dat het anders onnodig langer zou duren en ik denk ook dat dat <naam werknemer> niet eens zou motiveren. (...) Ik denk wel dat ik de regie gehad heb, maar dat ik me wel heb laten leiden door haar uitgangssituatie.* 107-109, 259

De voortgang in dit reïntegratietraject is een keer aan de orde geweest in het sociaal-medisch overleg, maar is recent niet meer 'op de agenda gezet', zo meldt de leidinggevende. Ten tijde van het (later afgenomen) interview met de bedrijfsarts blijkt dat de werknemer in de 44^e week na de ziekmelding haar eigen werk volledig hervat heeft.

In *casus 2* is de situatie gecompliceerd geworden. Dit is de reden dat is afgezien van het derde interview met de werknemer (zie PARAGRAAF 6.1, noot 10). De bedrijfsarts verwachtte aanvankelijk dat een spoedige terugkeer in eigen werk mogelijk zou zijn en adviseerde hervatting in passend werk. De leidinggevende zag daartoe geen mogelijkheden. Omstreeks de 20^e week na de ziekmelding constateert de bedrijfsarts tijdens een spreekuur-contact dat de werknemer, ondanks de aanhoudende knieklachten, zonder overleg is gestopt met de afgesproken paramedische behandeling. Kort erna komt de werknemer thuis ten val en heeft zodanig ernstige verwondingen dat ze een aantal weken volledig arbeidsongeschikt is. Naar aanleiding hiervan vindt overleg plaats tussen de leidinggevende, de bedrijfsarts en de verzuimfunctionaris. Bovendien wordt, met toestemming van de werknemer, contact gelegd met haar partner en met de huisarts. In die contacten wordt duidelijk dat de werknemer lijdt aan een erfelijke aandoening met een progressief karakter. Vanaf dat moment staan de consequenties van deze ziekte voor de leidinggevende en de bedrijfsarts op de voorgrond. De bedrijfsarts vraagt de medisch specialist om advies over de toekomstige belastbaarheid van de werknemer. Leidinggevende en bedrijfsarts hopen op basis daarvan de mogelijkheden voor een verantwoorde terugkeer in het werk met de werknemer en haar partner te kunnen bespreken:

Leidinggevende casus 2: *Van: wat mag je vragen, welke eisen mag je stellen als organisatie? Wat je van haar mag vragen ten aanzien van werkzaamheden: wat is veilig? (...) Daar kunnen wij eigenlijk geen uitspraak over doen. Daar zal toch die neuroloog wat over moeten zeggen. (...) Ze heeft dusdanige problemen dat je dat ook niet van haar kunt verlangen. Ik zou het niet weten. Ik zou het écht niet weten.* 17, 29-31

De leidinggevende heeft vanaf het begin van het ziekteverzuim een vermoeden gehad dat er andere gezondheidsproblemen meespeelden. Achteraf gezien had ze in de beginfase actiever willen handelen:

Leidinggevende casus 2: *Natuurlijk moet je oppassen dat je niet op de stoel gaat zitten van bedrijfsmaatschappelijk werk, dat je niet op de stoel moet gaan zitten van de bedrijfsarts, dat snap ik. (...) Als ik haar natuurlijk in die zin al wat langer had gekend, in de zin van de aansturing, dan denk ik dat ik misschien toch geprobeerd had om in een eerder stadium toch al meer duidelijkheid te krijgen.* 57, 141

De leidinggevende noemt het niet doorgaan van het sociaal-medisch overleg en veranderingen in het management, waardoor de deelnemers aan dit overleg in de voorgaande maanden wisselden, als bijkomende factoren die de communicatie hebben bemoeilijkt. Een nieuwe complicatie is dat de leidinggevende als gevolg van een reorganisatie haar functie verliest en de begeleiding van deze werknemer niet zal voortzetten. In één van de latere interviews met de bedrijfsarts (inzake een andere casus) blijkt dat de arbeids-overeenkomst met de werknemer met wederzijds goedvinden is ontbonden. Hoe dit is gegaan en welke overwegingen hierbij hebben meegespeeld, is niet bekend.

De mate van activiteit van de werknemers en leidinggevendenden in deze vier casussen loopt uiteen. In de casussen (3, 5), waarin een herplaatsingstraject aan de orde is, zien werknemer en leidinggevende de verzuimfunctionaris als spil in dit traject. Onder druk van de geringe voortgang en de dreiging dat wordt aangestuurd op reïntegratie elders trekken de werknemers het initiatief naar zich toe door zelf met suggesties te komen. In casus 11 houden

werknemer en leidinggevende een voorzichtig tempo van werkhervatting aan, langzamer dan door de bedrijfsarts wordt geadviseerd. Bij de werknemer duren de onduidelijkheid en onzekerheid over het reïntegratietraject voort. In casus 2 komen ernstige gezondheidsproblemen bij de werknemer aan het licht, waarna leidinggevende en bedrijfsarts wachten op nadere adviezen van de behandelend medisch specialist.

6.3 Ontwikkelingen, overeenkomsten en verschillen na negen maanden

6.3.1 Ontwikkeling in reïntegratiegedrag na negen maanden

Negen maanden na de ziekmelding zijn alle werknemers en leidinggevendens, met uitzondering van die in casus 2, actief geworden. In de casussen waarin het ziekteverzuim is beëindigd, heeft de bedrijfsarts de begeleiding afgesloten rond het moment van hersteldmelding. De karakterisering van de casussen in de voorgaande paragraaf laten zien dat er variëteit is in het reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende, zowel *voorafgaand* aan de werkhervatting als qua activiteit *na* de hersteldmelding.

De verschillen in reïntegratiegedrag in de fase voorafgaand aan de hersteldmelding liggen in het verlengde van reeds geconstateerde contrasten. De variatie van reïntegratiegedrag in de casussen waarin het ziekteverzuim na de tweede interviewronde voortduurde, is in TABEL 6.4 weergegeven.¹¹

TABEL 6.4 *Reïntegratiegedrag van werknemers en leidinggevendens voorafgaand aan de hersteldmelding*

AFWACHTEND	ACHTERBLIJVEND	VOLGEND	VOORUITLOPEND
2	8, 9, 11	3, 5	12

De tabel laat zien dat de werknemer en de leidinggevende in casus 12 zich blijven onderscheiden. Ze anticiperen op toename van de arbeidsmogelijkheden van de werknemer, experimenteren met verschillende varianten om tot optimale werkhervattingscondities te komen en houden rekening met toekomstige veranderingen in de organisatie. In andere casussen (3, 5, 8, 9, 11) laten werknemer en leidinggevende de regie in hoge mate over aan de bedrijfsarts of de verzuimcoördinator. In deze groep van vijf casussen zien we onderlinge verschillen. In de casussen 3 en 5 komt de werknemer tijdens het herplaatsingstraject met initiatieven, waarna de leidinggevendens zich hier bij aansluiten. In de casussen 9 en 11 heeft de bedrijfsarts aan werknemer en leidinggevende voorgesteld dat zij met elkaar het

¹¹ In de casussen waarin al eerder volledige werkhervatting is gerealiseerd (4, 6, 7, 10) is geen sprake meer van reïntegratiegedrag; deze blijven hier buiten beschouwing.

traject naar volledige terugkeer uitstippelen, maar deze blijven desondanks wachten tot volgende adviezen van de bedrijfsarts. Ook in casus 8 blijft het tempo van hervatting achter bij wat de bedrijfsarts adviseert. Casus 2 is uitzonderlijk in die zin dat er negen maanden na de ziekmelding geen sprake is van reïntegratie-activiteit.

De spreiding van casussen over de verschillende typen reïntegratiegedrag komt nagenoeg overeen met de spreiding ten tijde van de tweede interviewronde (zie TABEL 5.3 in SUBPARAGRAAF 5.2.1), zoals uit onderstaande TABEL 6.5 blijkt.

TABEL 6.5 Typen reïntegratiegedrag vier en negen maanden na de herstelmelding

AFWACHTEND	ACHTERBLIJVEND	VOLGEND	VOORUITLOPEND
2, 11	8, 9	3, 5, 6, 10	4, 7, 12

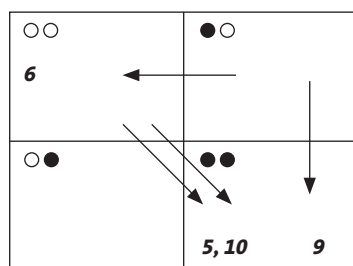
VIER MAANDEN NA DE ZIEKMELDING

AFWACHTEND	ACHTERBLIJVEND	VOLGEND	VOORUITLOPEND
2	8, 9, 11	3, 5	12

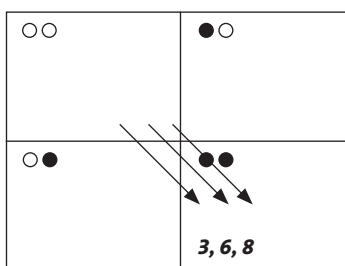
NEGEN MAANDEN NA DE ZIEKMELDING (ZIEKTEVERZUIM IN CASUSSEN 4, 6, 7, 10 WAS AL BEËINDIGD)

Na de aanvankelijke neiging tot afwachten, zijn in de loop van de maanden werknemer en leidinggevende in tien van de elf casussen actief met reïntegratie bezig gegaan. TABEL 6.6 geeft een overzicht van de verschuivingen die rond de drie interviewmomenten zijn geconstateerd.

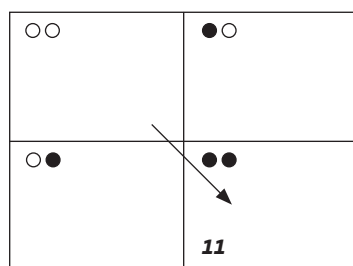
TABEL 6.6 Verschuivingen in de maanden na de ziekmelding



IN DE EERSTE WEKEN



NA VIER MAANDEN



NA NEGEN MAANDEN

Toelichting

- ○ werknemer en leidinggevende beide afwachtend
 - ○ werknemer actief, leidinggevende afwachtend
 - ● leidinggevende actief, werknemer afwachtend
 - ● werknemer en leidinggevende beide actief
- De nummers van casussen die van categorie veranderd zijn, zijn vetgedrukt én gecursiveerd

De enige verschuiving ten opzichte van de situatie van vier maanden na de ziekmelding betreft casus 11. Wederom gebeurt dit volgens het eerder opgemerkte patroon, waarin het voorstel tot werkhervatting van de bedrijfsarts de overgang markeert van *afwachtend* naar actief (in dit geval in de variant *achterblijvend*).

Ook *na de herstelmelding* verschillen casussen ten opzichte van elkaar wat betreft activiteiten die werknemer en leidinggevende ondernemen, zoals de onderstaande TABEL 6.7 laat zien.

TABEL 6.7 *Activiteit van werknemers en leidinggeevenden na de herstelmelding*

GEEN ACTIVITEIT	WEL ACTIVITEIT	NOG GEEN (VOLLEDIGE) HERSTELDMELDING
6, 8, 9, 10	4, 7, 12	2, 3, 5, 11

Uit de tabel blijkt dat werknemers en leidinggeevenden die vanaf het begin actief waren (4, 7, 12), na de beëindiging van het verzuim met de toekomstige inzetbaarheid bezig zijn. De intensiteit ervan is in één van de casussen (4) afgenomen. In andere casussen (6, 8, 9, 10) betekent de terugkeer in de werksituatie het einde van de activiteit. Werknemer en leidinggevende hebben geen overleg met elkaar over de gezondheidssituatie, de inzetbaarheid van de werknemer of haar loopbaanwensen. Ze gaan over tot de orde van de dag, ook al duren de gezondheidsklachten voort. Verschillende keren doet zich een herhaling voor van wat zich voorafgaand aan de ziekmelding afspeelde: de werknemer informeert de leidinggevende en de bedrijfsarts niet over gezondheidsproblemen en de leidinggevende merkt problemen met het functioneren in de werksituatie niet op. Werknemers maken geen gebruik van de mogelijkheid de bedrijfsarts te consulteren, ook niet bij een nieuwe ziekmelding (casus 9 en 10).

Overeenkomstig hetgeen in de twee voorgaande hoofdstukken (zie SUBPARAGRAFEN 4.5.1 en 5.3.1) is vastgesteld, blijkt uit de casussen dat de feitelijke rol van de bedrijfsarts in het reïntegratieproces bij de vier typen reïntegratiegedrag uiteenloopt. De formele herstelmelding betekent in alle gevallen het einde van de betrokkenheid van de bedrijfsarts, ondanks het voortduren van de gezondheidsproblemen.

6.3.2 *Overeenkomsten en verschillen na negen maanden*

Aansluitend bij wat in de vorige hoofdstukken (zie SUBPARAGRAFEN 4.5.2 en 5.3.2) is geconstateerd over de kenmerken die verband houden met verschillen in reïntegratiegedrag, worden de belangrijkste overeenkomsten en verschillen hieronder samengevat.

Een opmerkelijke overeenkomst is dat de gezondheidsproblemen in geen van de casussen volledig opgelost zijn, ook al is het ziekteverzuim kortere of langere tijd geleden geëindigd. In casus 8 dienen zich daarbij nieuwe gezondheidsproblemen aan en in casus 2 wordt duidelijk dat de werknemer aan een ernstige, progressieve aandoening lijdt. Negen maanden na de ziekmelding is de medische situatie dus nog in meerdere of mindere mate problematisch.

De in de vorige hoofdstukken opgemerkte verschillen in normatieve roloriëntaties en cognitieve handelingsoriëntaties tekenen zich in de latere maanden van het reïntegratietraject en rond het moment van hersteldmelding nadrukkelijk af. Wederom is de samenhang gebleken van de typen reïntegratiegedrag met uiteenlopende opvattingen van werknemer en leidinggevende van hun eigen rol. Deze opvattingen variëren van het centraal stellen van de eigen verantwoordelijkheid en de actieve eigen rol, tot de aanname dat met name de bedrijfsarts of de verzuimcoördinator leidend zijn in het proces. In enkele casussen (8, 11) doet zich de variant voor waarbij voor de bedrijfsarts een ‘*duwende rol*’ (*‘twee of drie stapjes voor blijven’*) wordt gezien en de leidinggevende zichzelf een ‘*remmende*’ rol ten opzichte van de bedrijfsarts (*‘een stapje voor blijven’*) toekent. Eveneens is er verband met verschillen in perspectief van waaruit de ziekteverzuimsituatie en de reïntegratie worden gezien. In casussen met *vooruitlopend* reïntegratiegedrag, waarin het perspectief van de inzetbaarheid van de werknemer uitgangspunt is, zien werknemer en leidinggevende de periode van reïntegratie als mogelijkheid om de belastbaarheid van de werknemer te exploreren en te zoeken naar duurzame oplossingen. In andere casussen ontbreekt dit perspectief en vatten werknemer en leidinggevende de ziekteverzuimperiode veeleer op als een incidentele onderbreking van de inzetbaarheid van de werknemer. Dit gaat samen met een verschil in de *range* van mogelijke oplossingen die werknemer en leidinggevende onderzoeken en de flexibiliteit die ze betrachten. Met aan de ene kant het creëren van individuele maatwerkoplossingen, ook als dat gepaard gaat met bijvoorbeeld ingrepen in dienstroosters van anderen, en als andere uiterste het wachten tot zich een standaardoplossing voordoet. Rond de hersteldmelding manifesteren de verschillen zich in de vorm van een voortgezette oriëntatie van werknemer en leidinggevende op mogelijkheden om de inzetbaarheid in de toekomst te garanderen tegenover het als voltooid beschouwen van het reïntegratietraject.

Ook wat de benutting van hulpbronnen betreft, liggen de bevindingen in het verlengde van die in de voorgaande fasen. Naarmate werknemer en leidinggevende actiever zijn, maken ze meer gebruik van adviezen van behandelaars (met name fysiotherapeuten) en van de expertise van andere functionarissen in de organisatie. Ze wisselen bovendien onderling meer informatie uit. Dit geldt ook voor de fase rond de hersteldmelding. De uitwisseling van informatie is echter begrensd. Over het algemeen raakt de gezondheidssituatie van de werknemer geleidelijk naar de achtergrond; werknemer en leidinggevende beschouwen het gezondheidsherstel en de medische behandeling als zaak voor de werknemer zelf. De consequentie is dat de voortgang qua herstel en behandeling (meerdere werknemers stoppen met hun therapie) zich onttrekt aan de waarneming van de leidinggevende en de bedrijfsarts. Slechts in een paar casussen (7, 12) komen de gezondheidsbeperkingen na de hersteldmelding nog expliciet aan de orde in contacten tussen werknemer en leidinggevende. Ook over loopbaanwensen en toekomstperspectieven van de werknemer wordt in beperkte mate gesproken. Werknemers koesteren toekomstdromen, maar vinden het niet vanzelfsprekend om deze ter sprake te brengen; leidinggevendenden vragen er niet naar, op een enkele uitzondering (casus 12) na. Zo blijft informatie die voor de inzetbaarheid van werknemers relevant kan zijn, mede gezien de organisatieveranderingen en veranderingen van functies, onbesproken en onbenut.

Het gesignaleerde mechanisme van het versterkende interactie-effect valt ook negen maanden na de ziekmelding op. Het resultaat daarvan is dat in casussen waarin werknemer en leidinggevende relatief actief zijn en blijven, ze ‘elkaar beter hebben leren kennen’ en ze van mening zijn dat ze gezamenlijk hebben opgetreden. In de casussen met minder actief gedrag blijkt ook uit de laatste interviews dat de uitwisseling van opvattingen en de afstemming van verwachtingen minimaal zijn gebleven. Opmerkelijk is dat er opnieuw een wisseling van leidinggevende optreedt (casus 10). In een andere casus (2) staat een wisseling van leidinggevende op stapel. Het is niet bekend welke effecten deze wisselingen hebben op het proces, omdat deze niet meer binnen de onderzoeksperiode konden worden gevolgd.

6.3.3 Verzuimbeleid als mogelijk relevante factor

In de voorgaande hoofdstukken (zie SUBPARAGRAFEN 4.5.3 en 5.3.3) is naar voren gekomen dat de verschillen in reïntegratiegedrag niet parallel lopen aan het onderscheid tussen de twee organisaties waaruit de casussen afkomstig zijn. Dit geldt ook voor deze derde fase. In TABEL 6.8 is weergegeven hoe de casussen uit de twee organisaties over de verschillende typen reïntegratiegedrag verdeeld zijn.¹²

TABEL 6.8 *Spreiding van casussen uit organisatie A en organisatie B over typen gedrag voor de herstelmelding*

	AFWACHTEND	ACHTERBLIJVEND	VOLGEND	VOORUITLOPEND
organisatie A	2		3, 5	
organisatie B		8, 9, 11		12

In beide organisatie doen zich verschillende typen reïntegratiegedrag voor. Er is geen duidelijke tweedeling tussen casussen uit de ene organisatie ten opzichte van de andere. TABEL 6.9 laat zien dat er na de herstelmelding eveneens een vergelijkbare spreiding is te zien van casussen uit de twee organisaties.

TABEL 6.9 *Spreiding van casussen uit organisatie A en organisatie B over typen gedrag na de herstelmelding*

	GEEN ACTIVITEIT	WEL ACTIVITEIT	NOG GEEN (VOLLEDIGE) HERSTELDMELDING
organisatie A	6	4, 7	
organisatie B	8, 9, 10	12	11

¹² Opnieuw blijven de casussen waarin al eerder volledige werkhervatting is gerealiseerd (4, 6, 7, 10) buiten beschouwing, omdat er in deze fase geen sprake meer is van reïntegratiegedrag.

Na de hersteldmelding zijn er in beide organisaties casussen voor waarin werknemer en leidinggevende een vervolg geven aan hun reïntegratie-inspanningen en casussen waarin dat niet gebeurt. In organisatie A is iets vaker wel sprake van voortgezette activiteit na de hersteldmelding, in organisatie B is dit iets vaker niet het geval, maar de aantallen casussen zijn te gering om robuuste uitspraken over een patroon te doen en er is geen duidelijke tweedeling tussen casussen uit beide organisaties.¹³

De organisaties A en B zijn geselecteerd met het oog op verschillen in het verzuimbeleid (zie SUBPARAGRAAF 3.2.2), zodat geanalyseerd kan worden in hoeverre deze verschillen een relevante factor zijn voor verschillen in reïntegratiegedrag. De verwachting was dat casussen uit organisatie B meer actief reïntegratiegedrag te zien zouden geven (zie SUBPARAGRAAF 3.4.2). Het uitblijven van het verwachte verband vraagt om een nadere interpretatie. Mogelijk zijn er weliswaar verschillen in het formele verzuimbeleid van beide organisaties, maar minder of niet op het niveau van het feitelijke door leidinggevendenden geïmplementeerde beleid (zie PARAGRAAF 1.5). Aan de hand van uitlatingen van leidinggevendenden en werknemers over het verzuimbeleid van de organisaties (zie *BIJLAGE VI: Uitspraken over het verzuimbeleid van de organisaties*) wordt nagegaan of dit een plausibele interpretatie is.

Het verzuimbeleid van *organisatie A* is getypeerd (zie SUBPARAGRAAF 3.4.2) als gericht op het moment van ziekmelding, op terugdringing van het ziekteverzuim en op zichzelf staand. Tijdens de periode van de interviews is er in de organisatie hernieuwde aandacht voor het ziekteverzuimbeleid als gevolg van de inschakeling van een extern verzuimadviesbureau en de invoering van een nieuw, geautomatiseerd verzuimregistratiesysteem. In trainingen voor leidinggevendenden die hieraan verbonden zijn, ligt het accent op de gesprekken als een werknemer zich ziek meldt. Leidraad was voorheen het motto '*ziekte overkomt u, verzuim kan het gevolg zijn*'. Dit is veranderd in '*ziek zijn overkomt je, verzuim is een keuze*'. Leidinggevendenden worden gestimuleerd met werknemers in gesprek te gaan over de noodzaak van een ziekmelding. Bovendien worden ze aangespoord werknemers sneller (gedeeltelijk) hersteld te melden, op basis van een schatting van de productiviteit ('*naar loonwaarde*'), in plaats van hen op basis van boventaligheid te laten werken.

De reacties van de leidinggevendenden in organisatie A op de recente ontwikkelingen in het verzuimbeleid lopen uiteen. Een deel onderschrijft de aangescherpte aanpak en ziet het als verbetering. Anderen zeggen weinig verschil te zien of reageren sceptisch; ze plaatsen kanttekeningen bij de nadruk die de directie legt op verzuimcijfers en kosten van verzuim. De kerngedachte '*ziek zijn overkomt je, verzuim is een keuze*' wordt als '*te zwart / wit*' gekarakteriseerd. In verschillende interviews wordt gepleit voor '*meer nuance*'. Er zijn

13 Verder valt in deze tabel op dat casussen waarin het ziekteverzuim voortduurt meer uit organisatie A afkomstig zijn. Het betreft de casus (2) waarin zich bijzondere ontwikkelingen voordoen en de casussen (3, 5) waarin de werknemer blijvend arbeidsongeschikt voor eigen werk is bevonden. In organisatie B deden zich gedurende de onderzoeksperiode geen casussen voor waarin een herplaatsing noodzakelijk is. Wellicht dat er daardoor in organisatie A meer trajecten zijn die na negen maanden nog voortduren.

aarzelingen bij de redelijkheid en uitvoerbaarheid van de voorgestane aanpak in de dagelijkse praktijk. Het nieuwe verzuimregistratiesysteem wordt door de leidinggevenden gezien als een praktisch hulpmiddel, maar een aantal relativiseert de betekenis van signalen die het systeem geeft; ze zeggen er ‘*creatief mee om te gaan*’. Veelvuldig benadrukken leidinggevenden dat ze zelf regels interpreteren en dat iedereen er een eigen invulling aan geeft. Er is behoefte aan meer praktische uitwerking van het beleid en aan uitwisseling van inzichten en ervaringen met hun collega’s over de uitvoering ervan. Sceptis overheerst als het gaat om de nieuwe instructies voor het werken op therapeutische basis. Het voordeel van een gedeeltelijke herstelmelding wordt betwijfeld, zeker in situaties waarin vervanging wordt ingezet. Verder wijzen leidinggevenden op praktische omstandigheden – te grote teams, weinig tijd voor individuele begeleiding, beperkte herplaatsingsmogelijkheden – die ze als belemmerend ervaren bij reïntegratietrajecten. Meerdere leidinggevenden spreken in kritische bewoordingen over de opeenvolgende veranderingen in het verzuimbeleid. Ze waarderen het positief dat de organisatie in het beleid investeert, maar verwachten er – zeker op langere termijn – geen bijzondere resultaten van.

De werknemers in organisatie A zeggen weinig zicht te hebben op het verzuimbeleid, noch in algemene zin, noch wat het voor hun eigen situatie betekent. Gevraagd naar het verzuimbeleid verwijzen ze naar mededelingen die in teamoverleggen worden gedaan over de hoogte van verzuimcijfers en over collega’s die ziek zijn. Ze associëren verzuimbeleid in de eerste plaats met financiële belangen. Ze tonen begrip voor kostenoverwegingen, maar ervaren het tegelijkertijd als bedreigend dat ‘*alles om geld draait*’. Bij de werknemers is weinig bekend over de nieuwste ontwikkelingen. Reacties daarop liggen in de sfeer van ‘*veel strenger*’ en ‘*snel aan het werk gezet worden*’. Bij enkelen bestaat de indruk dat de leidinggevende voortaan bepaalt of de werknemer ziek is. De gedachte dat de leidinggevende toestemming moet geven voor een ziekmelding stuit op onbegrip. Verschillende keren wordt in interviews de uitspraak ‘*ziek is ziek*’ gebruikt, zoals in dit fragment:

Werknemer casus 4: *Kijk, ziek is ziek. <Naam organisatie A> heeft een verzuimbeleid, nou, daar kun je niet altijd gelukkig mee zijn. Soms wordt er wel gezegd: nou, neem de vrije dagen maar op. Ik vind dat niet altijd kloppen. Want ziek is ziek. (...) Dat is mijn mening hoor. (...) Daar heb ik écht mijn vraagtekens bij.* 265, 267, 275

Uit de interviews is gebleken dat de kennis van het verzuimbeleid ook in de maanden na de ziekmelding gering is. Werknemers maken weinig actief gebruik van informatie over hun rechten en plichten bij ziekte.

Het verzuimbeleid van *organisatie B* is getypeerd (zie SUBPARAGRAAF 3.4.2) als meer gericht op reïntegratie en toekomstige inzetbaarheid, en als verbonden met hr-beleid in bredere zin. Een op handen zijnde verhuizing naar een nieuwbouwcomplex, de daaraan verbonden nieuwe organisatie van de zorg en fusieplannen brengen met zich mee dat het beleids-thema ‘brede inzetbaarheid’ veel aandacht krijgt. Wat ontwikkelingen in het verzuimbeleid betreft, wordt gestreefd naar het sneller inzetten op reïntegratie in een andere functie, binnen of buiten de organisatie. Leidinggevenden krijgen een breed palet aan scholing aangeboden: communicatietraining rondom verzuim, workshops over aspecten van verzuimpreventie en verzuimbegeleiding, training in casemanagement. Daarnaast worden

alle leidinggevendenden in het kader van cultuurverandering en het realiseren van brede inzetbaarheid van werknemers geschoold, onder andere in coachende vaardigheden en competentieontwikkeling. In intervisiebijeenkomsten kunnen dilemma's met verzuimbegeleiding aan de orde komen. De organisatie geeft ondersteuning aan werknemers, zoals in de vorm van een training ('*beter in balans*') en een experiment met een aanbod van diensten om het combineren van werk met zorgtaken in de privésfeer te vergemakkelijken. Op teamniveau worden werknemers gestimuleerd elkaar te coachen om tot een gezonde(re) manier van werken te komen. In het kader van medewerkerstevredenheidsonderzoek wordt het oordeel van het personeel over werkbelasting gevolgd.

De leidinggevendenden in organisatie B oordelen over het algemeen positief over het verzuimbeleid van hun organisatie en de wijze waarop daaraan gestalte wordt gegeven, al plaatsen ook zij kanttekeningen bij de nadruk op verzuimcijfers en het financiële belang van verzuimreductie. Enkelen wijzen op het gevaar dat dit leidt tot een beheersmatige aanpak, die ten koste gaat van '*het menselijke aspect*'. De leidinggevendenden benadrukken dat ze het verzuimbeleid op hun eigen wijze interpreteren en een eigen aanpak kiezen. Ze voegen daaraan toe niet altijd zicht te hebben op elkaars benadering en behoefte te hebben aan meer intercollegiaal contact hierover. Dat geldt in het bijzonder voor de leidinggevende die nog weinig ervaring heeft met het verzuimbeleid. Ze heeft behoefte aan '*meer handvatten*', met name bij complexere ziekteverzuimsituaties. Ook meer ervaren leidinggevendenden werpen vragen op over verschillen in benaderingen en over de effectiviteit van hun eigen aanpak en die van collega's.

Leidinggevende casus 11: *Wij weten natuurlijk niet van elkaar als leidinggevendenden hoe wij dat allemaal doen. Je kijkt nooit mee met iemand anders, bij gesprekken. En je zou tijdens intervisie ingewikkelde situaties wel in kunnen brengen, hè?* 121

Sommigen zeggen de intervisiebijeenkomsten te gebruiken om dilemma's bij verzuimbegeleiding te bespreken of in lastige situaties collega's te consulteren. Het algemene beeld is dat de leidinggevendenden het verzuimbeleid in grote lijnen onderschrijven, maar dat ze in de praktijk deels naar eigen inzicht handelen.

De werknemers in organisatie B hebben geen expliciete opvattingen over het verzuimbeleid van hun organisatie, behalve dat het '*strenger*' en '*wat strakker*' is geworden. Ze gebruiken zelf de term verzuim weinig. Twee van hen lichten toe waarom dit woord voor hen een negatieve lading heeft:

Werknemer casus 9: *Als je ziek bent, dan ben je ziek. (...) Het is al vervelend genoeg om ziek te wezen. En als dan iemand zegt 'jij verzuimt', nou dan is het helemaal zoets van: oh, zien jullie dat zo? (...) Je doet niet wat je móet doen. Terwijl het niet de keuze is van jezelf, het is niet jouw keuze.* 441-445

Werknemer casus 11: *Verzuim heeft een beetje een negatieve klank. Ja, zo van: je verzuimt lekker van school, je bent lekker niet heen gegaan. (...) Een beetje dat spijbelachtige gevoel. Ja, daar associeer ik het een beetje mee, dat hoeft natuurlijk op zich helemaal niet. Want ja, de term wordt algemeen gebruikt, maar toch, die associatie heb je er ook mee. (...) Als je ziek wordt, ja daar kan je op dat moment gewoon niks aan doen. Dat je daar door even niet kan werken. Dat is gevoelsmatig vervelend genoeg.* 319-321, 331

In deze interviewfragmenten is dezelfde ondertoon terug te vinden als in de uitspraak 'ziek is ziek'. Er wordt een spanning ervaren tussen de onvermijdelijkheid van het ziek-zijn en het verzuimbeleid, dat zou inhouden dat je 'niet meer ziek mag zijn'. Evenals in de andere organisatie zeggen de meeste werknemers ook negen maanden na de ziekmelding weinig te weten van het verzuimbeleid van de organisatie.

De uitlatingen van de geïnterviewden in beide organisaties laten zien dat het *formele verzuimbeleid* van de organisaties verschilt van hoe het in praktijk wordt gebracht en door werknemers wordt ervaren. De leidinggevendenden benadrukken dat ze bij de uitvoering hun eigen interpretatie volgen. Leidinggevendenden zeggen behoefte te hebben aan uitwisseling van ervaringen en aan meer concrete handvatten. Onderdelen als het plan van aanpak en de verslaglegging zien ze als van boven- of buitenaf opgelegde formaliteiten, die weinig bijdragen aan de verzuimbegeleiding. Verder noemen ze het ontbreken van tijd voor verzuimbegeleiding als knelpunt. Het blijkt dat in meer dan de helft van de casussen (5, 6, 7, 9, 10, 11, 12) de leidinggevende tijdelijk meerdere teams onder zijn of haar hoede heeft, met een grote *span of control* (de omvang van gezamenlijke teams loopt op tot 85 mensen) als gevolg. Het grote aantal parttimers betekent dat leidinggevendenden met grote teams te maken hebben. De werknemers ervaren het verzuimbeleid van de organisatie primair als een aangelegenheid voor het management, met beperkte relevantie voor hun eigen situatie. Ze spreken er alleen over als nadrukkelijk naar het verzuimbeleid en hun mening daarover gevraagd wordt. Zoals opgemerkt, gebruiken werknemers de term *verzuim* zelf niet of nauwelijks. Ze hanteren omschrijvingen als 'bij huis zijn', 'niet aan het werk zijn', 'in de ziekte-wet zitten'. Herhaalde ziekmeldingen worden niet aangeduid als frequent verzuim, maar als 'eerst last van de rug, toen griep'. Veelvuldig benadrukken ze de onvermijdelijkheid ('daar kun je niks aan doen', 'daar heb ik niet om gevraagd', 'ik doe het er niet om', 'ik kan het ook niet helpen', 'ik heb hier ook niet op zitten te wachten', 'het overkomt je gewoon, het is niet anders') van het ziekteverzuim. De kennis van het officiële beleid is gering. Meer dan op het formele verzuimbeleid oriënteren ze zich op het handelen van de bedrijfsarts en hun eigen leidinggevende.

De verschillen in het formele verzuimbeleid, het criterium op basis waarvan de twee organisaties zijn geselecteerd, blijken niet samen te gaan met duidelijk onderscheiden patronen in reïntegratiegedrag, zoals bij de start van het onderzoek is aangenomen. We komen hier in het slothoofdstuk (zie PARAGRAAF 7.2) op terug.

6.4 Conclusies over reïntegratiegedrag negen maanden na de ziekmelding

Negen maanden na de ziekmelding varieert de situatie wat werkhervatting betreft. In de meeste casussen is een eind gekomen aan het ziekteverzuim en is de werknemer (al of niet met aanpassingen) teruggekeerd in de eigen functie. Eén werknemer is gedeeltelijk hersteld gemeld en twee werknemers doen passende werkzaamheden in afwachting van herplaatsing in een passende functie. In één casus (2) is de gezondheidssituatie complexer

gebleken dan aanvankelijk is ingeschat en duurt het ziekteverzuim voort. In de meeste casussen is sprake van langzaam herstel en een stabielere gezondheidssituatie, maar in geen enkele zijn de klachten volledig verdwenen. Op een paar na zijn de werknemers met behandelingen gestopt, in de meeste gevallen buiten medeweten van de bedrijfsarts. Ook in casussen waarin de werknemer hersteld gemeld is, duren gezondheidsproblemen voort. Na de beëindiging van het ziekteverzuim doen zich in twee casussen (9 en 10) nieuwe ziekmeldingen voor. In twee andere casussen (2 en 3) komt het kort na de derde interviewronde tot ontbinding van de arbeidsovereenkomst.

De vier typen reïntegratiegedrag die in het vorige hoofdstuk (zie PARAGRAAF 5.4) zijn onderscheiden, tekenen zich negen maanden na de ziekmelding duidelijker af. Naast het moment waarop reïntegratie-acties worden ingezet, de aard van de acties die worden ondernomen en de reikwijdte ervan, zijn in voorgaande paragrafen verschillen opgemerkt in wie daarbij initiërend is. Bij *volgend* en *afwachtend* gedrag is het overwegend de leidinggevende die, aansluitend bij adviezen van de bedrijfsarts, een vervolgstap zet. Een uitzondering daarop vormen initiatieven bij langer durende herplaatsingstrajecten, die juist van de kant van de werknemer komen. Bij *vooruitlopend* gedrag ligt het initiatief bij beiden; werknemer en leidinggevende komen over en weer met voorstellen. Ook het verschil tussen de planmatige aanpak in de casussen met *vooruitlopend* gedrag ten opzichte van de andere casussen is meer zichtbaar geworden. Het proactieve reïntegratiegedrag gaat samen met het nemen van regie over het reïntegratietraject en onderscheidt zich daarmee van de stap-voor-stap-benadering in de overige casussen. Tot slot zijn in dit hoofdstuk de verschillen *na afloop* van het ziekteverzuim scherp in beeld gekomen: het overleg tussen werknemer en leidinggevende over de inzetbaarheid van de werknemer wordt voortgezet of er komt een eind aan initiatieven.

Het onderscheid in de vier typen reïntegratiegedrag is, nadat verschillen zijn uitgekristalliseerd, als volgt te omschrijven:

- *Afwachtend*
Werknemer en leidinggevende ondernemen geen reïntegratie-acties, ook al heeft de bedrijfsarts (al langer geleden of recent) werkherleving geadviseerd.
- *Achterblijvend*
Werknemer en leidinggevende ondernemen reïntegratie-acties nadat de bedrijfsarts daartoe het signaal geeft. Ze houden een langzamer tempo aan dan wat de bedrijfsarts adviseert. De focus ligt op terugkeer in eigen werk. De rolverdeling is als volgt: de bedrijfsarts geeft aanwijzingen, de leidinggevende sluit hierbij aan door deze in afgezwakte vorm over te nemen, de werknemer werkt mee aan de uitvoering ervan. Er zijn geen vervolgacties na de herstelmelding, ondanks redenen om aandacht te blijven besteden aan de toekomstige inzetbaarheid.
- *Volgend*
Werknemer en leidinggevende ondernemen reïntegratie-acties nadat de bedrijfsarts daartoe het signaal geeft. De acties bestaan uit het uitvoering geven aan adviezen van de bedrijfsarts. Centraal staat de terugkeer in de bestaande werksituatie of in voorhanden passende werkzaamheden. Het initiatief ligt meestal bij de leidinggevende.

In de casussen waarin wordt gewacht op het op gang komen van een herplaatsings-traject, nemen de werknemers na een aantal maanden initiatieven om andere werkzaamheden uit te proberen, waarna de leidinggevenden zich daarbij aansluiten. De reïntegratie-activiteit krijgt na de herstelmelding geen vervolg, ook niet als er sprake is van frequent verzuim, twijfels bij de duurzaamheid van de werkhervatting of als om andere redenen (zoals geplande organisatieveranderingen) de toekomstige inzetbaarheid van belang is.

- *Vooruitlopend*

Werknemer en leidinggevende zijn vanaf het begin proactief bezig met de route naar (volledige) terugkeer in het arbeidsproces, hetzij in eigen werk, hetzij in een andere functie. Ze zoeken naar op maat gesneden oplossingen. Initiatieven komen van werknemer en leidinggevende. Ze bepalen met elkaar de lijn en het tempo van reïntegratie, daarbij ondersteund door adviezen van de bedrijfsarts. De reïntegratie-activiteit krijgt na de herstelmelding een vervolg in de vorm van initiatieven gericht op de toekomstige inzetbaarheid van de werknemer.

Zoals in de voorgaande hoofdstukken (zie PARAGRAFEN 4.6 en 5.4) is geconstateerd, varieert de feitelijke rol van de bedrijfsarts in het samenspel. Bij *achterblijvend* en *afwachtend* gedrag van werknemer en leidinggevende ligt de regie bij de bedrijfsarts, maar worden haar adviezen ten dele of niet opgevolgd. Pogingen van de bedrijfsarts om werknemer en leidinggevende tot meer actie te bewegen en hen de regie over te laten nemen, hebben hierin geen verandering gebracht. In de casus waarin de medische situatie gecompliceerd blijkt te zijn, trekken leidinggevende en bedrijfsarts uiteindelijk samen op in hun streven een helder beeld te krijgen van de medische prognose. In casussen met *volgend* gedrag heeft de bedrijfsarts een sturende en regisserende rol. In casussen met *vooruitlopend* reïntegratiegedrag ligt het accent in de rol van de bedrijfsarts op het adviseren en ondersteunen van werknemer en leidinggevende, die met elkaar de regie nemen en het reïntegratietraject vormgeven.

Opvallend is het patroon van herhaling in een deel van de casussen. Net als voorafgaand aan de ziekmelding (zie PARAGRAAF 4.2) informeren werknemers de leidinggevende en de bedrijfsarts niet over nieuwe of verergerende gezondheidsproblemen en merken de leidinggevenden problemen met het functioneren in de werksituatie niet op. Werknemers maken evenmin gebruik van het aanbod van de bedrijfsarts om opnieuw contact op te nemen.

Als het gaat om factoren en mechanismen die verband houden met variaties in reïntegratiegedrag, is het verband bevestigd tussen verschillen in reïntegratiegedrag en uiteenlopende *normatieve oriëntaties* en *cognitieve handelingsoriëntaties*. Meer of minder actief reïntegratiegedrag gaat samen met het al dan niet accentueren van de eigen initiërende en actieve rol en – daarmee samenhangend – met het al of niet plaatsen van reïntegratie in het perspectief van de toekomstige inzetbaarheid van de werknemer. Opnieuw blijkt dat *hulpbronnen* niet op zichzelf een doorslaggevende factor zijn voor verschillen in reïntegratiegedrag, maar dat werknemer en leidinggevende in verschillende mate gebruik maken van hulpbronnen, afhankelijk van de mate waarin ze actief zijn. In de casussen waarin een herhaling van

zetten te zien is, benutten werknemer en leidinggevende de opgedane ervaringen in de recente ziekteverzuimperiode niet om problemen met het combineren van gezondheidsproblemen en het werk tijdig te signaleren en met elkaar te bespreken.

De versterkende effecten in de interactie zijn negen maanden na de ziekmelding andermaal zichtbaar. Initiatieven van werknemer of leidinggevende roepen een reactie bij de ander op, waardoor de activiteit van beiden gelijk op gaat. Bovendien komt meer informatie beschikbaar, zowel over elkaars ideeën en verwachtingen als over mogelijkheden voor passende arbeidssituaties. Naarmate deze informatie toeneemt en wordt uitgewisseld, nemen de mogelijkheden om actief te handelen toe. De bedrijfsarts kan gericht adviseren naarmate ze over meer informatie beschikt. Omgekeerd geldt dat in casussen waar overwegend in reactie op voorstellen van de bedrijfsarts wordt gehandeld, werknemer en leidinggevende elkaar bevestigen in de afwachtende houding en er minder informatie-uitwisseling plaatsvindt. Het ontbreken van informatie werkt remmend op mogelijkheden om gericht acties te ondernemen.

Negen maanden na de ziekmelding zijn de onderscheiden typen reïntegratiegedrag gelijkelijk verspreid over de twee organisaties. In beide organisaties doen zich casussen met meer en met minder actief gedrag voor. De interviews bevatten aanwijzingen dat het criterium waarop de twee organisaties zijn geselecteerd, namelijk het contrasterende officiële verzuimbeleid, in de praktijk minder scherp herkenbaar is door de wijze waarop het beleid door leidinggevend en werknemers in praktijk wordt gebracht en wordt geïnterpreteerd.

7 Conclusies, discussie en aanbevelingen

7.1 Inleiding

In de voorgaande HOOFDSTUKKEN 4, 5 en 6 is, geordend naar verschillende fasen in het reïntegratieproces, verslag gedaan van het onderzoek naar reïntegratiegedrag bij langer durend ziekteverzuim. Aanleiding voor dit onderzoek was de veranderde wetgeving, bedoeld om werknemers en werkgevers tot actiever gedrag te bewegen. Met de intensieve bestudering van het reïntegratiegedrag van de werknemer, de leidinggevende en de bedrijfsarts in een elftal casussen, afkomstig uit twee zorginstellingen, focust dit onderzoek op wat zich na de veranderde wetgeving op microniveau afspeelt. Aan het eind van elk van de HOOFDSTUKKEN 4, 5 en 6 zijn de bevindingen samengevat in voorlopige conclusies.

In dit hoofdstuk worden op basis van de voorgaande hoofdstukken antwoorden geformuleerd op de drie deelvragen:

- *Hoe ontwikkelt zich het reïntegratiegedrag van een zieke werknemer, de direct leidinggevende en de betrokken bedrijfsarts in de maanden na de ziekmelding?*
- *Welke factoren en mechanismen houden verband met variaties – zowel tussen vergelijkbare situaties als in de loop van de tijd – in reïntegratiegedrag?*
- *In hoeverre zijn verschillen in het verzuimbeleid van organisaties een relevante factor voor verschillen in reïntegratiegedrag?*

Met dit onderzoek is een nagenoeg onontgonnen terrein verkend. Bij iedere deelvraag wordt aangegeven hoe de onderzoeksresultaten zich verhouden tot inzichten uit bestaand onderzoek.

Vervolgens worden conclusies geformuleerd die het antwoord vormen op de centrale onderzoeksvraag:

In hoeverre komt in situaties van langer durend ziekteverzuim het reïntegratiegedrag van een zieke werknemer, de direct leidinggevende en de betrokken bedrijfsarts in de micro-situatie overeen met het gedrag dat door wet- en regelgeving is beoogd en wat zijn de belangrijkste factoren en mechanismen die een rol spelen bij verschillen die zich voordoen?

Naar aanleiding van de conclusies wordt in de laatste paragrafen op enkele aspecten van het onderzoek nader gereflecteerd, waarbij we teruggrijpen op de inhoud van eerdere hoofdstukken. Als eerste keren we terug naar kernconcepten van het conceptueel raamwerk (zie HOOFDSTUK 2), om na te gaan hoe de uitkomsten in termen van het conceptueel raamwerk geduid kunnen worden. Daarbij wordt gereflecteerd op aannames die met de

veranderde beleidsfilosofie verbonden zijn, met name wat betreft de sturing van gedrag in de microsituatie door op macro- en mesoniveau geformuleerd gedragsvoorschriften. In aansluiting bij de methodologische verantwoording van het onderzoek (zie HOOFDSTUK 3) laten we daarna een aantal facetten van het verrichte onderzoek de revue passeren. Terugblikkend op het onderzoeksproces wordt nagegaan in hoeverre de feitelijke uitvoering conform de voorgenomen opzet is geweest. Ook wordt stilgestaan bij de betrouwbaarheid, validiteit en reikwijdte van de uitkomsten. De laatste paragraaf heeft betrekking op de maatschappelijke relevantie van het onderzoek (zie HOOFDSTUK 1). Aan de beschouwingen over de praktische betekenis van de uitkomsten van het onderzoek worden enkele beleidsaanbevelingen gekoppeld.

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt. Allereerst worden de drie deelvragen beantwoord en wordt overwogen welke inzichten nieuw zijn ten opzichte van bestaand onderzoek; aansluitend worden conclusies geformuleerd die antwoord geven op de centrale onderzoeksvraag (PARAGRAAF 7.2). De uitkomsten van dit onderzoek worden vervolgens geduid in het licht van het conceptueel raamwerk (PARAGRAAF 7.3). Daarna worden in evaluatieve zin kanttekeningen geplaatst bij methodologische aspecten van het onderzoek (PARAGRAAF 7.4). Het hoofdstuk sluit af met discussie en aanbevelingen (PARAGRAAF 7.5).

7.2 Beantwoording van deelvragen en conclusies

7.2.1 De ontwikkeling van reïntegratiegedrag in de maanden na de ziekmelding

Op basis van de beschrijvingen van de variatie in reïntegratiegedrag die in de voorgaande hoofdstukken zijn gepresenteerd, is de eerste deelvraag te beantwoorden:

hoe ontwikkelt zich het reïntegratiegedrag van een zieke werknemer, de direct leidinggevende en de betrokken bedrijfsarts in de maanden na de ziekmelding?

In de beginfase ontstaan al patronen die zich tot verschillende typen reïntegratiegedrag ontwikkelen. Direct na het ontstaan van het ziekteverzuim is een verschil zichtbaar, waarvoor de typeringen *afwachtend* en *actief* zijn gehanteerd. Werknemers en leidinggevenden met *afwachtend* gedrag zijn in eerste instantie niet met reïntegratie bezig. Werknemers en leidinggevenden met *actief* reïntegratiegedrag oriënteren zich meteen op mogelijkheden voor werkhervatting en bespreken opties met elkaar, al is realisering daarvan op dat moment nog niet aan de orde. Na het eerste consult bij de bedrijfsarts, enkele weken na de ziekmelding, doen zich zowel een verschuiving als een differentiatie in het reïntegratiegedrag voor. Meer werknemers en leidinggevenden worden actief. De differentiatie houdt in dat er verschil ontstaat tussen werknemers en leidinggevenden die anticiperen op adviezen van de bedrijfsarts, die handelen op geleide van adviezen van de bedrijfsarts, die afwachten nadat de bedrijfsarts werkhervatting heeft geadviseerd en die wachten tot werkhervatting mogelijk is. In alle casussen ontstaat een evenwichtssituatie, in die zin dat het reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende op elkaar

afgestemd is. Daar waar hun gedrag eerst van elkaar verschilt, stemt dit na het consult bij de bedrijfsarts alsnog overeen. De feitelijke rol van de bedrijfsarts in het samenspel varieert. Afhankelijk van het type gedrag van werknemer en leidinggevende, varieert haar inbreng van adviserend (bij werknemers en leidinggevendenden die zelf al gestart zijn met initiatieven) tot initiërend (als werknemer en leidinggevende wachten op haar advies). Voor de effectuering van adviezen is de bedrijfsarts afhankelijk van acties die werknemer en leidinggevende ondernemen. De afhankelijkheid van de bedrijfsarts blijkt onder andere uit situaties waarin de bedrijfsarts probeert om het initiatief over te laten nemen door werknemer en leidinggevende, maar dit niet resulteert in actiever gedrag.

Vier maanden na de ziekmelding zet de toename van activiteit door. Meer werknemers en leidinggevendenden ondernemen naar aanleiding van een werkhervattingsadvies van de bedrijfsarts acties gericht op terugkeer in het werk. Een tweede ontwikkeling is dat verschillen zich uitkristalliseren. Er zijn vier typen reïntegratiegedrag onderscheiden: *afwachtend*, *achterblijvend*, *volgend* en *vooruitlopend*. De belangrijkste verschillen tussen deze typen betreffen het moment waarop acties worden ingezet (in reactie op adviezen van de bedrijfsarts of anticiperend hierop), de aard van de acties die worden ondernomen (al dan niet in voorzichtiger vorm uitvoering geven aan door de bedrijfsarts aangereikte mogelijkheden of zelf opties bedenken en uitproberen), en de reikwijdte van de acties (beperken zich tot terugkeer in de eigen functie en tot bestaande mogelijkheden of zijn in bredere zin ook gericht op andere, zo nodig te creëren vormen van passend werk en op inzetbaarheid op de langere termijn).

Negen maanden na de ziekmelding zijn bijna alle werknemers geheel of gedeeltelijk teruggekeerd in de werksituatie. Deels is dit in de eigen functie, al of niet met aanpassingen, deels in passend werk. In de fase voorafgaand aan de werkhervatting zijn de vier onderscheiden typen reïntegratiegedrag nadrukkelijker herkenbaar. Naast de eerder vastgestelde verschillen (het moment waarop reïntegratie-acties worden ingezet, de aard van acties die worden ondernomen en de reikwijdte ervan) onderscheiden de typen reïntegratiegedrag zich in nog enkele opzichten. Ze verschillen in wie (werknemer, leidinggevende, of beiden) initiërend is en in de rolverdeling die daaruit ontstaat. Ook het reeds opgemerkte verschil in inbreng van de bedrijfsarts in het samenspel van de drie actoren zet zich voort. Voor zover er sprake is van herstelmeldingen, zijn verschillen te zien wat betreft het al dan niet een vervolg geven aan reïntegratie-activiteiten. De genoemde verschillen zijn weergegeven in **TABEL 7.1** op de volgende bladzijde.

TABEL 7.1 Typen reïntegratiegedrag

	AFWACHTEND	ACHTERBLIJVEND	VOLGEND	VOORUITLOPEND
Moment waarop acties worden ondernomen	Werknemer en leidinggevende wachten af, ook als de bedrijfsarts werkherhvatting adviseert.	Werknemer en leidinggevende wachten het oordeel van de bedrijfsarts af en reageren daarna op de adviezen. Het werkherhvattingadvies markeert de overgang naar voorzichtige reïntegratieacties.	Werknemer en leidinggevende wachten het oordeel van de bedrijfsarts af. Het werkherhvattingadvies markeert de overgang naar reïntegratieacties.	Werknemer en leidinggevende zijn vanaf het begin actief bezig met (het voorbereiden van) werkherhvatting en anticiperen op vervolgstappen.
Aard van de ondernomen acties	Geen acties.	Acties bestaan uit het in afgezwakte vorm of in een langzamer tempo uitvoeren van adviezen van de bedrijfsarts.	Acties bestaan uit het uitvoeren van adviezen van de bedrijfsarts.	Acties bestaan uit het bedenken en uitproberen van opties en het opbouwen van de belasting.
Reikwijdte van de acties	De acties van werknemer en leidinggevende zijn niet gericht op werkherhvatting	De acties van werknemer en leidinggevende zijn gericht op: <ul style="list-style-type: none"> • hervatten eigen werk, zoveel mogelijk binnen het eigen organisatieonderdeel; • (tijdelijk) inpassen in bestaande werkzaamheden en in standaard-situaties. 	De acties van werknemer en leidinggevende zijn gericht op: <ul style="list-style-type: none"> • hervatten eigen werk, zoveel mogelijk binnen het eigen organisatieonderdeel; • (tijdelijk) inpassen in bestaande werkzaamheden en in standaard-situaties. 	De acties van werknemer en leidinggevende zijn gericht op: <ul style="list-style-type: none"> • hervatten eigen werk of in een andere functie, al dan niet in de eigen organisatie; • zoeken naar of zo nodig creëren van maatwerkoplossingen.
Acties na de hersteldmelding	Niet van toepassing (geen werkherhvatting).	De reïntegratie-inspanningen stoppen na beëindiging van het ziekteverzuim.	De reïntegratie-inspanningen stoppen na beëindiging van het ziekteverzuim	De reïntegratie-inspanningen krijgen na de hersteldmelding een vervolg in de vorm van initiatieven gericht op de toekomstige inzetbaarheid van de werknemer.
Onderlinge rolverdeling	Werknemer en leidinggevende nemen geen initiatieven. Voorstellen van de bedrijfsarts resulteren niet in acties van werknemer en leidinggevende.	De leidinggevende zet een vervolgstap naar aanleiding van adviezen van de bedrijfsarts en de werknemer sluit daar bij aan. De regie wordt aan de bedrijfsarts overgelaten, waarna werknemer en leidinggevende tempo en wijze van werkherhvatting bepalen.	De leidinggevende zet een vervolgstap naar aanleiding van adviezen van de bedrijfsarts en de werknemer sluit daar bij aan. Incidenteel neemt de werknemer initiatieven, waarna de leidinggevende zich aansluit. De regie wordt aan de bedrijfsarts overgelaten. Zij bepaalt in feite tempo en wijze van werkherhvatting.	Werknemer en leidinggevende nemen beide initiatieven. Werknemer en leidinggevende hebben de regie. Ze bepalen in overleg tempo en verloop van het reïntegratieproces.
Rol van de bedrijfsarts	Adviezen van de bedrijfsarts resulteren niet in actief reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende.	De bedrijfsarts heeft een initierende rol wat wijze van werkherhvatting betreft. In de uitvoering worden adviezen afgezwakt.	De bedrijfsarts heeft een sturende en beslissende rol wat tempo en wijze van werkherhvatting betreft.	De bedrijfsarts heeft een ondersteunende rol. Ze adviseert werknemer en leidinggevende over (toekomstige) arbeidsmogelijkheden.

De tabel laat de variatie in reïntegratiegedrag zien, met aan de ene kant afwachtend gedrag van werknemer en leidinggevende, ook al ligt er een werkherhvattingadvies van de bedrijfsarts en aan de andere kant van het spectrum het proactieve gedrag van werknemer en leidinggevende die zelf de regie in handen nemen. Met dit onderscheid wordt geabstraheerd

van nuances en details. Tevens moet opgemerkt worden dat werknemer en leidinggevende niet op ieder moment even actief zijn. De voorgaande hoofdstukken hebben laten zien dat zich langere periodes voordoen waarin geen nieuwe stappen in het proces worden gezet. Tot slot is het van belang te herhalen (zie SUBPARAGRAAF 4.3.1, voetnoot 7) dat de typering betrekking hebben op gedrag in deze specifieke situaties, binnen de context van deze inter-actieprocessen, en dus niet opgevat moeten worden als oordelen over personen.

Bovenstaande leidt tot een antwoord op de eerste deelvraag. Dit bestaat uit een viertal conclusies over de ontwikkeling van reïntegratiegedrag in de maanden na de ziekmelding.

- 1 Werknemer en leidinggevende zijn aanvankelijk geneigd tot afwachten, maar ontwikkelen in de weken na de ziekmelding geleidelijk meer actief gedrag. In een aantal casussen zijn werknemer en leidinggevende direct na de ziekmelding actief met reïntegratie bezig. In alle casussen ontstaat een evenwichtssituatie, doordat afstemming plaats vindt van reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende. Toename van activiteit verloopt volgens een vast patroon: afwachtend gedrag gaat na het werkhervattingsadvies van de bedrijfsarts over in actiever gedrag.
- 2 In de verschillen die zich geleidelijk aftekenen tussen casussen, zijn vier typen reïntegratiegedrag onderscheiden: *afwachtend*, *achterblijvend*, *volgend* en *vooruitlopend*. Ze verschillen in meerdere, met elkaar samenhangende opzichten van elkaar: het moment waarop werknemer en leidinggevende actief worden, de aard en de reikwijdte van acties, de vervolgacties na de herstelmelding, de rolverdeling die tot stand komt en de inbreng daarbij van de bedrijfsarts. Bij de geleidelijk toenemende activiteit blijven de onderlinge verschillen tussen deze typen gedrag in de maanden na de ziekmelding herkenbaar, ook als er een eind komt aan het ziekteverzuim.
- 3 De gehele periode overziend, is er – naast de gesignaleerde toename van activiteit – continuïteit in het reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende. Een snelle, actieve start is het begin van een patroon van actief handelen dat zich in de maanden daarna doorzet. De consistentie in reïntegratiegedrag blijkt eveneens uit de herhaling van afwachtend gedrag bij nieuwe of opspelende gezondheidsproblemen. Ondanks de recente ervaring is hetzelfde stramien te zien van zo lang mogelijk doorgaan en het niet aan de orde stellen (door de werknemer), respectievelijk niet opmerken (door de leidinggevende) van problemen.
- 4 Het aandeel van de bedrijfsarts in de reïntegratie varieert en wordt bepaald door het gedrag van werknemer en leidinggevende. De feitelijke inbreng loopt uiteen van initiërend en sturend (bij afwachtend, achterblijvend en volgend gedrag) tot adviserend en ondersteunend (bij vooruitlopend gedrag). De effectiviteit van de adviezen van de bedrijfsarts hangt af van wat werknemer en leidinggevende ermee doen. Pogingen van de bedrijfsarts om het initiatief en de regie over te laten nemen door werknemer en leidinggevende, brengen geen actiever reïntegratiegedrag teweeg.

Deze conclusies betekenen een precisering en aanvulling van het beeld van reïntegratiegedrag dat uit bestaande onderzoeken (zie met name Knegt et al. 2004, Piek et al. 2008) naar voren is gekomen (zie PARAGRAAF 2.4). Het onderscheid van de vier typen reïntegratiegedrag preciseert het beeld van een tweedeling van actieve versus inactieve werknemers en werkgevers. De vier typen blijken bovendien op meerdere dimensies – zoals het moment

van actief worden, het zich al dan niet oriënteren op andere functies, het meer of minder toewerken naar maatwerkoplossingen en het al dan niet continueren van activiteiten na de herstelmelding – te verschillen. Ook de bevinding dat in het reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende een evenwichtssituatie ontstaat, die zowel het passief blijven, als het actief zijn van beiden kan inhouden, preciseert eerdere inzichten. Het geconstateerde ‘elkaar gevangen houden in inactiviteit’ (Knegt et al. 2004) kent een tegenhanger in de vorm van het elkaar stimuleren in activiteit. Een laatste aanvulling op wat reeds bekend was over het reïntegratiegedrag bestaat uit het inzicht in de inbreng van de afzonderlijke actoren in het samenspel en in de patronen die zich daarin aftekenen. In de dynamiek die ontstaat, ligt de regie ofwel bij de werknemer en leidinggevende, ofwel bij de bedrijfsarts. Dit is aanleiding voor reflectie aan het eind van deze studie (zie PARAGRAAF 7.5) op de rollen van de werknemer, de leidinggevende en de bedrijfsarts in het reïntegratieproces.

7.2.2 Factoren en mechanismen die verband houden met de variatie in reïntegratiegedrag

In de slotparagrafen van voorgaande hoofdstukken zijn de conclusies gepresenteerd van de analyses van de variatie in reïntegratiegedrag. Op basis hiervan is beantwoording mogelijk van de tweede deelvraag:

Welke factoren en mechanismen houden verband met variaties – zowel tussen vergelijkbare situaties als in de loop van de tijd – in reïntegratiegedrag?

Verschillende factoren en mechanismen die in voorgaande hoofdstukken naar voren zijn gekomen, worden hierna systematisch beschreven en in verband gebracht met variaties in reïntegratiegedrag waarmee ze samenhangen.

Het geschetste patroon van toenemende activiteit hangt samen met het *geleidelijke gezondheidsherstel* en daarmee *de grotere belastbaarheid van de werknemer*, en met de toename van informatie over de arbeidsmogelijkheden. Dit zijn geen lineaire processen. In de maanden na de ziekmelding is er sprake van aanhoudende en nieuwe gezondheidsproblemen en er blijven zich knelpunten voordoen in het beschikbaar komen en de uitwisseling van medische informatie. Het gezondheidsherstel raakt na verloop van tijd, als terugkeer in de werksituatie in zicht komt of een feit is, op de achtergrond.

Vanaf het begin is opgemerkt dat zich bij vergelijkbare arbeidsmogelijkheden verschillen in reïntegratiegedrag voordoen. Deze verschillen houden verband met verschillen in *normatieve roloriëntaties*, dat wil zeggen van interpretaties door werknemer en leidinggevende van de eigen rol en die van anderen. Deze belangrijke factor is als volgt te concretiseren voor de verschillende typen reïntegratiegedrag die zijn onderscheiden:

- *Afwachtend*

Werknemer en leidinggevende zien de medische professional (bedrijfsarts, huisarts, behandelaar) als leidend in het reïntegratieproces. In de bijzondere casus waarin na negen maanden nog sprake is van afwachtend gedrag, legt de leidinggevende het werkhervattingsadvies van de bedrijfsarts naast zich neer, omdat ze twijfelt aan de juistheid van haar medisch oordeel.

- *Achterblijvend*
Werknemer en leidinggevende zien de bedrijfsarts als diegene die het voortouw neemt in de reïntegratie en gaan uit van een remmende, behoedzame rol voor zichzelf, die eindigt met de hersteldmelding.
- *Volgend*
Werknemer en leidinggevende zien voor zichzelf als rol uitvoering te geven aan adviezen of opdrachten van anderen. De werknemer gaat uit van de veronderstelling dat het initiatief bij de leidinggevende en/of de bedrijfsarts ligt. De leidinggevende beschouwt met name de bedrijfsarts als initiërend en ziet voor zichzelf een secundaire rol, die eindigt met de hersteldmelding.
- *Vooruitlopend*
Werknemer en leidinggevende gaan uit van een initiërende en actieve rol voor zichzelf en elkaar. Ze zijn gericht op overleg; de bedrijfsarts beschouwen ze als adviserend en ondersteunend in het proces. Ze rekenen het tot hun verantwoordelijkheid passende oplossingen te zoeken of te creëren en hieraan na de hersteldmelding een vervolg te geven.

Samenhangend met deze verschillen in normatieve roloriëntaties is een onderscheid in cognitieve handelingsoriëntaties geconstateerd. Onderstaande **TABEL 7.2** laat de contrasten in oriëntaties zien, waarbij een vergelijking wordt gemaakt tussen aan de ene kant oriëntaties die verband houden met minder actief reïntegratiegedrag en aan de andere kant die met actiever reïntegratiegedrag.

TABEL 7.2 *Contrasterende normatieve roloriëntaties en cognitieve handelingsoriëntaties*

MET MINDER ACTIEF REÏNTEGRATIEGEDRAG	MET ACTIEVER REÏNTEGRATIEGEDRAG
SAMENHANGENDE ORIËNTATIES	SAMENHANGENDE ORIËNTATIES
<i>Werknemer en leidinggevende</i>	<i>Werknemer en leidinggevende</i>
gaan uit van een initiërende rol voor respectievelijk de leidinggevende of de bedrijfsarts;	gaan uit van een initiërende rol voor zichzelf en elkaar en van een ondersteunende rol van de bedrijfsarts;
zien als rol voor zichzelf het (al dan niet in afgezwakte vorm) volgen van adviezen van de bedrijfsarts;	rekenen het tot hun rol met elkaar afspraken te maken over het reïntegratietraject;
gaan uit van bestaande werkzaamheden en standaardsituaties, bij voorkeur aansluitend bij de huidige functie;	richten zich op het vinden of creëren van maatwerkoplossingen, passend bij de individuele mogelijkheden;
beschouwen begeleiding bij ziekteverzuim en reïntegratie primair als medische aangelegenheid en als op zichzelf staand;	beschouwen begeleiding bij ziekteverzuim en reïntegratie in samenhang met andere aspecten van hr-beleid;
benadrukken de taakafbakening ten opzichte van andere functionarissen;	benadrukken het belang van samenwerking met andere functionarissen;
zien reïntegratie als terugkeer in de bestaande situatie of in voorhanden passend werk;	koppelen ziekteverzuim en reïntegratie aan het realiseren van blijvende inzetbaarheid;
hebben als focus de beëindiging van het ziekteverzuim en hervatting in eigen of passend werk.	hebben als focus de inzetbaarheid van de werknemer op langere termijn.

Werknemers en leidinggevendenden met minder actieve opvattingen van de eigen rol (samenhangend met *afwachtend*, *achterblijvend* of *volgend* gedrag), zien begeleiding bij ziekteverzuim primair als een medische aangelegenheid. Ze beschouwen de ziekteverzuimsituatie als incidentele onderbreking van de inzetbaarheid van de werknemer. Vanuit deze optiek is het logisch dat aan de bedrijfsarts een centrale rol wordt toebedeeld. Wat de inbreng betreft van andere functionarissen bij de reïntegratie, wordt de nadruk gelegd op de afgrenzing

van taken en verantwoordelijkheden in plaats van op de samenwerking. Bij werknemers en leidinggevendenden met een actievere opvatting van de eigen rol (verbonden met *vooruitlopend* gedrag) gaat deze samen met een zienswijze dat ziekteverzuim en reïntegratie verband houdt met het vraagstuk van inzetbaarheid. Ze leggen relaties met andere elementen van het hr-beleid en gaan uit van samenwerking met andere functionarissen binnen of buiten de organisatie.

Wat hulpbronnen betreft, is duidelijk geworden dat het werkhervattingsadvies van de bedrijfsarts voor een deel van de werknemers en leidinggevendenden hét moment is waarop ze actief met werkhervatting bezig gaan. Dit laat het belang zien van de specifieke deskundigheid van de bedrijfsarts en van de informatie die ze verstrekt. Verschillen in reïntegratiegedrag zijn echter niet exclusief terug te voeren op verschillen in informatie, noch van medische informatie, noch op het vlak van kennis van wet- en regelgeving. Zo betekenen eerdere ervaringen met reïntegratie bij ziekteverzuim niet dat sneller initiatieven genomen worden, zoals onder andere blijkt uit het patroon van herhaling van afwachtend gedrag bij een nieuwe ziekmelding. Wel is er verband tussen de benutting van hulpbronnen en verschillen in typen reïntegratiegedrag in samenhang met de mate van actieve handelingsoriëntatie. Dit bestaat eruit dat naarmate werknemer en leidinggevende meer op actief handelen georiënteerd zijn en actief met reïntegratie bezig zijn, ze meer gebruik maken van hulpbronnen. Er wordt geput uit eerdere ervaringen met ziekteverzuimsituaties en gebruik gemaakt van expertise op reïntegratie- en hr-gebied. Bovendien wordt er intensiever informatie uitgewisseld en meer advies ingewonnen bij behandelaars uit de curatieve sector. Werknemers en leidinggevendenden met een minder actieve handelingsoriëntatie maken in verhouding minder gebruik van verschillende vormen van informatie, ondersteuning en advies.

Van het plan van aanpak, als wettelijk verankerde hulpbron, is geconcludeerd dat het al dan niet aanwezig zijn ervan niet samenhangt met verschillen in reïntegratiegedrag. De verplichting om in de achtste week na de ziekmelding een plan van aanpak op te stellen, heeft geen waarneembaar effect op de ontwikkeling van het reïntegratiegedrag. Als er actief en planmatig aan reïntegratie wordt gewerkt, dan gebeurt dat meteen, of er nu wel of niet een plan van aanpak in formele zin wordt opgesteld. In situaties waarin gehandeld wordt in reactie op voorstellen van de bedrijfsarts, geeft het plan van aanpak (voor zover aanwezig) niet de door de wetgever bedoelde structurering van het proces. Het plan van aanpak wordt door werknemers en leidinggevendenden gezien als een administratieve verplichting; de praktische waarde voor het proces wordt niet groot geacht.

In de interactie is een aantal versterkende effecten vastgesteld, die twee kanten opwerken. Actief reïntegratiegedrag werkt stimulerend, doordat het de mogelijkheden voor verdere acties vergroot. Minder actief gedrag heeft een remmend effect, doordat het de situatie van onzekerheid en beperkte informatie bestendigt. Deze mechanismen zijn in TABEL 7.3 samengevat en worden vervolgens toegelicht.

TABEL 7.3 *Versterkende effecten in de interactie*

REMMEND MECHANISME	STIMULEREND MECHANISME
1 Uitblijven van initiatieven of reacties van werknemer en leidinggevende remmen verdere initiatieven.	1 Initiatieven en reacties van werknemer en leidinggevende versterken elkaar.
2 Minder actief gedrag betekent het minder benutten van informatie.	2 Actiever gedrag gaat samen met het meer benutten van informatie.
3 Werknemer en leidinggevende nemen minder initiatieven, zodat informatie over de belastbaarheid en over opties voor mogelijkheden om de werksituatie aan te passen niet toeneemt.	3 Reïntegratie-initiatieven van werknemer en leidinggevende genereren informatie, zowel over de belastbaarheid als over mogelijke aanpassingen in de werksituatie.
4 Minder uitwisseling van verwachtingen en intenties tussen werknemer en leidinggevende betekent dat minder informatie beschikbaar komt.	4 Meer onderlinge contacten tussen werknemer en leidinggevende leiden tot meer uitwisseling van wederzijdse verwachtingen en intenties.
5 Bedrijfsarts krijgt minder input over ervaringen met werkhervatting en kan minder gericht adviezen geven.	5 Bedrijfsarts wordt gevoed met informatie en in staat gesteld goed aansluitende adviezen te geven.
6 Cumulatief effect: informatie neemt niet toe, wordt minder benut, daardoor geen toename van mogelijkheden voor verdere initiatieven.	6 Cumulatief effect: informatie neemt toe, wordt meer benut, daardoor meer mogelijkheden voor verdere initiatieven.

Het eerste effect is dat onderlinge afstemming plaats vindt van het reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende. Dit gebeurt doordat acties van de één uitnodigen tot acties van de ander, of in omgekeerde zin doordat een afwachtende opstelling van de één het voor de ander lastig maakt om reïntegratie-initiatieven door te zetten. Een tweede effect is het hiervoor beschreven contrast in benutting van hulpbronnen. Ten derde is er het effect dat naarmate het gedrag van werknemer en leidinggevende actiever is, er meer informatie wordt gegenereerd. Zo leidt het uitproberen van roostervarianten tot inzicht in welke daarvan beter past bij de belastbaarheid van de werknemer. Als daarentegen niet wordt geëxperimenteerd met passende werkzaamheden, neemt de duidelijkheid over de haalbaarheid over opties voor werkhervatting niet toe. Een vierde effect is dat actief gedrag leidt tot intensievere onderlinge contacten, die uitwisseling met zich mee brengen van verwachtingen en intenties. Geringere onderlinge contacten hebben tot gevolg dat op dit punt geen toename van inzicht over en weer ontstaat. Eén van de casussen (11) waarin het lang duurt voordat reïntegratie op gang komt, illustreert hoe de onzekerheid lang in stand blijft en belemmerend werkt op verdere initiatieven. Ten vijfde treedt het effect op dat ook de bedrijfsarts in deze dynamiek in meerdere of minder mate gevoed wordt met informatie en al dan niet gericht kan adviseren. Zo treedt uiteindelijk een cumulatief effect op: actiever gedrag gaat niet alleen samen met het meer benutten van informatie, maar leidt eveneens tot een toename van informatie. Bij minder actief reïntegratiegedrag blijft dit effect uit. Deze interactie-effecten dragen eraan bij dat er, afhankelijk van het type reïntegratiegedrag, twee soorten evenwichten ontstaan die door de maanden heen stabiel blijven.

Het antwoord op de tweede deelvraag laat zich in een vijftal conclusies samenvatten:

- 1 De toename van activiteit hangt in de eerste plaats samen met toenemende arbeidsmogelijkheden.
- 2 De geconstateerde verschillen in reïntegratiegedrag houden verband met uiteenlopende normatieve oriëntaties en met verschillen in cognitieve handelingsoriëntaties. Dat wil zeggen dat de vier onderscheiden typen samengaan met meer of minder actieve

interpretaties van de eigen rol door werknemers en leidinggevendenden, in relatie tot im- of expliciete verwachtingen van de rol van anderen. En dat er bovendien verband is met het al of niet plaatsnemen van reïntegratie in het perspectief van de toekomstige inzetbaarheid van de werknemer. Werknemers en leidinggevendenden die dit in mindere mate doen, vatten ziekteverzuim op als een medisch vraagstuk en zien een primaire rol voor de medische professional.

- 3 Verder is er verband met de wijze waarop hulpbronnen worden benut. Werknemers en leidinggevendenden maken in verschillende mate gebruik van bijvoorbeeld eerdere ervaringen en adviezen van deskundigen, afhankelijk van de mate waarin ze actief zijn.
- 4 Het al of niet opstellen van een plan van aanpak houdt geen verband met meer of minder actief reïntegratiegedrag. Het voorgeschreven plan van aanpak heeft niet de door de wetgever beoogde werking.
- 5 In het interactieproces treden versterkende effecten op, waardoor uiteenlopende mechanismen ontstaan: verdere activiteit wordt gestimuleerd of juist niet.

Omdat onderzoek tot nu toe niet gericht is geweest op een verklaring van verschillen in reïntegratiegedrag, was de beschikbare informatie hierover fragmentarisch van karakter (zie PARAGRAAF 2.4). Op een aantal punten bevestigt ons onderzoek bevindingen uit eerdere studies, zoals de oriëntatie op de patiëntenrol en op medische aspecten, die met zich meebrengt dat werknemers en leidinggevendenden initiatieven laten afhangen van medische professionals (Piek et al. 2008). De toegevoegde waarde van dit onderzoek is met name gelegen in het begrip van de samenhang van elementen die verband houden met verschillen in reïntegratiegedrag. Het laat de onderlinge verwevenheid zien van factoren. Zo blijkt de actieve interpretatie van de eigen rol samen te gaan met de bredere oriëntatie op reïntegratiemogelijkheden en op een langere termijnperspectief. Aan de andere kant van het spectrum is een samenhang te zien van minder actieve interpretatie van de eigen rol, de opvatting van reïntegratie als terugkeer in de eigen functie en een oriëntatie op beëindiging van het ziekteverzuim. Nieuw ten opzichte van bestaand onderzoek is daarbij het inzicht in het interactieproces en de cumulatieve effecten die daarin optreden. De eerste reacties van werknemer en leidinggevende, kort na de ziekmelding, zijn bepalend voor het vervolg. Toevallige omstandigheden, zoals een gepland persoonlijk ontwikkelingsgesprek dat kort na de ziekmelding plaats vindt, blijken een katalyserend effect te kunnen hebben voor het op gang komen van de reïntegratieactiviteit. Zo werkt een recente wisseling van leidinggevende als prikkel die acties van beide kanten teweeg brengt. De onderzoeksuitkomsten nuanceren het verband dat in het onderzoek van Knecht et al. (2004) wordt gelegd tussen gelijkgestemdheid en een actieve aanpak van het reïntegratieproces. Observaties in dit onderzoek tonen dat gelijkgestemdheid samen kan gaan met afwachtend gedrag en dat verschillen in inzichten of een conflictueuze verhouding niet per definitie inactiviteit betekenen, maar een impuls kunnen zijn om het overleg met elkaar aan te gaan en met initiatieven te komen.

7.2.3 Verschillen in verzuimbeleid als factor

In de voorgaande hoofdstukken is geleidelijk een antwoord gevormd op de derde deelvraag: *in hoeverre zijn verschillen in het verzuimbeleid van organisaties een relevante factor voor verschillen in reïntegratiegedrag?*

Door de multiple case- en multilevel opzet van dit onderzoek is het mogelijk vergelijkingen te maken van reïntegratiegedrag in twee organisaties, die geselecteerd zijn met het oog op verschillen in het formele verzuimbeleid. Voorafgaand aan het empirisch onderzoek was de verwachting dat in casussen uit organisatie B meer het door de wetgever beoogde reïntegratiegedrag te zien zou zijn dan in casussen uit organisatie A (zie SUBPARAGRAAF 3.2.4). Verondersteld werd dat het verzuimbeleid in organisatie B, met de focus op reïntegratie, belastbaarheid en inzetbaarheid, een betere basis biedt voor actief reïntegratiegedrag dan het verzuimbeleid in organisatie A. Tegen de verwachting in is geen systematisch verschil vastgesteld tussen de casussen uit de twee organisaties. In beide series casussen is een vergelijkbare variëteit in reïntegratiegedrag waargenomen. Het is mogelijk dat bij een onderzoeksofzet met grotere aantallen respondenten zich wel verschillen zouden aftekenen. Het uitblijven van het verwachte verschil vraagt desalniettemin om een duiding.

In de eerste plaats noopt de uitkomst tot reflectie op de casuselectie. Achteraf kan de vraag worden gesteld of de quick scan van het verzuimbeleid bij de start van het onderzoek, waarbij is afgegaan op formele documenten en op informatie van contactpersonen, voldoende zekerheid biedt over het contrast in het verzuimbeleid van de organisaties gedurende de onderzoeksperiode. Er zijn in beide organisaties tijdens de onderzoeksperiode ontwikkelingen in het verzuimbeleid geweest, zo is uit de interviews opgemaakt (zie SUBPARAGRAAF 6.3.3). In organisatie A betreft het de inschakeling van een verzuimadviesbureau om de aangescherpte verzuimvisie ('ziek zijn overkomt je, verzuim is een keuze') ingang te doen vinden en de aanschaf van een nieuw geautomatiseerd verzuimregistratiesysteem. In organisatie B gaat het om intensievere aandacht voor de toekomstige inzetbaarheid van de werknemers, met het oog op nieuwbouw, de introductie van een nieuwe zorgvisie en een voorgenomen fusie. Deze ontwikkelingen liggen in het verlengde van wat bij de selectie van organisaties als onderscheidend criterium is gekozen. Interviewuitspraken van de bedrijfsarts bevestigen het beeld van verschillen tussen de twee organisaties. Zo benadrukt ze dat ze in organisatie A *'heel veel werkzaamheden doet die de leidinggevenden ook kunnen doen'*. Ze dicht leidinggevenden in organisatie B meer zelfstandigheid toe bij de uitvoering van hun taken bij reïntegratie. Bovenstaande leidt tot de slotsom dat ontwikkelingen in het verzuimbeleid gedurende de onderzoeksperiode in het verlengde liggen van het onderscheid waar op het moment van casuselectie van uit is gegaan,

Een tweede vraag is of het contrast dat op het niveau van het formele verzuimbeleid is vastgesteld, stand houdt voor het geïmplementeerde beleid en voor de wijze waarop het door werknemers wordt ervaren. Beiden zijn niet expliciet onderwerp van dit onderzoek geweest, maar uitlatingen in interviews (zie SUBPARAGRAAF 6.3.3) geven hier enig zicht op. Hieruit wordt duidelijk dat de twee organisaties qua feitelijke voorschriften (de wijze

van ziekmelding, het contact daarna, de inschakeling van de bedrijfsarts) veel gemeenschappelijk hebben. De voorschriften hebben bovendien voornamelijk betrekking op de eerste periode na de ziekmelding. Over te ondernemen reïntegratie-acties bij langer durend verzuim zijn in de twee organisaties weinig specifieke voorschriften opgesteld. In beide zeggen leidinggevenden dat ze bij de uitvoering van het officiële beleid op basis van eigen interpretaties handelen en eigen uitwerkingen aan het officiële beleid geven. Ze wijzen bovendien op problemen in condities waaronder het verzuimbeleid moet worden uitgevoerd. In dat verband worden genoemd: de omvang van de teams waaraan leiding wordt gegeven, wisselingen in de leidinggevende functie en de afbakening van bevoegdheden binnen de organisatie. Daar komt bij dat situaties van langer durend verzuim incidenteel voorkomen, zodat leidinggevenden over het algemeen op dit vlak weinig routine opbouwen. Uit de interviews met de werknemers blijkt dat ze geen scherp beeld hebben van het verzuimbeleid van de organisatie. Kwalificaties als *'het is strenger geworden'*, *'het draait allemaal om geld'*, *'ziek is ziek'* illustreren dat werknemers de veranderingen niet als positief en in hun belang interpreteren. Overheersend in de opinie van de werknemers is dat het verzuimbeleid vooral een managementvraagstuk is; het wordt niet als faciliterend ervaren voor het eigen reïntegratietraject. Deze uitlatingen van leidinggevenden en werknemers brengen ons tot de conclusie dat het verschil in het formele verzuimbeleid, op grond waarvan de twee organisaties geselecteerd zijn, mogelijk op het niveau van het geïmplementeerde en het waargenomen beleid minder groot is en dat het verwachte effect hierdoor doorkruist of afgezwakt kan zijn.

Met twee conclusies wordt de derde deelvraag beantwoord:

- 1 In de twee organisaties die verschillen in verzuimbeleid doen zich – tegen de verwachting in – dezelfde verschillen in reïntegratiegedrag voor, in vergelijkbare verhoudingen.
- 2 Dit onderzoek geeft geen uitsluitsel over in hoeverre het verzuimbeleid van organisaties een factor is die verschillen in reïntegratiegedrag verklaart. Om hierover zekerheid te krijgen, is een onderzoeksopzet met een groter aantal casussen of respondenten nodig en dient niet alleen te worden gekeken naar verschillen in het formele verzuimbeleid, maar ook naar het beleid zoals dat in organisaties in praktijk wordt gebracht en wordt ervaren.

De resultaten van het onderzoek bevestigen het beeld dat uit de bestaande onderzoeksliteratuur naar voren komt over het niet altijd uitvoeren van het verzuimbeleid, zoals het opstellen van een plan van aanpak (Jehoel-Gijsbers 2010, Van Petersen et al. 2004, Ybema et al. 2006). Ze laten zien dat werknemers en leidinggevenden ook in andere opzichten eigen interpretaties en invullingen geven aan het verzuimbeleid van hun organisatie. De discrepanties tussen formeel verzuimbeleid en de praktische realisering daarvan is een onderzoeksterrein dat in de toekomst meer aandacht verdient.

7.2.4 Conclusies

De hiervoor geformuleerde antwoorden op de drie deelvragen leiden tot een tweetal conclusies, die tezamen het antwoord vormen op de centrale onderzoeksvraag:

In hoeverre komt in situaties van langer durend ziekteverzuim het reïntegratiegedrag van een zieke werknemer, de direct leidinggevende en de betrokken bedrijfsarts in de micro-situatie overeen met het gedrag dat door wet- en regelgeving is beoogd en wat zijn de belangrijkste factoren en mechanismen die een rol spelen bij verschillen die zich voordoen?

De eerste conclusie betreft de vraag in hoeverre het waargenomen reïntegratiegedrag overeenkomt met het door de wetgever beoogde gedrag. Het antwoord op de vraag is tweeledig.

Strikt genomen laat de wet ruimte voor een verscheidenheid aan reïntegratiegedrag. De wet schrijft voor dat voldoende reïntegratie-inspanningen moeten worden geleverd. De meer specifieke gedragsvoorschriften zijn procedureel van aard. Ze zijn gericht op – met name voor de werkgever – de voortgang en verantwoording van het reïntegratieproces en – voor de werknemer – het meewerken aan reïntegratie en herstel, en het opvolgen van voorschriften van de werkgever. De aard en intensiteit van de te leveren reïntegratie-inspanningen zijn niet gepreciseerd. Bij de toetsing aan het einde van de loondoorbetalingsperiode volgt alleen bij het uitblijven van werkhervatting een beoordeling van de ondernomen processtappen en de geleverde inspanningen, aldus de beleidsregels van het uwv (uwv 2006). Vanuit deze strikte uitleg van de wet bezien, voldoet het reïntegratiegedrag zoals zich dat in het merendeel van de casussen heeft ontwikkeld aan de eisen die de wet stelt. In de meeste casussen zijn werknemer en leidinggevende immers op enig moment actief geworden en is (gedeeltelijke) werkhervatting gerealiseerd. Ook van de casussen met *achterblijvend* en *afwachend* gedrag kan worden betoogd dat er inspanningen zijn geleverd, ofwel dat het ontbreken van arbeidsmogelijkheden (nadat is gebleken dat de werknemer aan een ernstige aandoening lijdt) reïntegratie-initiatieven op dat moment niet toelaat.

Vanuit het bredere perspectief van de bedoelingen van de wet redenerend, is het antwoord genuanceerder. Zoals in het eerste hoofdstuk is geschetst (zie PARAGRAAF 1.3 EN 1.5), zouden werknemer en leidinggevende – met steun van de bedrijfsarts – naar de logica van de wet op actieve wijze, in onderlinge samenwerking en in gestructureerd proces tot zo spoedige mogelijke terugkeer in het arbeidsproces moeten komen. In de door de wetgever voorgestane norm ‘werken naar vermogen’ ligt besloten dat adequaat gedrag inhoudt dat arbeidsmogelijkheden optimaal benut worden. De macrodoelstelling van verhoging van de arbeidsparticipatie impliceert dat de wetgever belang hecht aan duurzame terugkeer in het arbeidsproces. Dit maakt het in tweede instantie relevant in te zoomen op de waargenomen variëteit in het reïntegratiegedrag. Zonder een strikte cesuur aan te willen brengen in de *range* van de onderscheiden typen – dat is niet de bedoeling geweest van de vraagstelling van het onderzoek – komt bij deze interpretatie, waarbij de intenties van de wet voorop staan, *vooruitlopend* gedrag het meest overeen met wat de wetgever met de wetswijzigingen voor ogen heeft gestaan: het initiatief ligt van meet af aan bij werknemer en leidinggevende,

ze werken pro-actief en planmatig aan terugkeer in de werksituatie, met aandacht voor alternatieve arbeidsmogelijkheden en blijvende inzetbaarheid. Voorbeelden van vooruitlopend gedrag laten zien hoe het anticiperen op het ontstaan van arbeidsmogelijkheden een impuls betekent voor het reïntegratieproces. Gedrag dat is getypeerd als *achterblijvend* en *volgend* komt in verschillende opzichten minder overeen met het gewenste gedrag: het primaat ligt de facto bij de bedrijfsarts, reïntegratiestappen worden gezet in reactie op haar adviezen en acties zijn op voorhanden situaties en de kortere termijn gericht; bij *achterblijvend* gedrag worden de door de bedrijfsarts geconstateerde arbeidsmogelijkheden niet meteen of ten volle benut. Als er geen zicht is op zodanig herstel dat terugkeer in de werksituatie te verwachten is, is *afwachtend* gedrag passend bij de situatie. Maar daar waar *afwachtend* gedrag voortduurt als er perspectief op werkhervatting ontstaat, dan is het uitblijven van initiatieven van werknemer en leidinggevende niet conform de bedoelingen van de wet.

Samenvattend is dus de conclusie dat het antwoord op het eerste deel van de onderzoeksvraag verschilt, afhankelijk van de gekozen interpretatie: volgens de meer letterlijke uitleg van de wet voldoet het waargenomen gedrag aan de eisen die de wet stelt, maar afgaand op de bedoelingen van de wet zijn er in het merendeel van de onderzochte casussen aanzienlijke discrepanties tussen het waargenomen en het door de wetgever beoogde gedrag.

De tweede conclusie betreft de vraag naar factoren en mechanismen die een rol spelen bij de geconstateerde verschillen in reïntegratiegedrag. Vastgesteld is dat de variëteit in gedrag niet te herleiden is tot het feit dat casussen afkomstig zijn uit organisaties die qua verzuimbeleid verschillen. Evenmin blijkt het al dan niet aanwezig zijn van een door werknemer en leidinggevende opgesteld plan van aanpak samen te gaan met meer of minder actief reïntegratiegedrag. Verschillen in reïntegratiegedrag houden verband met uiteenlopende normatieve oriëntaties en cognitieve handelingsoriëntaties van werknemer en leidinggevende, en daarmee ook met verschillen in de benutting van hulpbronnen. Dit betekent dat het meer of minder overeenstemmen van reïntegratiegedrag met het door de wetgever beoogde gedrag verband houdt met individuele opvattingen en overtuigingen van werknemers en leidinggevendenden. De analyses van het reïntegratiegedrag in de casussen laten de samenhang van deze opvattingen en overtuigingen zien:

- Een actieve interpretatie van de eigen rol door werknemer en leidinggevende gaat samen met de verwachting dat ook de ander een actief aandeel heeft en met een visie die reïntegratie in het perspectief plaatst van de toekomstige inzetbaarheid. Deze interpretatie en visie zijn verbonden met actief gebruik van hulpbronnen, zoals medische informatie, kennis van wet- en regelgeving, eigen vroegere ervaringen met reïntegratie en adviezen van deskundigen.
- Een minder actieve interpretatie van de eigen rol door werknemer en leidinggevende, waarbij wordt verwacht dat de ander of de bedrijfsarts het initiatief en de regie neemt, gaat samen met een visie waarin medische aspecten van het ziekteverzuim geaccentueerd worden en beëindiging van het ziekteverzuim voorop staan. Bij deze interpretatie en visie wordt in mindere mate gebruik van beschikbare hulpbronnen.

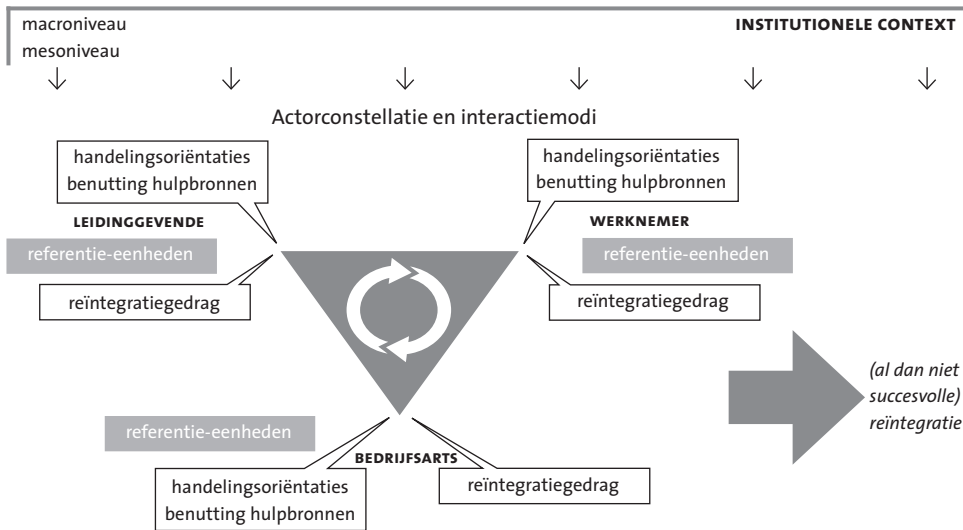
In beide gevallen treden mechanismen op van afstemming van gedrag van werknemer en leidinggevende en van versterking ervan in het interactieproces. Afhankelijk van de rolverdeling die ontstaat, loopt de feitelijke rol die de bedrijfsarts in het samenspel heeft uiteen van op grond van de expertrol adviseren en ondersteunen tot initiëren en regisseren in het proces.

Deze conclusies zijn gebaseerd op analyses van het gedrag in de elf onderzochte casussen, maar hebben een grotere reikwijdte. Zoals is uiteengezet (zie SUBPARAGRAAF 3.3.3) is het onderzoek niet opgezet om tot in statistische zin generaliseerbare uitspraken te komen. De bredere geldigheid is gelegen in het inzicht in de aard en ontwikkeling van reïntegratiegedrag in de microsituatie. De conclusies over de typen reïntegratiegedrag, de verschillen in individuele opvattingen en overtuigingen die daarmee verband houden en de versterkende mechanismen die optreden, reiken verder dan de casussen die in dit onderzoek centraal hebben gestaan. Vervolgonderzoek in een andere branche of sector, in een andere geografische regio, bij andere organisaties of met meer casussen, zal duidelijk kunnen maken in welke mate de verschillende typen reïntegratiegedrag voorkomen. Zo zal een vergelijkbaar onderzoek bij werknemers met een sterkere arbeidsmarktpositie, of die meer gericht zijn op loopbaanmogelijkheden, tot een verdere uitwerking en mogelijke nuancering van het in dit onderzoek geschetste beeld leiden. Op te zetten vervolgonderzoek waarin meer bedrijfsartsen betrokken zijn, kan licht werpen op de vraag in op welke wijze verschillen in benaderingen van bedrijfsartsen doorwerken in de interactie met de andere actoren. Door op deze explorerende studie voort te bouwen, kan blijken in welke mate de hier gepresenteerde conclusies stand houden en op welke punten ze bijstellingen behoeven.

7.3 Duiding onderzoeksresultaten in het licht van het conceptueel raamwerk

De conclusies in de voorgaande paragraaf betekenen een uitbreiding van de bestaande kennis over hoe reïntegratiegedrag bij langer durend ziekteverzuim zich ontwikkelt. Het gekozen onderzoekdesign is geschikt gebleken om een gedetailleerd beeld te krijgen van wat zich na de op macroniveau ingezette beleidsveranderingen in de microsituatie afspeelt. In deze paragraaf worden de uitkomsten met behulp van het conceptueel raamwerk geduid. Aan de hand van de aan het actorgecentreerd institutionalisme ontleende concepten worden de opbrengsten van het onderzoek geïnterpreteerd, wordt gereflecteerd op de aannames die met de veranderde beleidsfilosofie verbonden zijn en wordt een link gelegd naar enkele thema's die momenteel binnen het neo-institutionalisme bediscussieerd worden.

Om te beginnen blijkt uit het onderzoek het bijzondere karakter van de handelingssituatie. Het onverwachte en abrupte van de ziekmelding, het gebrek aan (medische) informatie, de onderlinge afhankelijkheid van de actoren en de onzekerheid die daarvan het gevolg is, staan op gespannen voet met de door de wetgever verwachte actieve en planmatige aanpak.



FIGUUR 7.1 Conceptueel raamwerk

Het onderzoek verheldert de actorconstellatie in een aantal opzichten. Het bevestigt de cruciale rol van leidinggevendens in het reïntegratieproces. Formeel ligt de regierol bij de leidinggevende, maar als deze zich minder actief opstelt, ontstaat een rolverdeling waarin het zwaartepunt de facto bij de bedrijfsarts ligt. Bovendien is duidelijk geworden dat de werknemer een stempel drukt op het verloop van het reïntegratieproces. Het meer of minder actieve gedrag van werknemers is in tweeërlei zin van invloed op de evenwichts-situaties die ontstaan. Reïntegratie-initiatieven van de werknemer zetten de leidinggevende aan tot actie. Inactiviteit van de werknemer maakt het de leidinggevende moeilijk om initiatieven door te zetten. In dit samenspel is de aparte positie van de bedrijfsarts naar voren gekomen. De feitelijke rol die de bedrijfsarts in het geheel vervult, is afhankelijk van het type reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende. Zo ontwikkelt zich ofwel een patroon van wachten op aanwijzingen van de bedrijfsarts, waarna werknemer en leidinggevende (al dan niet in afgezwakte vorm) adviezen opvolgen of naast zich neerleggen, ofwel een patroon waarin de drie actoren elkaar stimuleren qua activiteit. Een laatste observatie die betrekking heeft op de actorconstellatie, is dat als gevolg van wisselingen in de leidinggevende positie deze actor niet altijd dezelfde persoon is. Dit kan in het interactieproces als prikkel voor initiatieven fungeren, maar het ontbreken van continuïteit kan ook ten koste gaan van de voortgang in de reïntegratie. De in FIGUUR 7.1 als driehoek weergegeven combinatie van gedrag van werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts blijkt in de praktijk uiteenlopende gestalten aan te nemen, waarbij het gedrag van werknemer en leidinggevende bepaalt hoe het samenspel zich ontwikkelt en waar het zwaartepunt ligt.

Eén van de veronderstellingen die in de beleidsfilosofie besloten ligt, is dat het verzuim-beleid op mesoniveau, waarin de vertaalslag wordt gemaakt van wet- en regelgeving naar organisatiespecifiek beleid, een factor is in het realiseren van het gewenste reïntegratie-

gedrag in de microsituatie. Uit dit onderzoek is de gelaagdheid van dit intermediaire niveau gebleken. Om goed zicht te krijgen op de verhouding tussen verzuimbeleid op organisatieniveau en de interactie tussen werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts op individueel niveau, moet onderscheid worden gemaakt tussen het officiële verzuimbeleid en de wijze waarop het in praktijk wordt gebracht en wordt ervaren. Geconcludeerd is dat de wijze waarop het samenspel zich ontwikkelt, samenhangt met de individuele interpretaties en overtuigingen van werknemer en leidinggevende. Deze individuele interpretaties en overtuigingen lopen uiteen en corresponderen deels wel, deels niet met hetgeen met de veranderingen in de wetgeving is nagestreefd.

Er zijn meerdere verklaringen mogelijk voor het feit dat nagestreefde nieuwe waarden en normen niet krachtig verankerd zijn in de dagelijkse praktijk en dat regels niet worden opgevolgd (zie SUBPARAGRAFEN 2.2.1 en 2.3.2). Het onderzoeksmateriaal geeft voor elk van die mogelijke verklaringen aanknopingspunten. In de eerste plaats veronderstelt toepassing van regels en het volgen van normen dat actoren ervan op de hoogte zijn. Dat blijkt bij gedragsvoorschriften voor reïntegratiegedrag niet altijd het geval. Er zijn informatie tekorten bij werknemers en leidinggevendenden geconstateerd als het gaat om wat er in ziekteverzuimsituaties van hen wordt verwacht. Kennis van praktische voorschriften is doorgaans aanwezig, zij het meer bij leidinggevendenden dan bij werknemers. In mindere mate is er zicht op achterliggende waarden en normen, en op de beoogde rolverdeling. Ze refereren weinig aan in wetsteksten voorkomende normen als *'werken naar vermogen'* of *'werk boven inkomen'*. Een tweede voorwaarde voor het naleven van voorschriften is dat concrete situaties worden geïnterpreteerd als vallend onder die voorschriften. Uit de interviews blijkt dat voorschriften in wisselende mate relevant worden geacht voor het eigen handelen. Werknemers oriënteren zich voor een deel op de patiëntenrol en daarmee verbonden regels en normen. Ze beschouwen het verzuimbeleid primair als iets *'voor het management'*, als gedreven door financiële motieven en minder als van toepassing op het eigen gedrag. Ook bij leidinggevendenden zijn regels en normen verbonden aan de medische zorg van invloed op hun reïntegratiegedrag. Gebleken is dat overwegingen als *'het is erg medisch'*, *'wachten wat de arts zegt'* voor leidinggevendenden redenen zijn om voorschriften op dat moment niet van toepassing te achten. Hiermee samenhangend blijkt dat regels en normen verschillend geïnterpreteerd worden. Leidinggevendenden zeggen expliciet voor zichzelf ruimte te zien om ze naar eigen inzicht te hanteren en ervan af te wijken en doen dat – op basis van uiteenlopende argumentaties – in de praktijk. Ten derde hebben actoren verschillende mogelijkheden om op regels te reageren, met als uiterste optie het bewust negeren ervan. Voorbeelden als het in twijfel trekken van het medisch oordeel van de bedrijfsarts door een leidinggevende, het zonder overleg stoppen met de afgesproken medische behandeling door werknemers en het niet opstellen van een plan van aanpak wijzen uit dat voorschriften niet altijd worden nageleefd, ook al is men ervan op de hoogte.

De conclusies over het samengaan van cognitieve handelingsoriëntaties en normatieve roloriëntaties geven geen uitsluitsel over welke daarin bepalend zijn en of er sprake is van een causale relatie ervan met meer of minder actief reïntegratiegedrag. Zoals is opgemerkt (zie SUBPARAGRAAF 7.2.2), zijn de wijze waarop ziekteverzuim wordt opgevat en de opvatting

van de eigen rol met elkaar verweven. De vraag is of deze vooraf gaan aan het handelen of (deels) moeten worden opgevat als betekenissen die er onlosmakelijk mee verbonden zijn en die zich in een proces van *sensemaking* (Weick 1995), als interpretaties van gedrag vormen. Uit de interviews blijkt dat de meest actieve werknemers en leidinggevenden vanaf de ziekmelding expliciete opvattingen formuleren over reïntegratie en hun eigen en elkaars rol daarin. Anderen verwoorden opvattingen meer als toelichting op gedrag van zichzelf en van anderen. Ten dele lijkt er dus sprake van oriëntaties die voorafgaan aan gedrag, deels van een samengaan van gedrag en betekenisverlening, zonder dat daarin een oorzaak-gevolg verband aanwijsbaar is. De versterkende effecten die in het interactieproces optreden, wijzen erop dat ketens ontstaan van (im- of expliciet) aanwezige oriëntaties, die zich onder invloed van het gedrag verder vormen en weer leiden tot vervolgacties. In deze ketens zijn oriëntaties zowel van invloed op, als uitdrukking van gedrag. De samenhang met de benutting van hulpbronnen is in de vorige paragraaf uitgebreid aan de orde geweest. Ook in dit opzicht is er niet een enkelvoudig verband tussen het voorhanden zijn van hulpbronnen en de mate van reïntegratieactiviteit. Veeleer is er sprake van een dynamisch geheel van bepaalde oriëntaties, een bijbehorend type reïntegratiegedrag, de wijze waarop hulpbronnen worden benut en de effecten die hiervan uitgaan op de verdere handelingsmogelijkheden.

De gekozen onderzoeksopzet, die was gericht op bestudering van de ontwikkeling van reïntegratiegedrag tegen de achtergrond van de veranderde context, laat geen conclusies toe over of er na de wetwijzigingen sprake is van gedragsverandering (een toename van actief gedrag). Omdat geen voor- en nameting zijn gedaan, is niet te zeggen of het actieve gedrag is ontstaan *onder invloed* van de ingezette financiële prikkels en de regulering door gedragsvoorschriften. Het is niet uit te sluiten dat er ook zonder de veranderingen in de institutionele context eenzelfde variatie in reïntegratiegedrag te zien zou zijn. Evenmin zijn op grond van dit onderzoek uitspraken mogelijk over het verband tussen verschillende typen reïntegratiegedrag met meer of minder succesvolle (snellere, duurzamere) reïntegratie. Wel is een aantal ontwikkelingen gesignaleerd die haaks staan op de beoogde uitkomsten. De nieuwe ziekmeldingen die zich na herstelmeldingen voordoen, betekenen dat in die situaties de gerealiseerde werkhervatting niet stabiel is gebleken. De beëindiging van de arbeidsovereenkomst met wederzijds goedvinden in twee van de onderzochte casussen (overigens na afloop van de negen maanden waarin ze gevolgd zijn), strookt niet met het streven van de wetgever om uitval uit arbeidsproces te voorkomen en de arbeidsparticipatie te doen toenemen.

De bevindingen uit dit onderzoek bieden de gelegenheid voor enkele observaties over een tweetal actuele thema's in de neo-institutionalistische theorievorming. Het betreft de problematiek van de dualiteit van structuur en *agency* en het vraagstuk van de multiple logica's. Ze komen in deze volgorde aan de orde.

1 De dualiteit van structuur en *agency*

Thornton, Ocasio en Lounsbury (2012) hebben het *neo-institutional logics* perspectief uitgewerkt als antwoord op de kritiek dat de neo-institutionele theorie focust op macroverschijnselen, maar er niet in slaagt een goede verklaring te bieden voor *agency*. Dit onderzoek sluit aan bij de institutionele logica principes dat instituties op verschillende niveaus opereren en dat op het individuele en organisatieniveau de analyse gericht moet zijn op de sociale identiteiten, doelen en oriëntatiekaders van individuen als de '*micro-foundations of institutional logics*'. De analyses van het reïntegratiegedrag in de bestudeerde casussen illustreren hoe instituties het handelen van actoren structureren – bijvoorbeeld door middel van de institutionele verplichting een probleemanalyse en plan van aanpak op te stellen –, maar ook dat de werknemers en leidinggevenden zich met uiteenlopende logica's identificeren en op grond van hun eigen betekenisgeving handelen. Ze conformeren zich niet zonder meer aan de beleidslogica van de overheid met als belangrijkste elementen de beoogde actieve rol, de veranderde normen ('*werk boven inkomen*', '*werken naar vermogen*') en nagestreefde beleidsdoelen (terugdringing van ziekteverzuim, daling van het aantal arbeidsongeschikten en verhoging van de arbeidsparticipatie). De aanwezigheid van meerdere institutionele logica's (zie volgende punt) biedt ruimte voor *agency*. Door in dit onderzoek te focussen op *agency* is een inkijk geboden in de *black box* van de doorwerking van macrobeleid naar het microniveau van het individuele handelen. Met de keus voor het neo-institutionalistisch perspectief in combinatie met een actorgecentreerde benadering en een grounded aanpak is verhelderd wat zich op microniveau – in een proces van *sensemaking* van individuele actoren en in de onderlinge interacties – afspeelt en wat de oorsprong is van verschillen tussen feitelijk en door de beleidslogica beoogd gedrag. Het onderzoeksresultaat ondersteunt daarmee pleidooien voor een *internal perspective* (Suddaby 2010), om tegenwicht te bieden aan een eenzijdige aandacht voor uitkomsten van processen. En het toont dat versterking van aandacht voor analyses op het niveau van het individueel gedrag en voor *agency* van belang is om het neo-institutionalistische perspectief aan kracht te laten winnen.

2 Multiple logica's

Een tweede thema dat in de neo-institutionalistische literatuur aandacht krijgt is dat van concurrerende logica's die het gedragsrepertoire van actoren vormen. Goodrick en Reay (2011) en Reay en Hinings (2009) analyseren in hun studies constellaties van concurrerende institutionele logica's en de wijze waarop transformaties zich voltrekken. In dit onderzoek naar reïntegratiegedrag betreft het een bijzondere vorm van transformatie: het is de overheid die aanzet tot verandering van betekenisssystemen en normen; vanuit macroniveau is een transitie beoogd van een bestaande naar een nieuwe logica. Het empirisch onderzoek bevestigt wat eerder in theoretische zin is opgemerkt (zie SUBPARAGRAFEN 2.2.1 en 2.3.1) over de concurrerende logica's en over de invloed van normen en opvattingen die verbonden zijn met eerdere wet- en regelgeving. Uit de analyses van de casussen blijkt dat met name de logica van de medische zorg weerklinkt in de wijze waarop werknemers en leidinggevenden zich richten op medische expertise en informatie. Vooral in de beginfase zijn ze minder georiënteerd op de beleidslogica met de daarin voorgehouden werknemers- respectievelijk casemanagersrol en zien ze belangen primair in de medische sfeer ('*duidelijkheid krijgen over wat er aan de hand is*',

'*beter worden*'). Met het werkhervattingsadvies van de bedrijfsarts krijgt het denken in termen van de arbeidsrelatie en de daaraan verbonden rechten en plichten meer ruimte. De invloed van oude normen en routines klinkt door in het woordgebruik ('*in de ziekte-wet zitten*', '*ziek is ziek*') en in argumentaties om geen initiatieven te nemen ('*afwachten*'). Voor leidinggevenden geldt dat ze zich oriënteren op de traditionele leidinggevende rol, die gericht is op de aansturing van medewerkers in het dagelijks werk. Tevens blijkt dat de roldefinitie- en verwachting die verbonden zijn met de door de nieuwe beleidslogica aangedragen taken en verantwoordelijkheden op het gebied van reïntegratie en inzetbaarheid nog niet sterk zijn ingesleten. Dit onderzoek heeft inzichtelijk gemaakt dat de actoren in ziekteverzuimsituaties niet de beleidslogica volgende burgers zijn (zie PARAGRAAF 1.3), althans niet van de regels en normen die door de wetgever zijn ontwikkeld. Naast de logica van de wet zijn andere logica's in het geding. Het gaat daarbij niet zozeer om een opeenvolging van de ene logica door de andere logica, die geleidelijk de dominante rol overneemt, maar om een conglomeraat van uiteenlopende betekenisystemen en interpretatieschema's, regels en voorschriften, en waarden en normen waaruit actoren in die situatie voor hun betekenis en gedrag putten. Daarmee levert dit onderzoek een bijdrage aan een beter begrip van de weerbarstigheid van geplande institutionele veranderingen, en in meer algemene zin aan kennis van hoe op microniveau actoren betekenisvolle elementen uit verschillende institutionele logica's combineren en tot verschillende handelwijzen komen.

Deze uit het onderzoek voortvloeiende overwegingen onderstrepen de relevantie van verder onderzoek naar beide thema's.

7.4 Evaluatieve kanttekeningen bij methodologische aspecten van het onderzoek

Bij de uitwerking van de conclusies zijn opmerkingen gemaakt over de waarde van de uitkomsten. Beargumenteerd is dat de conclusies een grotere reikwijdte hebben dan de onderzochte casussen. Vervolgonderzoek zal uit moeten wijzen in hoeverre de uitkomsten van dit onderzoek houdbaar zijn in ziekteverzuimsituaties die zich qua condities onderscheiden van de bestudeerde casussen. In aanvulling op deze constatering volgen hieronder enkele reflecties bij de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd. Achtereenvolgens komen ter sprake het verloop van de dataverzameling, de respons, de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek en de kracht van het onderzoeksdesign.

De dataverzameling is in grote lijnen volgens plan verlopen, zij het dat de periode van dataverzameling (2007-2009) een half jaar langer heeft geduurd dan was voorzien. Twee keer hebben zich fasen van oponthoud voorgedaan. Na de stagnatie bij de organisatie die aanvankelijk als eerste bereid was medewerking te verlenen, heeft het enige tijd geduurd voordat de voorbereidingen in organisatie A rond kwamen. Vervolgens hebben de voorbereidingen bij organisatie B meer tijd gekost dan verwacht, waardoor pas in het begin van het tweede jaar van het veldonderzoek de tweede serie casussen van start is gegaan; binnen ongeveer vijf maanden was hier een serie van vijf casussen beschikbaar. De eerste

interviews in casussen uit organisatie B liepen parallel aan vervol ginterviews in de casussen uit organisatie A. De interviews zijn met een zekere spreiding rond de geplande meetmomenten afgenomen (zie BIJLAGE VII: *Tijdpad interviewrondes* en BIJLAGE VIII: *Spreiding interviews over de onderzoeksperiode 2007-2009*). In beide series casussen uit de twee organisaties is de systematiek van drie opeenvolgende interviewmomenten aangehouden. Daarmee is een goed beeld verkregen van de ontwikkeling van het reïntegratiegedrag.

Het onderzoek kende een goede respons, zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin. Afgaande op de informatie van de bedrijfsarts zijn alle werknemers die in aanmerking kwamen gevraagd deel te nemen aan het onderzoek en akkoord gegaan. Ook alle leidinggevend en waren bereid mee te werken. In één geval bleek tijdens het eerste interview dat de werknemer in de thuiszorg werkzaam was en dat de casus strikt genomen niet paste binnen de criteria (alleen intramurale zorg). Naast verschillen (met name het meer solistische karakter van het werken in de thuiszorg) waren op cruciale kenmerken, zoals de aard van het werk en de werk- en opleidingsachtergronden van zowel werknemer als leidinggevend e, in voldoende mate vergelijkingen met de andere casussen mogelijk. Op grond hiervan is besloten met deze casus door te gaan en hem als een volwaardige casus te beschouwen. In één casus is met het oog op de medische omstandigheden van dat moment afgezien van het laatste interview met de werknemer, vanuit de overweging dat dit gezien de medische situatie te belastend voor deze persoon zou zijn (zie de SUBPARAGRAFEN 6.1.1 en 6.2.4), met als gevolg dat in deze casus data ontbreken. Afgezien van deze bijzonderheden zijn de interviews volgens plan verlopen. De respondenten spraken uitvoerig over de ziekteverzuimsituatie, inclusief hun twijfels, dilemma's en onzekerheden. Alle relevante aspecten kwamen meestal vanzelf in de interviews ter sprake; de topiclijst fungeerde als checklist om na te gaan of er geen thema's onbesproken zijn gebleven. Met de werknemers vonden de interviews op een enkele uitzondering na bij hen thuis plaats, met leidinggevend en in hun werkkamer en met de bedrijfsarts in de spreekkamer. De interviews met werknemers en leidinggevend en duurden meestal één à anderhalf uur. Twee interviews met werknemers die om praktische redenen op de werklocatie werden afgenomen, duurden aanmerkelijk korter. Mogelijk dat de werkomgeving minder uitnodigde tot uitspreken van persoonlijke belevingen dan in de vertrouwde eigen omgeving het geval is. Uit efficiencyoverwegingen zijn interviews met de bedrijfsarts gecombineerd. In één afspraak is de bedrijfsarts over een aantal casussen geïnterviewd. Dit maakte de gemiddelde tijdsduur van deze interviews per casus korter. Over het geheel genomen leverden de interviews, dankzij de goede respons, een grote hoeveelheid data op, met een grote informatiedichtheid.

Tijdens de dataverzameling zijn verschillende checks uitgevoerd op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Vergelijkingen van de interviews met werknemer, leidinggevend e en bedrijfsarts in één casus laten zien dat hun weergaven van wat zich heeft afgespeeld over het algemeen congruent en consistent zijn. Beschrijvingen (inclusief die van emotioneel beladen momenten en conflictueuze situaties) liggen in lijn met die van andere betrokkenen van dezelfde situatie en komen overeen met wat in eerdere fasen is gezegd. Deze eenduidigheid van beschrijvingen van situaties betekent dat geen substantiële vertekeningen zijn opgetreden in de wijze waarop geïnterviewden over hun eigen en

elkaars reïntegratiegedrag rapporteren. Evenmin lijken vertekeningen te zijn ontstaan als gevolg van het onderzoeksproces. Uit het feit dat bij het maken van afspraken voor vervolg-interviews door het tijdsverloop vaak opnieuw introductie van het onderzoeksthema nodig was, blijkt dat in de tussenliggende periode deelname aan het onderzoek op de achtergrond raakte. Enkele keren hebben geïnterviewden geprobeerd informatie over uitlatingen van andere betrokkenen te krijgen of via de onderzoeker door te geven. Het is niet uit te sluiten dat geïnterviewden eigen interpretaties hebben gegeven aan vragen of reacties van de onderzoeker/interviewer, maar op het geheel genomen is het effect hiervan te verwaarlozen. Dit betekent dat de kans gering is dat het onderzoek op zichzelf een beïnvloedende factor is geworden op het reïntegratieproces.

Ook in het proces van coderen en interpreteren zijn checks verricht. Door de transcripties aan de hand van tot dan toe onderscheiden codes meerdere malen te doorlopen, is consistentie nagestreefd in de koppeling van codes en interviewfragmenten. Aangenomen kan worden dat de codeboom die uiteindelijk tot stand is gekomen (zie BIJLAGE IX: *Codeboom*) de complexiteit van het onderzoeksmateriaal reflecteert. Interpretaties (bijvoorbeeld het onderscheid in typen reïntegratiegedrag) zijn gecheckt aan de hand van de integrale transcripties en de audio-opnames. Zo is nagegaan of duidingen bij confrontatie met de eigen bewoordingen van geïnterviewden stand houden. In één geval is de audio-opname van het interview gedeeltelijk mislukt. Dit kon worden ondervangen door kort erna het verloop ervan zoveel mogelijk te reconstrueren en schriftelijk vast te leggen. Het analyseprogramma MAXQDA is een belangrijk hulpmiddel geweest. Het heeft zicht gegeven op zowel grote lijnen en verbanden, als op bijzondere details en bijgedragen aan het voorkomen van selectieve interpretaties. In de achtereenvolgende stappen is de houdbaarheid van rubriceringen en interpretaties gecontroleerd, door deze te confronteren met onderzoeksgegevens uit eerdere en latere fasen. Aan het eind van het analyseproces is inhoudelijke verzadiging geconstateerd. De casussen die zich het laatst aandienden, bleken in de tot dan toe uitgewerkte codestructuur te vatten en te passen in de onderscheiden typen. Ze leveren geen nieuwe elementen of gezichtspunten op. Dit betekent dat het aantal casussen toereikend is geweest om de variëteit in reïntegratiegedrag in beeld te brengen en te analyseren. Terugkijkend op de uitvoering van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat een nauwgezet en getrouw beeld is verkregen van het reïntegratiegedrag in de elf casussen.

Zoals eerder opgemerkt (zie SUBPARAGRAAF 7.3.3) hebben de verkregen inzichten in de aard en ontwikkeling van reïntegratiegedrag een bredere geldigheid dan de elf onderzochte casussen. De beperking qua aantal casussen en organisaties geeft weliswaar restricties aan de directe generaliseerbaarheid van uitkomsten, maar was noodzakelijk om een indringend beeld te vormen van interactieprocessen tijdens de reïntegratie. Dat beeld reikt verder dan de bestudeerde situaties. En op dezelfde wijze betekent het gegeven dat slechts één bedrijfsarts in het onderzoek betrokken was, dat er geen zicht is op het handelen van bedrijfsartsen in het algemeen, maar dat dankzij deze opzet wél is gebleken hoe de feitelijke inbreng van dezelfde bedrijfsarts onder invloed van het interactieproces kan variëren.

7.5 Discussie en aanbevelingen

7.5.1 *De rollen van werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts in het reïntegratieproces*

De resultaten van dit onderzoek geven aanleiding tot reflecties op de rollen van de werknemer, de leidinggevende en de bedrijfsarts in het reïntegratieproces. We belichten voor ieder van deze actoren de inzichten die dit onderzoek heeft opgeleverd en verbinden deze met enkele aanbevelingen.

Leidinggevendenden hebben als gevolg van de toegenomen werkgeversverantwoordelijkheid te maken met een uitbreiding en intensivering van hun rol bij ziekteverzuim en reïntegratie. De regierol die ze worden geacht te vervullen, stelt meer dan voorheen eisen wat betreft het bespreken van beperkingen als gevolg van gezondheidsproblemen en van mogelijkheden voor werkhervatting, de coaching bij het terugkeerproces, het actief doorvoeren van aanpassingen in de werksituatie en de arbeidsbemiddelende rol. Dit onderzoek heeft laten zien dat leidinggevendenden zich in ziekteverzuimsituaties laten leiden door eigen interpretaties van hun rol en eigen opvatting over reïntegratie bij ziekte. Een complicatie daarbij is dat leidinggevendenden weinig routine opbouwen met situaties van langer durend verzuim, omdat deze zich relatief weinig voordoen. Bovendien vraagt iedere situatie om een aanpak die is toegesneden op de specifieke arbeidsmogelijkheden van de betreffende werknemer. In de veelheid van dagelijkse werkzaamheden en het vaak al omvangrijke en complexe takenpakket brengt deze nieuwe dimensie van de functie een extra, relatief onbekend aandachtspunt. Een belangrijk argument om de begeleiding bij ziekteverzuim en reïntegratie toch niet over te laten aan daarin gespecialiseerde professionals, is dat de leidinggevendendenrol zich op meer vlakken uitbreidt, zoals in de inleiding (zie PARAGRAAF 1.5) is betoogd. Ook bij van werk-naar-werk-transities en het langer inzetbaar blijven van werknemers worden vergelijkbare eisen aan leidinggevendenden gesteld. Een argument van andere orde is dat als gebruik wordt gemaakt van diensten van een reïntegratie-expert of -bureau, er evengoed afstemming nodig is met de direct leidinggevende over het verloop van de werkhervatting en over benodigde aanpassingen in de werksituatie. Dit onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat niet als vanzelfsprekend kan worden aangenomen dat leidinggevendenden zich conformeren aan het formele verzuimbeleid van hun organisatie en dat ze het als richtsnoer en ondersteuning voor hun handelen beschouwen. Om leidinggevendenden goed toe te rusten voor hun rol bij reïntegratie en bij de verdere verbreding en intensivering van de leidinggevendendenfunctie, is het van belang dat organisaties prioriteit geven aan het ontwikkelen van hiervoor benodigde opvattingen en competenties van leidinggevendenden. Ook voor individuele leidinggevendenden zelf, opleidingen op hr-gebied en beroepsorganisaties van leidinggevendenden en hr-professionals, ligt er een taak om te zorgen voor voldoende equipering op de nieuwe terreinen.

Zieke werknemers hebben in de praktijk een belangrijk aandeel in het reïntegratieproces. Ook van hen wordt in de veranderde constellatie veel gevergd. Ze worden geacht in een lastige en doorgaans onbekende situatie, en onder druk van formele verplichtingen, overleg

te voeren met de leidinggevende en de bedrijfsarts en mee te werken aan hun reïntegratie. Dit onderzoek laat zien hoe initiatieven van werknemers het proces op gang kunnen brengen en kunnen versnellen; hun inactiviteit kan daarentegen tot stagnatie leiden. Werknemers beschikken over informatie – over de medische situatie, de eigen belastbaarheid, de haalbaarheid van werkaanpassingen en over loopbaanwensen – die voor een succesvol verloop van de reïntegratie cruciaal is. Deze informatie komt meer op tafel en wordt meer benut als werknemers een actieve opvatting hebben van de eigen rol en als ze de (toekomstige) inzetbaarheid beschouwen als een kwestie van wederzijds belang en van gezamenlijke verantwoordelijkheid. Deze opvattingen blijken echter geen gemeengoed. Een deel van de werknemers stelt de gezondheidsproblemen pas aan de orde als de ziektemelding een feit is en verbindt deze niet met aandacht voor blijvende inzetbaarheid. Vanuit de gedachte dat de gezondheidssituatie en loopbaanwensen privéaangelegenheden zijn, vermijden werknemers het gesprek hierover met de leidinggevende. Bij werknemers die knelpunten en wensen op dit terrein wel tijdig ter sprake brengen, kan dit afketsen op een afwachtende houding van de leidinggevende. Ook op dit punt ligt er een taak voor organisaties om hun medewerkers toe te rusten en voor te bereiden op de actievere rol die van hen wordt verwacht bij reïntegratie en bij het inzetbaarheidsvraagstuk in bredere zin. Naast feitelijke informatie over rechten en plichten bij ziekteverzuim, is aandacht noodzakelijk voor het belang van het spreken over inzetbaarheid op korte en langere termijn en het uiten van wensen en behoeften.

De resultaten van dit onderzoek onderstrepen het belang van adviezen van de bedrijfsarts in het reïntegratieproces. Het initiatief wordt vaak aan de bedrijfsarts overgelaten. Als werknemer en leidinggevende zich afwachtend opstellen, markeert het werkhervattingsadvies het begin van reïntegratie-acties. De mogelijkheden voor de bedrijfsarts om het proces te sturen zijn feitelijk echter beperkt. Haar inbreng bestaat uit het geven van een oordeel over de arbeidsgeschiktheid en van reïntegratie-adviezen, die gebaseerd zijn op de spreekuurcontacten met de zieke werknemer en soms op informatie van een behandelend arts. Deze adviezen worden niet altijd meteen en geheel opgevolgd. Het contact eindigt rond het moment van herstelmelding, ook al duren de gezondheidsproblemen voort. Zoals is uiteengezet (zie PARAGRAAF 1.2 en SUBPARAGRAAF 2.4.7) zijn de rol en positie van de bedrijfsarts aan discussie onderhevig. Door de toegenomen concurrentie op de markt van de arbodienstverlening en de opkomst van verzuimbureaus (met op de achtergrond een formeel verantwoordelijke bedrijfsarts) zijn de ambities van de beroepsgroep van bedrijfsartsen om de expertise op het gebied van arbeid en gezondheid breder in te zetten onder druk komen te staan. Op grond van dit onderzoek zijn kanttekeningen te plaatsen bij voorstellen voor verbetering van de dienstverlening door de bedrijfsarts en voor een meer onafhankelijke positie (zie SUBPARAGRAAF 2.4.3). Van verschillende kanten is gepleit voor inpassing van de bedrijfsarts in de reguliere eerstelijnszorg en financiering door zorgverzekeraars. Dit zou de onafhankelijke positie van de bedrijfsarts beter waarborgen en een basis vormen voor meer samenwerking met de curatieve sector. Een nadeel kan zijn dat de bedrijfsarts dan minder structureel contact heeft met werkgevers en minder bekend is met werksituaties binnen organisaties. De FNV heeft voorgesteld (FNV 2010) om de functie van bedrijfsarts op te splitsen in een werknemersarts en een bedrijfsarts. Een bezwaar tegen

een dergelijke opsplitsing is dat dit het toch al ingewikkelde samenwerkingsproces verder zou compliceren. De bevindingen van dit onderzoek pleiten voor een ontwikkeling die omgekeerd is aan de trend die de laatste jaren is ingezet: van een feitelijk beperkte rol tot aan het moment van herstelmelding naar een meer omvattende, onafhankelijke adviesrol op basis van de expertise op het gebied van arbeid en gezondheid.

Naast het inzicht in de afzonderlijke rollen van werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts, laat dit onderzoek zien dat hun samenspel bij reïntegratie een delicaat proces is. Ieder is voor de realisering van de eigen doelen afhankelijk van acties van de anderen en de dynamiek van het samenwerkingsproces is van invloed op ieders individuele inbreng. Dit betekent dat voor het stimuleren van meer actief gedrag op meerdere fronten en niveaus actie moet worden ondernomen. Zo hebben initiatieven gericht op activering van werknemers meer kans van slagen als ze samengaan met bevordering van actief reïntegratiegedrag van leidinggevend en omgekeerd. En ook de versterking van de inbreng van bedrijfsgeneeskundige expertise, ter ondersteuning van het reïntegratieproces, grijpt hierop in.

7.5.2 Feitelijk reïntegratiegedrag en intenties van de wet

Dit laatste hoofdstuk sluit af met enkele overwegingen over de verhouding van het geobserveerde reïntegratiegedrag en de intenties van de wet. Hieraan worden enkele aanbevelingen verbonden.

Zoals in het eerste hoofdstuk is beschreven (zie PARAGRAAF 1.2), is in de periode 1990–2005 de verantwoordelijkheid voor reïntegratie bij ziekte verschoven van de collectieve naar de individuele sfeer en het accent verlegd van inkomensbescherming naar activering. Uniek ten opzichte van omringende landen is dat in de Nederlandse situatie de verantwoordelijkheid in de eerste twee jaar na de ziekmelding, zowel in financiële zin als voor verzuimbegeleiding en reïntegratie, bij werkgevers en werknemers ligt. Een combinatie van financiële prikkels en gedragsvoorschriften zou op microniveau tot actief reïntegratiegedrag moeten leiden en daarmee op macroniveau de gewenste effecten (lager ziekteverzuim, verkleining aantal arbeidsongeschikten, verhoging arbeidsparticipatie) sorteren. De consequentie van de reeks wetswijzigingen is dat de financiële last voor een groot deel bij werkgevers en voor deel bij werknemer is komen te liggen. Wat de realisering van het beoogde reïntegratiegedrag betreft, laat dit onderzoek een gedifferentieerd beeld zien.

Geconcludeerd is (zie de conclusies in SUBPARAGRAAF 7.2.4) dat de door de wetgever beoogde gedragseffecten niet in alle onderzochte situaties gerealiseerd zijn. Naast het gewenste reïntegratiegedrag is gedrag te zien dat tot het verleden zou moeten behoren: afwachten op wat anderen (medische professionals) doen, wachten tot terugkeer in eigen werk mogelijk is of zich passende oplossingen aandienen, weinig aandacht voor andere opties dan de terugkeer in eigen functie van de werknemer en beperkte gerichtheid op het duurzame karakter van de werkhervatting. In de praktijk klinken bestaande routines en gedragspatronen nog sterk in het handelen door.

De conclusies van dit onderzoek ondersteunen in een aantal opzichten de juistheid van intenties die aan de beleidsveranderingen ten grondslag liggen. De uitkomst dat een snelle start van reïntegratie-initiatieven het begin is van een patroon van actief handelen en overleg, dat zich in de maanden na de ziekmelding doorzet, onderstreept het belang van vroegtijdig onderling overleg over reïntegratiemogelijkheden. In de cruciale beginfase leggen snelle initiatieven een basis voor verdere acties, doordat er meer informatie beschikbaar komt en daarmee de handelingsmogelijkheden toenemen. De bevindingen bevestigen ook de noodzaak van gezamenlijke verantwoordelijkheid en een planmatige aanpak. Actief reïntegratiegedrag ontwikkelt zich als zowel werknemer als leidinggevende initiatieven nemen, oplossingen aandragen en bereid zijn deze uit te proberen. De bedrijfsarts voorziet hen van passende adviezen. Als in eerste instantie afwachtend wordt gereageerd, vindt in beperkte mate overleg plaats tussen werknemer en leidinggevende en verloopt de reïntegratie minder planmatig. De regie wordt feitelijk aan de bedrijfsarts overgelaten.

Het stimuleren van een snelle, gezamenlijke aanpak is dus van belang, maar door hun instrumentele karakter hebben de gedragsvoorschriften niet de bedoelde effecten. De verplichting om een plan van aanpak op te stellen, leidt in de huidige vorm niet tot vroegtijdige en planmatige acties. Het voorgeschreven moment – in de achtste week na de ziekmelding – is te laat in het proces. De meest actieve werknemers en leidinggevendenden maken al gauw na de ziekmelding eerste afspraken, zonder een formeel plan van aanpak op te stellen. Degenen die afwachten komen er niet door in beweging; voor dit type gedrag is de achtste week te laat. Bovendien nodigt de vorm niet uit tot een actieve oriëntatie op en afweging van mogelijkheden. De als bureaucratisch ervaren standaardvorm werkt in de hand dat het formulier plichtmatig wordt ingevuld. Als er een plan van aanpak wordt opgesteld, blijkt het geen markerend moment in het reïntegratieproces. Dit maakt het plan van aanpak in de huidige vorm geen effectief instrument dat aanzet tot het gewenste gedrag. Het loslaten van de standaardvorm nodigt waarschijnlijk meer uit tot overleg over de consequenties van de ziekmelding voor de werksituatie en tot het maken van afspraken die aansluiten bij inschattingen die werknemer en leidinggevende op dat moment van de situatie maken.

Bij het formuleren van conclusies over het verzuimbeleid (zie SUBPARAGRAAF 7.2.3) is opgemerkt dat op basis van dit onderzoek geen uitsluitel is te geven over het verband tussen het organisatiespecifieke verzuimbeleid en meer of minder actief reïntegratiegedrag in de microsituatie. Wel geven de observaties aanleiding tot het formuleren van aanbevelingen aan (hr-verantwoordelijken in) organisaties inzake het opstellen en implementeren van verzuimbeleid:

- Focus bij (de implementatie van) het beleid niet alleen op het moment van ziekmelding en de contactmomenten erna, maar voor situaties van (mogelijk) langer durend verzuim ook op het reïntegratieproces en de initiatieven die daarin van werknemers en leidinggevendenden worden verwacht.
- Besteed aandacht aan de veranderde rollen en verantwoordelijkheden van betrokkenen. Dit kan in de vorm van overdracht van informatie, het uitdragen van wat als gewenst gedrag wordt beschouwd en het oefenen daarmee, en het uitwisselen van inzichten en ervaringen.

- Bewaak condities waaronder het beleid wordt uitgevoerd, zoals functiewisselingen die van invloed kunnen zijn op de continuïteit van begeleiding, de *span of control* van leidinggevend en de verdeling van taken en bevoegdheden op het gebied van reïntegratie.
- Reflecteer met belanghebbenden op hoe het verzuimbeleid in de organisatie gestalte krijgt. Evaluaties kunnen bijdragen aan inhoudelijke verbeteringen en aan vergroting van draagvlak. Dat kan ertoe leiden dat het verzuimbeleid niet primair wordt gezien als een managementaangelegenheid en als een van hogerhand geïnitieerde verplichting, maar als een gezamenlijke verantwoordelijkheid, waarmee zowel belangen van de werknemer als de organisatie gediend zijn en dat faciliterend is voor het eigen handelen.

De discrepanties tussen feitelijk en beoogd reïntegratiegedrag die in dit onderzoek aan het licht zijn gekomen, wijzen uit dat het realiseren van gedragsverandering in de micro-situatie een gecompliceerd proces is. Voor individuele werknemers en leidinggevend die hun weg moeten vinden in situaties van ziekteverzuim, staat het proces van wet- en regelgeving ver van hen af. Ook het verzuimbeleid van organisaties lijkt niet een zodanig mediërend effect te hebben dat de bedoelingen van de wetgever via dit mesoniveau worden overgedragen naar het microniveau. Meer aandacht is nodig, zowel in beleidsmatige zin als qua wetenschappelijk onderzoek, voor het stimuleren van werkgevers om inzetbaarheidsbeleid in brede zin (verder) te ontwikkelen, inclusief een verzuim- en reïntegratiebeleid waarvan een activerende uitwerking uitgaat.

In meer algemene zin zijn de uitkomsten van dit onderzoek relevant, gelet op de toenemende verantwoordelijkheden die op het niveau van de relatie werknemer en leidinggevende worden neergelegd (zie PARAGRAAF 1.5 en SUBPARAGRAAF 7.5.1). De noodzaak van actief gedrag, onderling overleg en een planmatige samenwerking van werknemers en leidinggevend betreft niet alleen de reïntegratie bij langer durend ziekteverzuim. Ook de realisering van nieuwe macro-beleidsdoelen op het terrein van verlenging van de arbeidsduur en transities van werk-naar-werk bij (dreigende) werkloosheid vereisen dat in de microsituatie gesprekken worden gevoerd over mogelijkheden, verwachtingen en wensen wat inzetbaarheid betreft, en vergt van alle betrokkenen het vermogen passende oplossingen te overwegen en te creëren. In dit onderzoek is over de hele linie, ongeacht de meer of minder sterke oriëntatie op actief handelen en duurzame inzetbaarheid, bij werknemers en leidinggevend terughoudendheid geconstateerd om over belastbaarheidsproblemen en loopbaanwensen te praten. Dit onderstreept dat er veel te winnen valt als het gaat om het optimaliseren van het samenspel in de microsituatie, om op termijn macrodoelstellingen als een hogere arbeidsparticipatie te realiseren.

Referenties

- Aarts, L., Ph. de Jong, R. van der Veen & H. Wagenaar (red.) (1995). *Het bedrijf van de verzorgingsstaat*. Amsterdam / Meppel: Boom.
- Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid (2001). *Werk maken van arbeidsongeschiktheid (Rapport van de Commissie Donner)*. Doetinchem: Elsevier.
- Algra, D. (2004). De zelfstandig gevestigde bedrijfsarts: consultant, waarnemer, ondernemer of huurling. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde (TBV)*, 12 (1), p. 9-12.
- Amstel, R.J. van, J.R. Anema, K. Jettinghof, J.H. Verbeek, A.P. Nauta & D.J. van Putten (2005). Weinig veranderingen in kwaliteit van sociaal-medische begeleiding en tevredenheid bij patiënten met arbeidsverzuim, na samenwerkingsprojecten voor huis- en bedrijfsartsen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 149 (43), p. 2407-2412.
- Andriessen, S., C.V. van Vuuren & P.G.W. Smulders (2004). *Prikkels en sancties - Bouwstenen voor een modern ziekteverzuimbeleid*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Anema, J.R., P. Buijs, R. van Amstel & D.J. van Putten (2002). *Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Asscher-Vonk, I.P. (red.) (2007). *De zieke werknemer*. Deventer: Kluwer.
- Bakker, R. (2005). *Samenwerking huisarts – bedrijfsarts*. Dissertatie. Groningen: RUG.
- Bekke H. & N. van Gestel (2004). *Publiek verzekerd. Voorgeschiedenis en start van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (uwv) 1993-2003*. Antwerpen / Apeldoorn: Garant.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek – Denken en doen*. Meppel: Boom.
- Boer, W. en E. Houwaart (red.) (2006). *Geschiktheid gewogen. Claimbeoordeling en arbeidsongeschiktheid in Nederland 1901-2005*. Almere: TNO.
- Bosselaar, H. & J. Komduur (2005). *Tussen de regels – Analyse van belemmeringen in de praktijk van de Wet verbetering poortwachter*. Amsterdam: Breed Platform Verzekerden en Werk.
- Boselie, P. (2010). *Strategic human resource management. A balanced approach*. Londen: McGraw-Hill.
- Boxall, P. & J. Purcell (2008). *Strategy and human resource management*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Breed Platform Verzekerden & Werk en Stichting De Ombudsman (2004). *De verplichting tot overeenstemming: onderzoek naar knelpunten in de uitvoering van de Wet verbetering poortwachter*. Amsterdam / Hilversum: Breed Platform Verzekerden & Werk / Stichting De Ombudsman.
- Breed Platform Verzekerden & Werk en Stichting De Ombudsman (2005). *Tussen klant en cliënt: onderzoek naar verzuimbegeleiding en advisering door de arbodienst aan werknemers*. Amsterdam / Hilversum: Breed Platform Verzekerden en Werk & Stichting De Ombudsman.
- Breed Platform Verzekerden en Werk (2006). *Verruwing in de arbodienstverlening*. Amsterdam / Hilversum: Breed Platform Verzekerden en Werk.
- Breed Platform Verzekerden en Werk (2006). *Vijf puntenplan voor verbeteringen wvp*. Amsterdam: Breed Platform Verzekerden en Werk.

- Brummelen, Y. van, D. van Suijdam & G.J.M. Jehoel-Gijsbers (2001). *Tijd voor reïntegratie: onderzoek onder langdurig zieke werknemers naar de relatie tussen reïntegratie-activiteiten en het moment van de WAO-beoordeling*. Utrecht: CNV Vakcentrale.
- Buijs, P.C. (2001). Gebrek aan arbocuratieve afstemming: van verleden tot heden, deel 3. *TBV* 9, p.177-182.
- Buijs, P.C., F.M.M. van den Heuvel & R. Steenbeek (2009). Patiënten verwachten bij ziekteverzuim een prominente rol van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap*, 52 (3), p. 147-151.
- Commissie psychische arbeidsongeschiktheid (2002). *Tweede tussenrapport*. Den Haag: Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid.
- Coleman, J.S. (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Esser, R. (2003). *Verzuim en re-integratie. Casemanagement als sleutelinstrument voor een effectief beleid*. Den Haag: Reed Business Information.
- Fermin, B., P. Piek & W. van Ginkel (2008). *Ervaringen met Werken naar Vermogen – Tweede werkgeversinventarisatie 2007*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV) (2009). *Werk de WIA wel – Verslag van de FNV-meldweek*. Amsterdam: Stichting FNV Pers.
- Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV) (2010). *Fit naar de finish – FNV-aanvalsplan om vroegtijdige slijtage van werknemers te beperken*. Amsterdam: Stichting FNV Pers
- Friperson, R. & Ph. De Jong (2013). Effecten van loondoorbetaling bij ziekte: een internationale verkenning. *TPedigitaal* 7 (3), p. 35-48. Geraadpleegd via: www.tpedigitaal.nl/assets/static/1_Friperson-Jong-3-2013
- Franche, R-L., K. Cullen, J. Clarke, E. Irvin, S. Sinclair, J. Frank & The Institute for Work and Health (IWH) (2005). Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15 (4), p. 607-631.
- Gestel, van N., P.T. de Beer & M. van der Meer (2009). *Het hervormingsmoeras van de verzorgingsstaat. Veranderingen in de organisatie van de sociale zekerheid*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Gestel, van N. (2011). Van beleid naar uitvoerig: brug of kloof? In: Jehoel-Gijsbers, G.J.M. (red.). *Op weg naar een inclusieve arbeidsmarkt* (p. 31-39). Den Haag: scp.
- Geuns, R.C. van, J.P.H.K. Timmerman & C.E. Wissink (2008). *Werkgeeraanpak van re-integratie bij ziekte. Re-integratie sinds de wet VLZ in de sectoren onderwijs, kleinmetaal en organisatieadvies*. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society*. Cambridge: Polity Press.
- Goodrick, E. & T. Reay (2011). Constellations of Institutional Logics: Changes in the Professional Work of Pharmacists. *Work and Occupations*. 38 (3), p. 372-416.
- Gulden, J.W.J. van der & A.P. Nauta (red.) (2008). *Naar een betere zorg voor zieke werknemers*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Helm, I. van der, (2009). *De privacybescherming van de zieke werknemer*. Dissertatie. Deventer: Kluwer.
- Henkens, K. & H. van Solinge (2003). *Het eindspel – Werknemers, hun partners en leidinggevenden over uittreden uit het arbeidsproces*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

- Heuvel, F. van den, R. van Amstel, K. Jettinghof, J.F. Ybema & S. van den Bossche (2004). *Evaluatie van de Leidraad Aanpak verzuim om psychische redenen in de Thuiszorg en de GGZ*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Heuvel, F. van den, R. Steenbeek & P. Buijs (2006). Werknemers wensen bij verzuim een prominentere rol van bedrijfsarts én huisarts. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde (TBV)* 7, p. 299-306.
- Hoedeman, R., C.J.F. Bellink & F.J. Leenders (2004). (De-)medicaliseren en de rol van de diverse actoren. *TBV* 12 (8), p. 236-239.
- Hutjes, J. & J. van Buuren (2007). *De gevalsstudie; strategie van kwalitatief onderzoek*. Meppel: Boom.
- Inspectie Werk en Inkomen (IWI) (2006). *Wet verbetering poortwachter. Een overzicht van ontwikkelingen op het terrein van de wet verbetering poortwachter*. Den Haag: IWI.
- Jehoel-Gijsbers, G.J.M. & D.G.L van Deursen (2003). *Reïntegratie bij arbeidsongeschiktheid. Onderzoek naar werkhervatting, arbeidscapaciteit en reïntegratiehulp bij werknemers die in 2001 voor de poort van de wao stonden*. Amsterdam: Uitvoering Werknemersverzekeringen.
- Jehoel-Gijsbers, G.J.M. (red.) (2010). *Beperkt aan het werk*. Den Haag: SCP / CBS / TNO.
- Jehoel-Gijsbers, G.J.M. (red.) (2011). *Op weg naar een inclusieve arbeidsmarkt*. Den Haag: SCP.
- Jong, Ph. de, T.J. Veerman, C.L. van der Burg & C. Schrijvershof (2010). *Nederland is niet ziek meer – Van wao-debakel naar wia-mirakel*. Den Haag / Leiden: Ape / AStri.
- Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW) (2003). *Gedragscode voor gebruik van persoonsgegevens in wetenschappelijk onderzoek*. Geraadpleegd via: <https://www.knaw.nl/nl/actueel/publicaties/gedragscode-voor-gebruik-van-persoonsgegevens-in-wetenschappelijk-onderzoek>
- Knegt, R., J.J.M., Besseling, R. Hoffius, T.J. Veerman & J.F. Ybema (2004). *Scènes uit een reïntegratieproces*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Knegt, R. & Westerveld, M. (2008). *Sickness and disability: going Dutch as a cure for a 'Dutch disease'*. In Knegt, R. (red.). *The employment contract as an exclusionary device. An analysis on the basis of 25 years of developments in The Netherlands* (p. 75-100). Cambridge / Antwerpen: Intersentia Publishers.
- Knies, E. & Leisink, P.L.M. (2010). *People Management Activities In A Financial Service Firm: Research evidence for the antecedents of line managers' activities and the differentiation in intended, actual and perceived HR practices*, Paper presented at the Academy of Management Annual Meeting, Montreal.
- Knies, E. (2012). *Meer waarde voor en door medewerkers. Een longitudinale studie naar de antecedenten en effecten van peoplemanagement*. Dissertatie. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Korver, A., K. Jettinghof, P. Smulders & K. Stark (2004). *Arbeid, Transitie en Ziekteverzuim*. Tilburg / Utrecht: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (osa).
- Leisink, P. L.M. & E. Knies (2011). Line managers' support for older workers. *International Journal of Human Resource Management*, 22 (9), p. 1902-1917.
- Lieshout, P. van (red.) (2007). *Ziek en mondig op het werk. Dilemma's bij veranderende verhoudingen*. Nieuwerkerk aan den IJssel: Gelling Publishing.
- Lomwel, A. C. G. van & J.H.M. Nelissen (2003). *Ziekteverzuim, bedrijfskenmerken en verzuimbeleid*. Tilburg: osa.
- Mayntz, R. & F.W. Scharpf (red.) (1995). *Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren*. Frankfurt am Main: Campus.

- March J. & J. Olsen (1989). *Rediscovering Institutions. The organizational basis of politics*. New York: Free Press.
- Meer, H.C.B van der & J.H.B.M. Willems (2009). *Taken en verantwoordelijkheden van de bedrijfsarts in het kader van de verzuimbegeleiding en re-integratie*. Utrecht: KNMG-consult.
- Meershoek, A., K. Horstman, S. Plass & R. Vos (2001). *Wat regelen regels? De rol van wetgeving bij de bevordering van reïntegratie van zieke werknemers*. In: Abma, T., R. in 't Veld (red.). *Handboek Beleidswetenschap* (p. 236-248). Amsterdam: Boom.
- Meershoek, A., S. Plass, K. Horstman & R. Vos (2000). *Zicht op reïntegratie – Een onderzoek naar de uitvoering van de poortwachtersfunctie*. Zoetermeer: CTSV.
- Meershoek, A., A. Krumeich & L. Desain (2005). *Arbeidsongeschiktheid, reïntegratie en etniciteit*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Molenaar-Cox, P, Ph. de Jong & C. van der Burg (2010). *Werken de vLZ en wIA? De toegenomen mate van werkherwinning na 12 maanden ziekte verklaard*. *TBV* 18 (10), p. 449-455.
- Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012. Hoofddorp: TNO.
- Nauta, A. & G. van Sloten (2004). *De dialoog als vroege Poortwachter – Het voorkomen van verzuim door onbalans*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Niessen, N., L. Kok & J. Verbeek (2008). *Beter door de werkgever – De invloed van werkgeversbeleid op gezondheid en verzuim van werknemers*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) (2005). *De bedrijfsarts en de eerste lijn*. Utrecht: NVAB.
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) (2007). *De bedrijfsarts: dokter & adviseur*. Utrecht: NVAB.
- Oorschot, W. van, (2006). *The Dutch welfare state: recent trends and challenges in historical perspective*. *European Journal of Social Security* 8 (1), p. 57-76.
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2008). *Sickness, disability and work: breaking the barriers. Volume 3: Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands*. Parijs: OECD Publishing.
- Organization for Economic Co-operation and Development (2010). *Breaking the barriers: a synthesis of findings across OECD Countries*. Parijs: OECD Publishing.
- Paauwe, J. (2004). *HRM and Performance – Achieving long-term viability*. Oxford: Oxford University Press.
- Petersen, A. van, M. Vonk & J. Bouwmeester (2004). *Onbekend maakt onbemind – Attitude onderzoek naar de positie van arbeidsgehandicapten op de arbeidsmarkt*. Leiden: Research voor beleid.
- Petersen, A. van, P. Bolhuis & M. van der Aalst (2004). *Samen beter worden. Professionals over de begeleiding van zieke werknemers en arbeidsgehandicapten*. Leiden: Research voor beleid.
- Piek, P., T. van Vuuren, J.F. Ybema, C. Joling & J. Huijs (2008). *Re-integratie van zieke werknemers: feiten, verklaringen en mogelijkheden*. Den Haag / Hoofddorp: Raad voor Werk en Inkomen (RWI) / TNO.
- Post, D. & J.W. Groothoff (2002). *Sociale geneeskunde of public health. Toekomstperspectief van een uitdagend vakgebied*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Post, M. (2005). *Return to work in the first year of sickness absence: an evaluation of the Gatekeeper Improvement Act*. Dissertatie. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen (RUG).

- Prins, R. (2011). Beperkt aan het werk: lessen uit – en voor – het buitenland. In: Jehoel-Gijsbers, G.J.M. (red.). *Op weg naar een inclusieve arbeidsmarkt*. Den Haag: SCP. P. 41-51.
- Purcell, J. & Hutchinson, S. (2007). Front-line managers as agents in the HRM-performance casual chain: theory, analysis and evidence. *Human Resource Management Journal*, 17 (1), p. 3-20.
- Purcell, J. & N. Kinnie, N. (2007). HRM and performance. In: Boxall, P.F., J. Purcell. & P. Wright (red.) *The Oxford handbook of human resource management* (p. 533-551). Oxford: Oxford University Press.
- Raad voor Werk en Inkomen (rwi) (2008). Beterschap! – *Advies over de re-integratie van zieke werknemers*. Den Haag: rwi.
- Reay, T. & C.R. Hinings (2009). Managing the rivalry of competing institutional logics. *Organization Studies* 30 (06), p. 629-652.
- Reijenga, F.A., T.J. Veerman & N. van den Berg (2006). *Onderzoek evaluatie wet verbetering poortwachter*. Leiden: AStri.
- Reijenga, F.A., W. Zwinkels & T. van Vuuren (2004). *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector: een inventarisatie en analyse van oorzaken en maatregelen*. Den Haag: rwi.
- Scharpf, F. (1997). *Games real actors play. Actor-centered institutionalism in policy research*. Boulder / Cumnor Hill: Westview Press.
- Scott, R.S. (2001). *Institutions and Organizations*, Second edition. California: Sage Publications.
- Sociaal-Economische Raad (2002). *Werken aan arbeidsongeschiktheid*. Den Haag: SER.
- Sociaal-Economische Raad (2009). *Een kwestie van gezond verstand*. Den Haag: SER.
- Sorgdrager, B. (2003). De positie van de bedrijfsarts. *Medisch Contact* 21, p. 866.
- Steenbeek, R., F. van den Heuvel, P. Buijs & R. Beerthuizen (2005). *Werknemers over hun bedrijfsarts: onbekend maakt onbemind*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Steenbeek, R., F. van den Heuvel & P. Buijs (2006). Werknemers weten te weinig over hun rechten en handelingsmogelijkheden in relatie tot de bedrijfsarts. *TBV* 14 (7), p. 306-311.
- Stichting De Ombudsman (2007). *Een vergeten alternatief. Onderzoek naar de dagelijkse praktijk van re-integratie tweede spoor*. Hilversum: Stichting De Ombudsman.
- Stichting van de Arbeid (2004). Najaarsoverleg, 5 november 2004. Utrecht: Stichting van de Arbeid. Geraadpleegd via: <http://www.stvda.nl/nl/publicaties/convenanten/2000-2009/2004/20041105.aspx>
- Slotboom, S.T. & C. van Horssen (2009). *35min op weg naar werk - De arbeidsmarktpositie van 35-minners vanaf 2006*. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek.
- Stoker, J.I. & A.W. de Korte (2001). *Het onmisbare middenkader*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Suddaby, R. (2010). Challenges to institutional theory. *Journal of Management Inquiry* 19 (1), p. 14-20.
- Tappèl, J.B., S. Bunt & C. Bos (2006). *Evaluatie Wet vlz – Deelonderzoeken 'Expertmeeting' en 'Good practices'*. Leiden: Research voor Beleid.
- Thornton, P.H., W. Ocasio & M. Lounsbury (2012). *The institutional logics perspective. A new approach to culture, structure, and process*. Oxford: Oxford University Press.
- Trommel, W., A.J. Lantink & J.S. Svensson (2005). *Innovatie van arbeidsreintegratie – Waartoe leidt het tweede spoor?* Den Haag: rwi.
- Trommel, W. & R. van der Veen (red.) (1999). *De herverdeelde samenleving – Ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

- Trommel, W. & R. van der Veen (red.) (2001). *De herziening van het stelsel van sociale zekerheid; een institutionele analyse*. In: Abma, T. & R. in 't Veld (red.). *Handboek Beleidswetenschap* (p. 96-110). Amsterdam: Boom.
- Tweede Kamer (2000-2001). *Memorie van toelichting bij de Wet Verbetering Poortwachter*, Kamerstukken II, 27 678, Den Haag.
- Tweede Kamer (2003-2004). *Memorie van toelichting bij de Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte*, Kamerstukken II 2003-2004, 29 231, Den Haag.
- Uijl, S.E. den & S. Andriessen (2003). *Goed werkgeverschap inzake omgang met ziekteverzuim*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Uijl, S.E. den & L. Lindesvärd (2002). *Succesvolle reïntegratieprocessen. Een zoektocht naar factoren van succesvolle reïntegratie van gedeeltelijk arbeidsgeschikte werknemers in de arbeidsorganisatie in Nederland, Duistland en Zweden*. Delft: Eburon.
- uwv (2006). *Wijziging Beleidsregels beoordelingskader poortwachter*. Amsterdam: uwv.
- Varenkamp, I. (2010). *Empowerment of employees with a chronic disease*. Dissertatie. Amsterdam: UvA, <http://dare.uva.nl/record/342074>
- Veerman, T.J. & J.J.M. Besseling (2001). *Prikkels en Privatisering; integrerende rapportage evaluatie wetgeving rond ziekteverzuim, wao en re-integratie*. Den Haag / Amsterdam: Ministerie van szw / Reed Elsevier.
- Verbaan, D. (2003). *Effectieve verzuimbeheersing. Het is niet altijd ziek wat zich meldt*. Alphen aan de Rijn: Kluwer.
- Verveen, E. & A. van Petersen (2007). *Weerbarstige denkbeelden – De beeldvorming van leidinggevenden en werknemers over mensen met een arbeidsbeperking*. Leiden: Research voor Beleid.
- Vrijhof, B.J. (2000). *Individuele verzuimbegeleiding – Beoordeling en borging van de professionele kwaliteit*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Walgenbach, P. & R. Meijer (2008). *Neoinstitutionalistische Organisationstheorie*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Wester, F. en V. Peters (2004). *Kwalitatieve analyse – Uitgangspunten en procedures*. Bussum: Coutinho.
- Weick, K. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Willems, J.H.B.M. & R.M.S. Doppegieter (2007). De scheiding van 'behandeling en controle': aan actualisering toe? *TBV* 15 (4), p. 164-167.
- Ybema, J.F., M. Evers & S. Lagerveld (2006). *Werking Wet Verbetering Poortwachter onder werknemers. Hoofdonderzoek en herhaalonderzoek*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Yin, R.K. (2003). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Zwart, B.C.H. de, R. Prins, J.W.J. van der Gulden (2011). *Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts*. Leiden: AStri.

Bijlagen

Bijlage I Topiclijst

Toelichting

Onderstaande topiclijst heeft als basisstramien gediend voor de interviews met de drie actoren. De reacties op de uitnodiging om over de ziekteverzuimsituatie te vertellen waren leidend geweest; zo nodig zijn over thema's of aspecten die nog niet (uitgebreid genoeg) aan de orde waren geweest aanvullende vragen gesteld. Bij de vervolginterviews zijn per casus en persoon specifieke aandachtspunten toegevoegd. De wijze waarop en de volgorde waarin thema's aan de orde zijn gekomen, varieerde dus, afhankelijk van het verloop van de interviews.

In de drie interviewrondes zijn dezelfde thema's aan bod gekomen, met een aantal accenten per ronde:

- *Eerste interviewronde*
De ziekmelding, de eerste contacten tussen werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts, het oordeel van de bedrijfsarts en mogelijkheden voor de terugkeer in de werksituatie.
- *Tweede interviewronde*
De actuele situatie wat betreft herstel en werkhervatting, vervolgadvisen van de bedrijfsarts, de reïntegratie-inspanningen van werknemer en leidinggevende, de probleemanalyse en het plan van aanpak.
- *Derde interviewronde*
Het verdere verloop van de reïntegratie, de terugblik op de ziekteverzuimperiode en het reïntegratieproces, het verzuimbeleid van de organisatie.

Vooraf

Introductie:

- (1^e interview) toelichten doel onderzoek en vertrouwelijkheid onderzoeksgegevens
- (2^e en 3^e interview) refereren aan vorige interview(s)
- aard, opzet, duur van het interview
- toestemming voor opname

1^e interview

Gegevens geïnterviewde:

- functie, omvang dienstverband, duur dienstverband, leeftijd, opleidingen
- eerdere contacten met de andere betrokkenen
- (*werknemer*) naam en contactgegevens leidinggevende

Ziekmelding:

- datum ziekmelding
- gang van zaken rond de ziekmelding
- voorgeschiedenis, aard van de klachten
- diagnose, behandeling, adviezen

2^e en 3^e interview

Actuele situatie:

- reïntegratie: werkhervatting, afspraken
- medisch: herstel, behandeling, prognose
- ontwikkelingen sinds vorige interview

Contact werknemer en leidinggevende:

- initiatief, onderwerpen overleg, afspraken
- opvatting over aard/kwaliteit overleg leidinggevende en werknemer

Contacten werknemer / leidinggevende en bedrijfsarts:

- wanneer, initiatief, waarover
- (1^e interview) eerste consult(en), (2^e en 3^e interview) vervolggconsulten
- oordeel arbeids(on)geschiktheid, adviezen, vooruitzichten op (verdere) werkhervatting
- rol informatie huisarts / specialist/therapeut
- aard / kwaliteit contact werknemer / leidinggevende en bedrijfsarts

Probleemanalyse en plan van aanpak:

- aanwezigheid probleemanalyse / besproken door bedrijfsarts met werknemer
- aanwezigheid plan van aanpak / besproken door leidinggevende met werknemer
- opvatting over functie van probleemanalyse en plan van aanpak

Terugkeer in de werksituatie:

- actuele mogelijkheden voor werkhervatting
- feitelijke situatie (percentage hersteldmelding, al of niet in aangepast werk, al dan niet op basis van boventaligheid)
- afspraken, plan voor (verdere) terugkeer in de werksituatie, traject naar volledig hervatting
- verwachtingen, toekomstmogelijkheden qua werkhervatting / inzetbaarheid, verschillende opties (aanpassingen / passend werk, andere functies binnen / buiten de zorg, andere werkgever)

- oordeel over tot nu toe ondernomen stappen en proces
- (*bij blijvend arbeidsongeschikt voor eigen werk*) plannen voor, verwachtingen van herplaatsing

Opvattingen over samenspel, verantwoordelijkheden / rolverdeling:

- samenspel: contacten en afstemming tussen werknemer, leidinggevende, bedrijfsarts
- zienswijze op de rolverdeling: wie is / zijn primair verantwoordelijk, wie bepaalt wat, waar ligt de regie
- rechten en plichten werknemer
- knelpunten, bevorderende en belemmerende factoren in samenspel
- waardering feitelijke inbreng werknemer / leidinggevende / bedrijfsarts en onderlinge samenwerking
- rol en feitelijk aandeel huisarts / behandelaar / therapeut in het proces
- rol en feitelijk aandeel anderen in het proces

Verzuimbeleid:

- opvatting over de veranderde wetgeving (loondoorbetalingsplicht, verantwoordelijkheid werknemer en werkgever)
- beeld van het verzuimbeleid van de organisatie, knelpunten bij de uitvoering ervan
- (*leidinggevende en bedrijfsarts*) facilitering (o.a. spreekuurrapportage, verzuimregistratiesysteem, sociaal medisch overleg, probleemanalyse en plan van aanpak)

3^e interview

Reflectie / evaluatie proces:

- wat in dit proces beter had gekund
- meest actieve rol, bewaking voortgang, regierol
- mate van consensus, verschillen van inzicht
- kritische factor(en) voor goed verloop van begeleiding bij ziekteverzuim en reïntegratie
- wat van werknemer / leidinggevende / bedrijfsarts te verwachten
- wat van organisatie / werkgever te verwachten

Bij beëindiging ziekteverzuim

- datum herstelmelding
- terugblik op de periode van ziekte verzuim en reïntegratie, op proces/begeleiding
- vervolgsafspraken met werknemer / leidinggevende / bedrijfsarts

Afsluiting

- *bij 1^e interview: werknemer expliciet toestemming vragen voor interviewen leidinggevende en bedrijfsarts*
- *bij 1^e en 2^e interview: vervolgspraak over een paar maanden*
- *afronding gesprek*
- *bij 3^e interview: evaluatief: reactie op de interviews*

Bijlage II **Methodologische verantwoording van de classificatie van reïntegratiegedrag in de eerste weken na de ziekmelding**

Bij de HOOFDSTUKKEN 4, 5 en 6 wordt in deze en volgende bijlagen (BIJLAGE III en V) een verantwoording gegeven van de classificatie van het reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende. In de hoofdtekst van de betreffende hoofdstukken zijn deze classificaties in tabelvorm samengevat.

Het criterium bij de classificatie is het wel of niet ondernemen van acties gericht op werkhervatting:

- er is sprake van *afwachtend* reïntegratiegedrag als geen actie wordt ondernomen gericht op terugkeer in de werksituatie
- er is sprake van *actief* reïntegratiegedrag als actie wordt ondernomen gericht op terugkeer in de werksituatie

Onder *het ondernemen van acties gericht op terugkeer in de werksituatie* worden verstaan alle initiatieven om te komen tot terugkeer in eigen of passende werkzaamheden. Ook het aan de orde stellen van terugkeer in de werksituatie, het doen van voorstellen om terugkeer te realiseren en het maken van afspraken over het terugkeertraject worden als actief reïntegratiegedrag beschouwd. Een actie hoeft niet per se een initiërend karakter te hebben; ook handelen in de vorm van aansluiten bij het initiatief van een ander wordt beschouwd als actief gedrag.

In de eerste weken na de ziekmelding bestaan acties overwegend uit het doen van voorstellen om tot werkhervatting te komen, het bespreken van opties en (voor zover al mogelijk is) het starten met reïntegratie.

Van iedere casus wordt hieronder vermeld of het gedrag als *actief* of *afwachtend* is geclassificeerd. Dit overzicht is als volgt opgebouwd:

- Eerste kolom: nummer van de casus en de organisatie (A of B) waaruit de casus afkomstig is.
- Tweede kolom: classificatie van het reïntegratiegedrag, waar onderscheid is gemaakt in het gedrag kort na de ziekmelding (I) en het gedrag na het eerste consult bij de bedrijfsarts (II).
- Derde kolom: verantwoording van de classificatie aan de hand van een korte typering van het reïntegratiegedrag, voorzien van relevante fragmenten uit de interviews (daarachter de regelnummers uit de interviewtranscripties), met vetgedrukt de meest cruciale passages.
- Bij expliciete, eenduidige uitspraken is de classificatie direct tot het citaat te herleiden, soms behoeven uitspraken een toelichting en een verbinding aan de context waarin ze zijn gedaan. Bij **MOMENT II** wordt kort vermeld in hoeverre de bedrijfsarts werkhervatting medisch verantwoord acht.

CASUS	CLASSIFICATIE	VERANTWOORDING
2 (A)	I	De leidinggevende neemt kort na de ziekmelding contact op met de werknemer. Daarbij komt terugkeer in de werksituatie niet aan de orde: <ul style="list-style-type: none"> – <i>Ik heb direct in de eerste week gebeld. Niet uit achterdocht, maar omdat dat de procedure is. En ook omdat ik wilde weten wat er aan de hand was, met het idee: er is meer aan de hand. Het gaat om meer dan een knie.</i> 4 – <i>Ik ken haar nog niet zo goed. Ik moet eerst eens even tijd nemen om uit te zoeken: wie ben jij eigenlijk? Hoe kunnen we haar helpen, wat is er aan de hand, hoe functioneert ze?</i> 20-21
	BEIDEN AFWACHTEND	De werknemer wacht af wat er na de ziekmelding gebeurt: <ul style="list-style-type: none"> – <i>Ik heb me ziek gemeld bij het ziekmeldadres. Ik heb een formulier ingevuld, dat kreeg ik thuis gestuurd. De leidinggevende neemt dan contact op. Een paar dagen later belde ze. Toen ik eigenlijk zou moeten werken. Over hoe het was enzo. Ik zei dat ik naar de dokter was geweest en dat ik moest rusten. Ik zei: ik mag niet aan het werk.</i> 7 <p>Beiden ondernemen geen actie met betrekking tot werkherhating. De leidinggevende vraagt de bedrijfsarts te kijken naar mogelijke achterliggende gezondheidsproblemen.</p>
2 (A)	II	In het eerste consult (vijf weken na de ziekmelding) adviseert de bedrijfsarts: arbeidsongeschikt voor eigen werk, passend werk voor de contracturen.
	BEIDEN AFWACHTEND	De leidinggevende zegt het oordeel van de behandelend medisch specialist af te wachten voordat ze passend werk zoekt: <ul style="list-style-type: none"> – <i>Op dit moment mag <naam werknemer> heel veel dingen niet, terwijl het werk heel belastend is: veel tillen, duwen. Dat is op dit moment het probleem: ze mag van de bedrijfsarts vervangende werkzaamheden doen, maar wat dan? Eigenlijk is het niet reëel, het lijkt dan bijna plagen. Om vervangende werkzaamheden te doen, moet er wel wat zijn. (...) We hebben afgesproken dat we eerst het bezoek aan de specialist afwachten. (...) Nu aansturen op hervatting zou gekunsteld zijn, <naam werknemer> moet eerst maar naar de specialist, kijken wat die adviseert. (...) We wachten even. Ik wil er niet teveel druk op zetten.</i> 14-19 <p>De werknemer wacht op voorstellen van de leidinggevende: <ul style="list-style-type: none"> – <i>Op wat voor manier ik daar weer aan 't werk kan, dat weten ze niet. (...) Daar word ik nog over gebeld.</i> 29-31 – <i>Ze <= leidinggevende> zou kijken wat er is. En dan belt ze me.</i> 88 <p>Werknemer en leidinggevende ondernemen, ondanks het advies van de bedrijfsarts, beiden geen acties gericht op terugkeer in de werksituatie.</p> </p>
3 (A)	I	Werknemer en leidinggevende spreken kort na de ziekmelding over achtergronden van de gezondheidsproblemen van de werknemer.
	BEIDEN AFWACHTEND	De leidinggevende beperkt het contact eerst tot dit telefoongesprek: <ul style="list-style-type: none"> – <i>Ze had in het begin ook geen zin om mij iedere keer aan de telefoon te hebben, denk ik.</i> 257 <p>De werknemer reageert terughoudend na het contact met de leidinggevende: <ul style="list-style-type: none"> – <i>Ik was er ook blij om, dat ze niet belde. Want dat is toch een drempel die je toch moet overwinnen. Op een gegeven moment belde ze wel, maar dan heb je daar gewoon geen zin in.</i> 42 <p>In het telefoongesprek tussen werknemer en leidinggevende komt terugkeer naar de werksituatie niet aan de orde.</p> </p>
3 (A)	II	De bedrijfsarts acht de werknemer in het eerste consult (vijf weken na de ziekmelding) volledig arbeidsongeschikt.
	BEIDEN AFWACHTEND	De leidinggevende wacht op het volgende consult bij de bedrijfsarts: <ul style="list-style-type: none"> – <i>Ik denk dat we haar nog even tegen moeten houden om weer te gaan werken, want daar had ze het ook wel over, maar ik zei: ik denk dat je daar nog niet ver genoeg voor bent (...), anders zitten we over een maand of twee maand weer met hetzelfde.</i> 28 – <i>'Niet geschikt voor eigen werk en ook niet voor vervangend', dus toen moest ze ook een beetje aan de kant.</i> 75 – <i>Ik wacht nog even op wat <naam bedrijfsarts> ervan zegt, van hoe gaan we weer verder.</i> 107

	<p>De werknemer ziet reïntegratie als iets dat nog lang niet aan de orde is en reageert afwachtend:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En hoe het dan verder gaat, dat is gewoon weer eh...., ja, afwachten. 68 - <i>Ik krijg dit (verwijst naar situatie bij haar thuis) soms nog helemaal niet voor elkaar. Laat staan dat ik ook nog aan het werk moet.</i> 88 <p>Werknemer en leidinggevende ondernemen na het consult bij de bedrijfsarts geen acties, in afwachting van verdere adviezen.</p>
4 (A)	<p>I</p> <p>BEIDEN ACTIEF</p> <p>De werknemer zoekt direct na de ziekmelding contact met de leidinggevende om over de werksituatie en terugkeer naar het werk te praten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ik ben gelijk van de huisarts naar <naam locatie> gegaan. (...) <Naam leidinggevende> was er toen niet, maar er was een leidinggevende van de thuiszorg. Nou, ik heb met mijn collega's gepraat. <Naam leidinggevende> was die week op vakantie. En toen <naam leidinggevende> weer terug was, toen ben ik daarheen gegaan.</i> 164-166 - We hebben een goed gesprek gehad en gepraat hoe we dat zouden kunnen oplossen. En daar heb ik het ook met <naam bedrijfsarts> over gehad. 188 <p>De leidinggevende dringt er in het gesprek met de werknemer op aan dat ze afspraken gaat maken in het kader van loopbaanoriëntatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Want ze heeft zich <datum> ziek gemeld, dus <datum kort erna> zijn wij natuurlijk beginnen te praten.</i> 15 - Dus die gesprekken hebben direct doorgang gehad. (...) Ik heb toen tegen haar gezegd van: onderneem nou stappen, wat wil je nou? Nou, dat hebben we op papier neergezet. Daar is uitgekomen: naar de bedrijfsarts, de personeelsfunctionaris, wat hadden we nog maar meer? (...) Ze zou zélf nog stappen ondernemen voor een arbeidsdeskundig onderzoek, dat heeft ze zelf gedaan, advies, zo van: ben ik nog wel geschikt voor de zorg, wat kan ik van mijzelf verwachten? 33-35 <p>Werknemer en leidinggevende zijn voor het eerste consult bij de bedrijfsarts met elkaar in gesprek over de terugkeer in de werksituatie en de verdere loopbaan van de werknemer. Beiden nemen daarin initiatieven.</p>
	<p>II</p> <p>BEIDEN ACTIEF</p> <p>De bedrijfsarts acht de werknemer in het eerste consult (vijf weken na de ziekmelding) voorlopig arbeidsongeschikt voor eigen werk en passend werk en adviseert in het tweede consult (acht weken na de ziekmelding): beginnen met eigen werk of passend werk.</p> <p>De werknemer heeft met de leidinggevende afspraken gemaakt over hervatting onder aangepaste condities, over een opleidingstraject en is aan het reïntegreren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ze <bedrijfsarts> vroeg van hoe of het ging en hoe we het opgelost hadden. Dus dat heb ik verteld: 4 uren diensten, 16 uur en niet meer, en zorg en meerzorg, daar een combinatie van maken en de opleiding <naam opleiding> volgen.</i> 220 - <i>Ik ben boventalig geweest. (...) Vanaf volgende week ben ik niet meer boventalig, maar dan zit ik wel twee dagen in <aanduiding passend werk> en twee dagen in de zorg.</i> 423-425 <p>De leidinggevende bespreekt met de werknemer verschillende opties en past de roosters aan om terugkeer mogelijk te maken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ik heb nog wél gezegd dat ik er heel veel functies waren in <naam andere locatie> wat betreft woonbegeleiding, waarbij zij aangaf dat ze liever hier wilde blijven werken, in <naam locatie>.</i> 37 - Ik heb haar al uit de late diensten gehaald. Ik bedoel, ze werkt 16 uur in de week, daarvan heb ik een passend dienstrooster gemaakt. 57 - <i>Je moet natuurlijk alles veranderen hè?. Het is niet zo dat ik alleen <naam werknemer> haar dienstrooster verander, maar dan moeten ineens voor 45 mensen andere roosters komen.</i> 65 <p>Werknemer en leidinggevende zijn beiden bezig met realiseren van terugkeer in passend werk en ze verkennen oplossingen voor de langere termijn.</p>
5 (A)	<p>I</p> <p>BEIDEN AFWACHTEND</p> <p>De leidinggevende wacht op duidelijkheid over de gezondheidssituatie van de werknemer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eerst rustig aan gedaan, daarna heeft ze medicatieverandering gekregen, nou dat duurde een x aantal weken voordat dat aan ging slaan, de zomerperiode zat er natuurlijk tussen. 40

De werknemer doet wat de organisatie van haar verlangt en wacht dan op het initiatief van de leidinggevende:

- *Dan heb je je ziek gemeld. Dan, de volgende dag krijg je zo'n papier in huis, of je binnen een bepaalde tijd weer ziek bent en waar het door komt en of je denkt dat het door het werk komt. Zulke dingen moet je opschrijven en dat moet je terugsturen. En dan, op een bepaald moment neemt het hoofd wel een keer contact met je op.* 34
- *Ze belt niet gewoon iedere week ofzo. Dat hoeft eigenlijk ook niet..., denk ik..., weet ik niet? Maar ze heeft één of twee keer gebeld.* 56

Werknemer en leidinggevende ondernemen beiden voorafgaand aan het consult geen acties gericht op terugkeer in de werksituatie.

II
BEIDEN ACTIEF

De bedrijfsarts acht de werknemer in het eerste consult (vijf weken na de ziekmelding) volledig arbeidsongeschikt voor eigen werk en adviseert: naar vermogen lichte werkzaamheden verrichten. Ze acht de kans groot dat de werknemer blijvend arbeidsongeschikt voor eigen werk is en dat een herplaatsingstraject gestart zal worden.

De werknemer stelt voor twee ochtenden per week op therapeutische basis aan het werk te gaan en maakt hierover met de leidinggevende afspraken:

- *<Naam bedrijfsarts> zei ook: kijk wat je kunt, ik leg je geen uren op, van je moet zoveel uur op een dag en je moet van dan en dan aanwezig zijn, je moet gewoon zelf kijken wanneer je heen wilt. Dus ik heb nou zelf met mijn afdelingshoofd afgesproken: ik kom nou op de dinsdagmorgen en op de donderdagmorgen, want zij zat wel iets met bestellingen, dat deed ik vaak, daar zat ze mee in haar maag. Och, zegt ze: wil jij dat wel op je nemen? Ik zei: prima, dan kom ik dinsdags- en donderdagsmorgens, van 9 tot 11. En dat doe ik nou op het moment.* 38
- *Dat heb ik ook meteen tegen mijn afdelingshoofd gezegd: ik wil best therapeutisch komen, dat vind ik helemaal geen probleem.* 48

De leidinggevende sluit aan bij het voorstel van de werknemer:

- *Twee keer in de week, op de dinsdag en de donderdag. Er waren een aantal zaken op de afdeling die toch niet goed liepen ten aanzien van bestellingen.* 50
- *Ik heb haar dat voorgesteld. Ik heb haar opgebeld, want ze had al aangegeven: ik wil op at-basis graag werken. Toen heb ik gezegd: joh, ik vind dat prima, maar dat komt voor mij niet op één week aan. Laat mij even kijken hoe ik dat graag zou zien, dan doe ik jou een voorstel en als je daarin kan vinden, hartstikke mooi en is dat niet zo, dan moeten we even kijken.* 54

Werknemer en leidinggevende bespreken hoe ze invulling kunnen geven aan het advies van de bedrijfsarts, komen tot concrete afspraken en geven daar uitvoering aan.

6 (A) I
WERKNEMER ACTIEF,
LEIDINGGEVENDE
AFWACHTEND

De werknemer dringt er direct na de ziekmelding bij het verzuimbureau van de organisatie en bij de leidinggevende op aan met aanpassingen in het werk te komen om haar belasting te verminderen:

- *Toen heb ik me <datum> weer ziek gemeld, toen heb ik weer zo'n papier gekregen, daar heb ik echt toen een hele A4 toen bij ingedaan, met wat me dwars zat, ik dacht: ik stuur het er maar bij op.* 155
 - *Ik heb gebeld, maar hij <= leidinggevende> was er niet en toen heb ik gezegd: zou je even een papier neer willen leggen dat ik gebeld heb, dat ik me ziek gemeld heb en of hij even contact met mij opneemt?* 163
 - *Hij zei: ja, ik hoop dat je er snel weer bent. Ik zei: ja, we zullen wel zien. Hij zei: het lijkt me verstandig dat je even bij de bedrijfsarts langs gaat. Nou ja, dat heb ik direct.... Ik heb de telefoon neergelegd en ik heb direct een afspraak gemaakt.* 167
- De leidinggevende vraagt haar zo snel mogelijk naar de bedrijfsarts te gaan, waarna hij haar advies afwacht:
- *Toen heb ik ook gelijk tegen <naam werknemer> gezegd: nou moet je ook gelijk een afspraak maken met <naam bedrijfsarts>, want anders komen we daar niet uit, dan komt dat niet goed.* 131
 - *Dat verwacht ik ook, dat de bedrijfsarts op een gegeven moment wat analyseert en daar adviezen in geeft, denk ik?* 173

De werknemer onderneemt actie in die zin dat ze haar zienswijze over de belasting van het werk en haar wensen ten aanzien van haar rooster nog eens met nadruk naar voren brengt. De reactie van de leidinggevende beperkt zich tot het versneld naar de bedrijfsarts sturen.

II
BEIDEN AFWACHTEND

De bedrijfsarts acht de werknemer in het eerste consult (twee weken na de ziekmelding) volledig arbeidsongeschikt. Ze adviseert werknemer en leidinggevende om in gesprek te gaan over mogelijkheden voor werkaanpassingen. De werknemer is teleurgesteld in de reactie van de leidinggevende en laat het initiatief aan hem over:

- *Dus als ik contact met hem opneem, dan deze week even niet. Ik heb er even geen zin in.* 63
- *Ik moet contact opnemen, maar ik heb er deze week eigenlijk geen zin in.* 265
- *Je hebt altijd klaar gestaan (...), ik ben altijd heel flexibel geweest. (...) En dan verwacht je ook dat er eens een keer wat terug gedaan wordt.* 368

De leidinggevende wacht tot de bedrijfsarts aangeeft dat er mogelijkheden voor werkhervatting zijn:

- *Ik krijg nou straks... (...) van hoe of wat.* 181-183
- *Als dat <= lichte werkzaamheden doen> de formulering is, dan moet je..., ja, dan moet ze gewoon komen en dan loopt ze gewoon wat mee en dan gaat ze maar koffie schenken bij de bewoners, er is genóeg te doen.* 191

Beiden wachten na het consult bij de bedrijfsarts af. Ondanks het advies van de bedrijfsarts om in gesprek te gaan, hebben ze geen overleg met elkaar.

7 (A)

I
BEIDEN ACTIEF

De werknemer neemt direct contact op met de leidinggevende en doet voorstellen voor aanpassingen in de eigen functie of voor passend werk:

- *Dan zit ik te denken: wat zou ik kunnen doen, dit of dat, wat zullen de mogelijkheden zijn?* 87
- *Ik had na de ziekmelding had ik een POP-gesprek. (...) Zodoende heb ik er met hem over gepraat, hoe hij dat dan zag en hoe ik er over dacht.* 105-107

De leidinggevende bespreekt in het persoonlijk ontwikkelingsgesprek (POP-gesprek), dat al gepland was, mogelijkheden om het werk door aanpassingen te verlichten of om de werknemer in andere werkzaamheden in te zetten; hij regelt een versnelde oproep bij de bedrijfsarts:

- *Wetende van haar voorgeschiedenis heb ik dat al vrij snel richting <naam bedrijfsarts> gecommuniceerd, want vorig jaar heeft zich dat ook gespeeld, slijtage, dat soort dingen.* 3
- *(Over het POP-gesprek) Ja, dat is vrij recent, is dat geweest. En toen hebben we het ook over de situatie gehad. En met haar afgesproken: ik ga je toch versneld insturen naar de bedrijfsarts.* 9

Werknemer en leidinggevende gaan kort na de ziekmelding met elkaar in gesprek over de belastbaarheid van de werknemer en over mogelijke terugkeer in eigen of passend werk; ze wisselen ideeën en verwachtingen uit.

II
BEIDEN ACTIEF

De bedrijfsarts verklaart de werknemer in het eerste consult (vier weken na de ziekmelding) volledig arbeidsongeschikt. Ze verwacht dat de werknemer arbeidsongeschikt blijft voor haar eigen werk.

De werknemer bereidt zich voor op het gesprek over eventuele herplaatsing en overweegt mogelijkheden:

- *Het is nu even afwachten. Ik heb volgende week een gesprek met de bedrijfsarts en de arbeidsdeskundige van <naam organisatie> omdat ik waarschijnlijk niet meer mijn oude werkzaamheden kan hervatten.* 44
- *Planning, eventueel meerzorg, dat soort dingen, ik weet ook dat er iemand weg gaat op de meerzorg, hier in <naam organisatie>, dus dat is toch iets wat ik wel aan ga geven volgende week.* 320

De leidinggevende bespreekt mogelijkheden met de werknemer en vraagt de bedrijfsarts om advies over de voorlopig gekozen oplossing:

- *Ik ben ook in de mail gesprongen naar <naam bedrijfsarts>, zo van: hé, dit zijn de eerste ervaringen, prima dat we die weg ook gaan onderzoeken, maar ik wil toch jouw medische blik wel mee hebben, hè, afgezet tegen de werkzaamheden die er plaats vinden en wat haar prognose ook is.* 72

		<p>– <i>Als ik haar laat reïntegreren, dan heb ik haar vrij snel hersteld, dat is een beetje de korte termijn. Dus dat is even afwachten wat <naam verzuimcoördinator> en <naam bedrijfsarts> daarvan vinden. In het <aanduiding overleg> zullen we het wel op die wijze gaan bespreken.</i> 88</p> <p>– <i>Ik denk dat we een tussenoplossing..., daar naar toe moeten. Ik denk dat we in het kader van de zorgvuldigheid, maar ook in het kader van wat <naam werknemer> zelf vindt, dat we daar ook even de tijd voor moeten nemen. Om het goed een kans te laten geven, om het te laten slagen.</i> 122</p> <p>Werknemer en leidinggevende spreken beiden in termen van ‘even afwachten’, maar maken afspraken over het starten met passend werk. Ze oriënteren zich bovendien op oplossingen voor de langere termijn.</p>
8 (B)	I BEIDEN AFWACHTEND	<p>De werknemer wacht in eerste instantie af wat ze van de leidinggevende en de bedrijfsarts te horen krijgt:</p> <p>– <i>Ik hoef verder niks te doen, ik hoef me alleen maar ziek te melden. En als het langer dan drie weken duurt, dan wordt de bedrijfsarts ingeschakeld. Want ja, de baas die denkt ook van: ik wil wel zeker weten dat ze goed in de ziekte zit.</i> 68, 69</p> <p>De leidinggevende vindt het prematuur om over de werksituatie te spreken:</p> <p>– <i>Ik heb dan niet de neiging om te zeggen: nou, het werk is er ook nog. Ja, dat wéten ze wel. Dat hóef ik niet te zeggen hoor, dat weten ze zelf wel, daar komen ze ook wel mee.</i> 111</p> <p>Werknemer en leidinggevende spreken niet met elkaar over de werksituatie en ondernemen beide geen acties gericht op werkhervatting.</p>
	II BEIDEN AFWACHTEND	<p>De bedrijfsarts adviseert in het eerste consult (zes weken na de ziekmelding): passende werkzaamheden voor contracturen. Ze verwacht dat de werknemer volledig terug kan keren in eigen functie.</p> <p>De werknemer wacht op initiatieven van de leidinggevende:</p> <p>– <i>Ik kom nou één keer in de week op mijn werk en dan doe ik <aanduiding specifieke taak>. Voor mijn werk. En meer kan ik ook niet doen.</i> 4</p> <p>– <i>(Over de spreekuurrapportage van de bedrijfsarts) Daar zet ze dan in wat ik wel en wat ik niet mag, zet ze daarin en deze brief krijgt mijn baas dus ook, en ja, daarna moet hij dus werk voor mij zoeken. Maar ja, dat is heel moeilijk, want wij hebben alleen maar lopend, tillend, trekkend werk.</i> 78</p> <p>– <i>Je kunt gewoon geen ander werk daarvoor vinden.</i> 90</p> <p>– <i>Ik heb er nog niet echt over nagedacht over wat we gaan doen of wat de bedoeling is? Want ik heb zelf het idee van ik wil wel weer heel graag aan het werk, maar ja, je moet het wel kunnen, dat is het probleem.</i> 316</p> <p>De leidinggevende wacht op verder gezondheidsherstel van de werknemer en wil zekerheid van de behandelaar of hervatten het herstel niet verstoort:</p> <p>– <i>Als ze nou zegt van: ik wil weer wat doen, dan krijgt ze eerder te horen van: en wat zegt je fysiotherapeut? Staat die... vindt die dat wel goed?</i> 113</p> <p>– <i>Te snel willen, dan eh... en het gaat dan mis, dan loop je achter de feiten aan, daar zit het hem een beetje in. Als iemand te snel wil, en hij knapt dan af, dan duurt het des te langer.</i> 137</p> <p>De werknemer voert wel één keer per week een specifieke taak uit, maar werk nemer en leidinggevende plaatsen dit niet in het perspectief van reïntegratie. Ze ondernemen geen acties gericht op verdere werkhervatting, ondanks het advies van de bedrijfsarts dat passend werk voor contracturen mogelijk is.</p>
9 (B)	I WERKNEMER ACTIEF, LEIDINGGEVENDE AFWACHTEND	<p>De werknemer overlegt direct na de ziekmelding met collega's over enkele taken die ze blijft doen en biedt aan om bij te springen en lichte werkzaamheden te doen in het team:</p> <p>– <i>Ik ben vorige week al een dag erheen geweest en deze week een dag. Dat had ik op zich niet hoeven doen. Maar ik had wel zoiets van: dan kan ik even wat kleine dingetjes doen.</i> 26</p> <p>– <i>Mijn arm, dat is wat vervelend is, maar ik voel mij niet ziek. Dus ik heb zoiets van, tussen de bedrijven door, als ik wat doen kan, dan ga ik even heen. Zoals morgen ook, dan ga ik ook even naar het werk, dan heeft een collega, die heeft een bespreking morgenvroeg, nou, dan kan ik mooi even op de groep zitten. (...)</i></p>

Dan ben ik er gewoon. Koffie drinken, kleine dingetjes doen. Niet veel tillen, want dat soort dingen mag ik allemaal niet. 153-155

De leidinggevende vraagt eerst informatie bij de verzuimfunctionaris op over begeleiding bij ziekteverzuim en ze heeft contact met de werknemer:

- *Dat was dus ook de aanleiding dat ik contact heb gezocht met <naam verzuimfunctionaris>. (...) Met het idee van hê, hoe ga je die gesprekken in want ik vind het best wel moeilijk. En ik heb <naam werknemer> ook benaderd. (...) Toen zei <naam werknemer> tegen mij van: nou ja, ik kan wel eens wat doen. En: jullie zeggen het maar, dan kom ik wel eens langs. Dus het was redelijk vrijblijvend. 39-41*

De werknemer onderneemt voorafgaand aan het consult actie, de leidinggevende neemt in eerste instantie alleen kennis van haar initiatief.

II
BEIDEN ACTIEF

De bedrijfsarts adviseert na het eerste consult (vijf weken na de ziekmelding): passend werk voor contracturen mogelijk. Ze verwacht dat werknemer en leidinggevende tot overeenstemming kunnen komen over het traject van terugkeer naar eigen werk.

De leidinggevende geeft na het advies van de bedrijfsarts en in overleg met haar eigen leidinggevende opdracht aan de werknemer passend werk te doen voor het volledige aantal uren:

- *Toen heb ik contact met haar gezocht en toen hebben we daar over gesproken. En uiteindelijk is ze gewoon haar uren gaan werken op therapeutische basis. 41*
- *De invulling van die acht uur, ze had ze zoiets van: wat moet ik dan de hele dag? (...) Door ook dingen aan te geven had ik het idee, had ze ook zoiets van: ik kan ook nog nuttig zijn. 215*

De werknemer doet wat de leidinggevende van haar verwacht:

- *Op dat moment, toen had ik even zoiets van: sorry, ik ben niet vrijwillig thuis. Ik bedoel, ik doe dit niet voor mijn lol. (...) Ik heb geen idee hoe <naam leidinggevende> dat ziet. (...) Ik bedoel, je kunt niet aan het werk als je ziek bent, zo simpel is het. (...) Ik ben vorige week al heen geweest en deze week een dag; dat had ik op zich niet hoeven doen. 22-26*

Werknemer en leidinggevende zijn in tweede instantie beiden actief.

10 (B)

I
BEIDEN AFWACHTEND

De leidinggevende regelt een versnelde oproep bij de bedrijfsarts, maar spreekt zelf niet rechtstreeks met de werknemer over mogelijkheden voor werkherhaving:

- *Op het moment dat ze uitviel heb ik contact gezocht met met <naam medewerker verzuimbureau>, dat is de secretaresse van <naam bedrijfsarts> en gezegd van: laten we proberen dit zo snel mogelijk op te pakken, in de zin van <naam werknemer> goed betrokken houden bij ons, anders loopt ze misschien kans om langdurig te verzuimen. Het is toch een hardnekkig probleem wat ze daar had. 7*

De werknemer reageert afwachtend, totdat de bedrijfsarts passend werk adviseert:

- *Ik denk: ik wacht wel af. Nou ja, toen zei ze <= bedrijfsarts>: allerlei lichte werkzaamheden. 199*

De actie van de leidinggevende voorafgaand aan het consult bestaat uit het bespoedigen van het consult bij de bedrijfsarts en is niet zozeer gericht op werkherhaving. Werknemer en leidinggevende wachten haar advies af.

II
BEIDEN ACTIEF

De bedrijfsarts adviseert in de het eerste consult (twee weken na de ziekmelding): passend werk kan voor eigen contracturen. Ze vraagt werknemer en leidinggevende te overleggen over de invulling ervan en sluit de verzuimbegeleiding af. De leidinggevende sluit zich aan bij advies van bedrijfsarts en geeft de werknemer opdracht volgens haar eigen uren aan het werk te gaan:

- *<Naam bedrijfsarts> heeft gezegd: natuurlijk heb je daar hinder van, je kunt je eigen werk niet doen, maar je kunt hier wel zijn. (...) Sinds die dag is <naam werknemer> eigenlijk boventallig hier op de afdeling. 7*
- *Het advies van <naam bedrijfsarts> was toen: aangepast werk in eigen uren en dus aangepast werk en ik heb toen ook wel aan <naam werknemer> gemerkt dat ze dat niet zo prettig vond, omdat dat haar overviel. 45*

		<p>– <i>Dus dat is wel heel duidelijk, een aantal dingen die ze gewoon niet mag of niet kan en als daaraan wordt voldaan kan ze haar eigen uren werken. Dus dat hebben we zo gedaan.</i> 54</p> <p>De werknemer gaat weer volgens weer haar reguliere werktijden aan het werk:</p> <p>– <i>Ik kwam dus ook bij <naam bedrijfsarts> weg en die zei ik kon bepaalde werkzaamheden doen, ook een beetje voor de gezelligheid in de huiskamer.</i> 9</p> <p>– <i>Dus ik was eerst wel heel verbaasd: moet ik dan al om zeven uur hier zijn?. En toen zei ik dat zo tegen <naam leidinggevende>, mijn hoofd, nou: zeven uur. Toen had ik zoiets van: wat moet ik hier doen?</i> 13</p> <p>Beiden zijn na het consult bij de bedrijfsarts actief, maar ze hebben niet, zoals door de bedrijfsarts is geadviseerd, overleg met elkaar over het ziekteverzuim of verdere traject.</p>
11 (B)	I BEIDEN AFWACHTEND	<p>De werknemer spreekt nog niet met de leidinggevende over reïntegratie:</p> <p>– <i>Dat zal er nog van komen denk ik. Maar ze had nu eerst zoiets van: nou zie dit eerst maar even aan. (...) En ja, in die zin: jij geeft het tempo maar een beetje aan. Nou ja, en wel dat ik naar de bedrijfsarts moest natuurlijk, dat had ze wel gelijk gezegd.</i> 203</p> <p>De leidinggevende wacht op verbetering van de gezondheidssituatie:</p> <p>– <i>Als het werkgerelateerd is of iemand is al behoorlijk aan het terugkomen (...) dan is mijn rol veel nadrukkelijker en dat is toch het verschil.</i> 75</p> <p>– <i>Als het niet zo puur medisch is en misschien ook dat iemand toch nog wel iets meer energie heeft, dan heb ik meestal wekelijks of tweewekelijks met iemand even contact.</i> 107</p>
	II BEIDEN AFWACHTEND	<p>Werknemer en leidinggevende wachten op het eerste advies van de bedrijfsarts.</p> <p>De bedrijfsarts acht de werknemer in het eerste consult (negen weken na de ziekmelding) volledig arbeidsongeschikt voor eigen werk en ander werk. Ze verwacht dat de werknemer op den duur terug zal keren in eigen werk.</p> <p>De werknemer wil zich nog niet bezig houden met terugkeer naar werk:</p> <p>– <i>Misschien moet ik gelijk al weer therapeutisch aan het werk, of...? Daar moet ik nog even niet aan denken.</i> 54</p> <p>– <i>En ik moet dan één of twee keer per week daar heen, dan denk ik óóh, dan moet ik op dit moment nog even niet aan denken.</i> 58</p> <p>– <i>Dat laat ik ook in die zin wel allemaal op me af komen.</i> 236</p> <p>– <i>Dat ik gewoon in die zin wel probeer feeling te houden. Maar ja, niet teveel gepush op dit moment.</i> 266</p> <p>De leidinggevende informeert bij de werknemer naar de voortgang van de medische behandeling en stelt haar voor een keer naar het werk te komen:</p> <p>– <i>Ze houdt mij op de hoogte van hoe het met haar is. En ik hoor de vorderingen op medisch gebied. (...) Dus ik verwacht <naam werknemer> ook voorlopig nog niet terug. (...) Ik heb wel de laatste keer voor het eerst voorgesteld of ze een kopje koffie kwam drinken. (...) Het enige is denk ik wat van belang is, dat we contact met haar houden, dat <naam werknemer> niet meer dan natuurlijk los is van haar werk.</i> 51, 53</p> <p>– <i>Op het moment dat ze zegt: ik voel me weer iets beter, ik kan weer wat meer aan, kijk dan kan ik met haar gaan kijken van: kom dan bijvoorbeeld eens elke week.</i> 71</p> <p>Beiden wachten toename van arbeidsmogelijkheden af; ze maken wel afspraken over het onderhouden van contact.</p>
12 (B)	I BEIDEN ACTIEF	<p>De werknemer bespreekt meteen na de ziekmelding met de leidinggevende en de bedrijfsarts mogelijkheden voor werkherleving:</p> <p>– <i>Ik denk: weet je wat, ik bel haar even. Ze had al wel van <naam vorige leidinggevende> gehoord van..., dat ik dan thuis was en hoe het traject, wat wij al een beetje afgesproken hadden, hoe dat zou lopen. En ik zou ook al even eerder naar <naam bedrijfsarts>, want met <naam bedrijfsarts>, daar kan ik altijd wel goed mee praten. (...) Die heeft misschien wat andere ideeën, een wat andere invalshoek van benaderen, met het oog op het werk, hè?</i> 13</p> <p>De werknemer oriënteert zich bovendien kort na de ziekmelding op een vacature voor een minder belastende functie:</p>

– Ik heb het toch maar niet gedaan. Ik denk: ik kan er wel op solliciteren, maar ik heb <naam> gebeld en ik heb gezegd wat ik ervan vond en ik zei: wat denk je: kan ik wel daarop solliciteren? En hij zei: nou ja, solliciteren kan je altijd, maar ik wil er wel bij zeggen.... Hij zegt: wij zoeken een ervaren iemand. Ik zeg: dan weet ik genoeg. 159

De leidinggevende reageert positief op de initiatieven van de werknemer en maakt afspraken met haar over hervatting na haar vakantie:

– En toen had ze al aangegeven: ja maar, ik wil wel weer werken voor de zomer. Dat was het enige wat ik wist. En toen ik hier net werkte, toen nam ze meteen contact met mij op. (...) Van tevoren hebben we ook gezegd: je gaat niet werken, want dat kan niet, maar als je wil komen, dan kom je en dan ga je op vakantie. (...) Dan gaan we na de vakantie zitten en dan gaan we kijken hoe moet dat uit zien, hoe moet dat er precies uitzien? 3, 5

Beiden zijn voorafgaand aan het consult actief bezig met het verkennen van mogelijkheden voor de terugkeer naar werk.

II

BEIDEN ACTIEF

De bedrijfsarts adviseert in het eerste consult (drie weken na de ziekmelding) de resultaten van behandelingen af te wachten en na de vakantie met passend werk beginnen.

De werknemer doet voorstellen voor de realisering van werkhervatting:

– Dus ik wil nou eigenlijk proberen dinsdag of ik wat later kan beginnen, want er is nou ook een dienst vrij gekomen van half 9, of 9 uur, tot half 6, en dan hoeft je 's morgens niet mee te helpen met wassen. En ik ben dan het meest in de huiskamer, verricht wat hand- en spandiensten voor de verzorgenden, nou, dan denk ik: als ik dat twee dagen doe en één halve dag, dan ben ik ook een dag meer thuis? (...) Als we dat zo een beetje met elkaar overleggen kunnen, dan denk ik dan is dat misschien wat, (...) dat is minder zwaar voor mij én ik ben een dag meer thuis. 253-257

Leidinggevende bespreekt de werkhervattingsopties en de werkhouding met de werknemer:

– Er is altijd wat te doen, altijd, dus. En als je dat vol wilt houden, dan moet je toch een andere benadering zoeken. Maar ik zei: daar helpen we mekaar wel mee, dat wordt gewoon een soort van zoektocht als je hier bent. 26

– Het doseren en het begrenzen, dat zal ik wél coachen. 42

Beiden zijn na het consult bij de bedrijfsarts actief; ze zetten een route uit en zoeken naar optimale condities voor werkhervatting.

Bijlage III **Methodologische verantwoording van de classificatie van reïntegratiedrag vier maanden na de ziekmelding**

In aansluiting bij BIJLAGE II wordt hieronder een verantwoording gegeven van de classificatie van het reïntegratiedrag van werknemer en leidinggevende vier maanden na de ziekmelding.

Het criterium bij de classificatie is opnieuw (zie BIJLAGE II) het wel of niet ondernemen van acties gericht op werkhervatting, waarbij zich de volgende differentiatie in typen reïntegratiedrag aftekent:

- *voortuitlopend*: acties reiken verder dan de actuele arbeidsmogelijkheden die de bedrijfsarts adviseert;
- *volgend*: acties sluiten aan bij en zijn een uitvoering van wat de bedrijfsarts adviseert;

- *achterblijvend*: acties bestaan uit de uitvoering van adviezen van de bedrijfsarts in afgezwakte of vertraagde vorm;
- *afwachtend*: er wordt geen actie ondernomen gericht op terugkeer in de werksituatie.

Vier maanden na de ziekmelding bestaan acties uit (afspraken maken over) het realiseren van terugkeer in eigen of in passend werk, het uitbreiden van het aantal uren of de belasting van het werk en het bepalen van de opbouw van het (verdere) terugkeertraject. Opnieuw geldt dat een actie niet per se een initiërend karakter hoeft te hebben; ook handelen in de vorm van aansluiten bij het initiatief van een ander wordt beschouwd als actief reïntegratiegedrag.

Het overzicht van de classificatie per casus is weer als volgt opgebouwd:

- Eerste kolom: nummer van de casus en de organisatie (A of B) waaruit de casus afkomstig is.
- Tweede kolom: classificatie van het reïntegratiegedrag. In enkele casussen is het ziekteverzuim beëindigd en is een opmerking toegevoegd over of al dan niet een vervolg wordt gegeven aan de reïntegratieactiviteit.
- Derde kolom: het actuele advies van de bedrijfsarts en de verantwoording van de classificatie aan de hand van een korte typering van het reïntegratiegedrag, voorzien van relevante fragmenten uit de interviews (daarachter de regelnummers uit de interviewtranscripties), met vetgedrukt de meest cruciale passages.

CASUS	SCORE	VERANTWOORDING
2 (A)	BEIDEN AFWACHTEND	<p>De bedrijfsarts adviseerde al kort na de ziekmelding reïntegratie in passend werk en daarna in eigen werk.</p> <p>De leidinggevende heeft de werknemer enkele dagdelen laten meedraaien in eigen werk en passend werk laten proberen en wacht nu een volgende advies van de bedrijfsarts af:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Op basis van het advies van <naam bedrijfsarts>, van niet tillen, niet bukken, al die fysieke beperkingen, kan ze ook die werkzaamheden niet doen. (...) Vervangende werkzaamheden? Ja, het enige wat ik kan bedenken is koffie schenken in het weekend, eigenlijk.</i> 6 – <i>Inzet in haar huidige werk kan gezien haar fysieke omstandigheden nu niet, dat is helder. Dus dan denk ik, dan moet je kijken op <datum>, als die intensieve therapie geen effect heeft, dat is dan aan <naam bedrijfsarts>, wat adviseer je dan?</i> 10 – <i>Volgende week is er weer een contact met <naam bedrijfsarts>, met <naam werknemer> ook, en het is denk ik goed dat ik dit aspect ook nog met <naam werknemer> nog een keer bespreek.</i> 27 – <i>Ik zie haar =< werknemer> geen actie ondernemen. Als ik contact met haar opneem, dan doet ze wat ik vraag.</i> 89 – <i>Dus mijn voornemen is dat ik dinsdag ga overleggen met <naam bedrijfsarts>. (...) Ik wil even met <naam bedrijfsarts> klankborden van wat is wijsheid, wat gaan we nu doen?</i> 121,125 <p>De werknemer wacht wat er verder gaat gebeuren:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Ze gingen passend werk voor me zoeken. Dat duurt lang. Dan hebben ze wat, en dan niet.</i> 6 – <i>Ze konden niks vinden.</i> 12 – <i>Zouden ze woensdag of donderdag bellen, vorige week. Nou, hebben ze niet gedaan. (...) Ik wil het wel, maar het kan niet.</i> 77, 79

- Ze <= leidinggevende> moet het uitzoeken hè, voor licht werk. 163
- Ik wacht op werk. (...) Net wat ik zeg, dat is er niet. 185
- Eerst maar wachten op de fysiotherapie. 293

De leidinggevende heeft de werknemer in de tussenliggende maanden kortstondig passend werk laten doen. Die acties zijn stil komen te liggen.

3 (A)

BEIDEN VOLGENDE

Het advies van de bedrijfsarts is: (mogelijk blijvend) arbeidsongeschikt voor eigen werk, wel passend werk mogelijk.

De werknemer doet passend werk en probeert uit hoe het is om haar eigen werk te doen:

- *Ja, <datum> ga ik met een collega mee. Maar dat is vooral puur uit nieuwsgierigheid of ik het werk nog wel leuk vind. Of ik dat nog wel verder wil doen. (...) Naar aanleiding van het gesprek met weer de bedrijfsarts. (...) Daarvoor loop ik ook gewoon die avonddienst mee, of ik echt weg wil, want op een gegeven moment weet je helemaal niet meer wat je wil. (...) Kijk, en dan kom ik in een reïntegratietraject terecht. 4-8*
- *Nu ik gewoon voor die tien uur weer aan het werk ben, ben ik gewoon weer tevreden. En de dingen die ik kan doen, die doe ik graag en met alle liefde, maar wat dan niet gaat, gaat niet. 258*
- *Ik ga er van uit dat het gewoon helemaal goed komt. (...) Ik heb ook niet het idee dat ze me achter de broek aan zitten. (...) Ik heb ook zelf moeten zeggen van: nou, doe mij maar weer tien uur aan het werk. 297, 299*

De leidinggevende sluit zich aan bij de initiatieven waarmee de werknemer komt. Ze verwijst de werknemer voor verder overleg over reïntegratiemogelijkheden naar de bedrijfsarts:

- *Vorige week kwam zij er eigenlijk aan van: ik ga mijn werk, ga ik eigenlijk missen. (...) Kwam ze afgelopen maandag bij mij en zei ze: ik wil eigenlijk weer meelopen en ik wil weer aan het werk. Ik zeg: nou, laten we dan eerst even overleggen met <naam bedrijfsarts>. Ik zei: je belt zelf maar even naar <naam bedrijfsarts> en overleg wat zij daar van vindt. (...) Ik heb ook zoiets van: het meelopen vind ik nog wel oké, maar wel met goedkeuring van <naam bedrijfsarts>. 9*
- *Dan is het gesprek met <naam bedrijfsarts> weer. En dan zal <naam verzuimcoördinator> daar misschien bij zitten, dat weet ik niet. (...) Volgende week donderdag heb ik een gesprek met <naam verzuimcoördinator> en dus dan wordt er altijd even doorgesproken wat zijn de vorderingen en wat zijn de afspraken. Dus dan zal zij ook zeker besproken worden en de vorderingen en de plannen die zij met <naam bedrijfsarts> heeft gemaakt en met mij heeft gemaakt. 28-32*
- *Ik heb het idee dat ze er voor januari wel weer is. En ik heb ook met haar afgesproken van: mocht je er zijn, dan moet je gewoon de basis doen en niks extra's er bij nemen. Ik heb ook tegen <naam werknemer> gezegd van: daar scherm ik je ook wel voor af. (...) Ze heeft zoiets van: misschien ga ik wel in mijn contract terug met 5 uur, maar dat wil ik gewoon, als ik weer aan het werk ben, wil ik dat gewoon ervaren en wordt mij dat teveel, dat ik gewoon voor 5 uur ontslag neem. 132, 134*

De werknemer bespreekt met de bedrijfsarts mogelijkheden en risico's van verschillende terugkeertrajecten en ze bepalen met elkaar vervolgstappen; de leidinggevende sluit zich hierbij aan.

4 (A)

BEIDEN ACTIEF, OOK NA
BEËINDIGING ZIEKTE-
VERZUIM

Conform het advies van de bedrijfsarts is de werknemer in de 11e week na de ziekmelding volledig hersteld gemeld. Ze werkt nog in aangepaste diensten. De werknemer houdt contact met de leidinggevende over het verdere traject en over de opleiding en de perspectieven die daaraan verbonden zijn:

- *Ik geef zelf wel aan wanneer ik weer meer kan. Het allerliefst ga ik helemaal geen late diensten meer doen. Want dan krijg ik gewoon mijn rust. 120*
- *Er is toegezegd dat ik de opleiding mag volgen. (...) Ik wil dat graag eigenlijk wel weten, want dat is een uitdaging om weer beter te worden. (...) Om weer een uitdaging te hebben. En uiteindelijk om fysiek minder belastbaar werk te krijgen. Minder werkdruk, dat voor mij persoonlijk wat lager wordt. En de fysieke belasting. (...) We zijn naar haar <= leidinggevende> toe geweest van: wat wil jij met ons? 174-186*

De leidinggevende houdt terugkeergesprekken met de werknemer. Daarin dringt ze er op aan zich aan haar rooster te houden en ze waarschuwt voor te hoge verwachtingen:

- *Vanaf dat ze terug is (...) heb ik dus nog twee keer gesprekken met haar gehad. (...) Ik heb toen in het begin direct aangegeven: als je 3 maanden weer op de werkvloer bent, dan gaan we in ieder geval het evalueren van nou, hoe voel je je nu en wat heb je hier van geleerd?* 75
- *Dat is een noodoplossing, dat is een noodgreep geweest. (...) Doordat ik ziekte heb op de <andere afdeling met passend werk> kán ik dat zo voor haar oplossen, tijdelijk. (...) Dan schuif ik.* 146-150
- *Een goed rooster te maken, om dáár ook naar te kijken, naar haar lichamelijk welbevinden, laat ik het zo zeggen, van niet langer dan drie dagen werken, drie halve dagen, twee dagen rust, twee dagen, die blokjes heb ik gemaakt voor haar.* 176
- *Ik heb tegen haar gezegd: dit is een heel mooi werkbaar rooster, om goed te kunnen herstellen, om laagdrempelig te zijn in je werksfeer en naar je collega's toe en naar je werk toe, dan moet je het ook bij jezelf laten. (...) Dan moet je ook even het woordje 'nee' kunnen zeggen. (...) Dat vereist veel. Maar het vereist ook wat van mij. Van haar ook.* 198, 200
- *Ik vind ik moet wel heel erg eerlijk zijn, want ze wil ook wel graag in de zorg blijven en ze wil een cursus <aanduiding van de functie waarvoor deze bedoeld is> en ze wil wel graag allerlei dingen. Maar ik heb geen vacature op de <aanduiding van het type zorg waarop de opleiding gericht is>: ik wil wel proberen jou daar te plaatsen, (...) maar ik heb daar géén vacature. (...) En ik schrijf dat ook keurig op.* 104

Werknemer en leidinggevende gaan ervan uit dat de terugkeer in de eigen functie een tijdelijke oplossing is en werken toe naar een definitieve oplossing.

5 (A)

BEIDEN VOLGEND

Het vervolgadvis van de bedrijfsarts (20^e week na de ziekmelding) is dat de werknemer blijvend arbeidsongeschikt is voor eigen werk, maar passend werk kan doen. De werknemer gaat één keer per week naar het werk om er lichte werkzaamheden doen. Ze geeft aan passend werk uit te willen proberen, maar dit resulteert niet in verdere reïntegratiestappen.

- *Ik had verwacht dat zij <= bedrijfsarts> al sneller weer contact op zou nemen. (...) En dan denk ik ook van ja, het duurt allemaal zo lang. En dat is misschien ook wel heel begrijpelijk, maar dat weet ik niet? Ik word gewoon ongeduldig daardoor, ongeduldig. Ik wil gewoon vérder.* 15-17
- *Dát is gewoon heel erg afwachten. (...) Ik had allang een gesprek verwacht, dan denk ik ook van: dit kost toch handen vol geld zo? Hè, ik doe er dan niks, ik ben gewoon bij huis.* 22-25
- *Ik hoop dat ze wat te bieden in elk geval. Met <naam leidinggevende> heb ik het daar wel over gehad, zo van: wat is er dan misschien nog? (...) Ik weet niet, ik weet het gewoon niet, ik weet niet wat ...? Misschien wel iets administratiefs ofzo, misschien moet ik wel een opleiding gaan volgen ofzo. Maar ja, is dat er?* 34-36
- *Als ik dan op de afdeling kom, zit ze <= leidinggevende> wel op kantoor en dan vraagt ze wel hoe het met me is. Maar ja, zij weet verder ook nog niks, het is voor haar ook nog afwachten.* 52, 56
- *Dat doe ik een keer in de week. Van <naam bedrijfsarts> hoefde ik helemaal niet aan het werk. Ze zegt: wil je heen dan ga je heen, wil je niet dan ga je niet. En toen vroeg <naam leidinggevende> of ik dat op mij wou nemen. Ik zei: ja, dat vind ik geen probleem.* 201

De leidinggevende heeft met de werknemer afspraken gemaakt over de passende werkzaamheden. Ze verwacht een actievere rol te gaan krijgen en overweegt de reïntegratiemogelijkheden:

- *De afspraak is je komt twee keer, je <aanduiding taken die werknemer doet>, lukt dat niet, dan bel je gewoon even en dan regelen we iemand anders hè, dan blijf je thuis.* 27

- *Ik ga verder met zoals ik het nu doe, alleen ik zal <naam werknemer> wat meer gaan begeleiden om te kijken van hoe kunnen we reïntegreren, dus ik zal wat meer contact hebben met de verzuimcoördinator, kijken van welke mogelijkheden zijn er en dan gaan we kijken naar passende mogelijkheden voor haar. Dus in die zin, daar zal ik wat meer aanwezig zijn, op de voorgrond. En op het moment dat er dan iets in zo'n reïntegratie niet goed gaat, dan komt ze terug bij mij.* 67
- *Eén van de functies zou misschien kunnen zijn <aanduiding functie>, maar daar hebben we geen functie voor, dus dat wordt dan een probleem. Een mogelijkheid zou kunnen zijn dat ze zich laat omscholen. (...) Op het moment dat zij een diploma heeft en dat intern is er geen functie, dan kan ze extern wel solliciteren, dat is een mogelijkheid. <Aanduiding andere functie> dat is ook een mogelijkheid, daar zit ik zelf ook al wel een beetje aan te denken.* 139

Beiden geven uitvoering aan het advies dat de werknemer passend werk kan doen en wachten verdere ontwikkelingen af.

6 (A)	BEIDEN VOLGEND, GEEN VERVOLG NA HERSTELDMELDING	<p>De bedrijfsarts heeft al eerder (zesde week na de ziekmelding) gedeeltelijke hervatting geadviseerd en werknemer en leidinggevende gevraagd een plan te maken om volledige terugkeer te realiseren.</p> <p>De werknemer begint de 11^e week na de ziekmelding, na een week op therapeutische basis te hebben gewerkt, weer volledig in eigen werk. Ze heeft eenmalig contact met leidinggevende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ik ben <datum> weer begonnen, met mijn eigen tijden. (...) Direct weer twee weekenden achter elkaar, er wordt nergens geen rekening mee gehouden.</i> 3-7 - <i>Hij <= leidinggevende> heeft me gewoon elke keer ingepland voor 2 x 4 uur en ik moest dan in januari, dat ik dan weer volop mijn eigen uren doe. Voor de rest heb ik helemaal niet met hem gepraat, ik heb nog niet weer met hem gesproken sindsdien.</i> 34 - <i>We moeten maar zien. Ik laat het eerst even op zijn beloop zo en ik zie het wel. En nou ja, mocht het weer de hele verkeerde kant op gaan, dan eh...? En ik denk (...) dat ik die stap nou wel eerder zet, dat ik dan naar hem toe zal gaan van: moet je eens luisteren, dit gaat gewoon zo niet.</i> 287 - <i>Ik ben wel een beetje aan het rondkijken, mocht er wat anders op mijn pad komen, dan solliciteer ik daar op. (...) Wel weer in de zorg. Ik zou wel weer graag in de zorg willen, maar ja, dan voor, ja..., voor twee dagen in de week ofzo. (...) Maar dat moeten we eens kijken.</i> 124-126, 169 <p>De leidinggevende brengt enkele aanpassingen aan in het rooster. Na de hersteldmelding heeft hij geen contact met de werknemer over de hervatting:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Die dag is ze toen weer begonnen. Maar dat had ik toen ook wel met haar afgesproken hoor, we hadden haar rooster aangepast. (...) Niet spectaculaire bemoeienissen, hoor...? (...) Het was niet zo dat je echt de hele tijd moest opletten van: lukt het allemaal wel? Het was meer een opbouwtraject totdat ze er weer helemaal weer is.</i> 8-10 - <i>Ik ben nog wat aan het schuiven geweest met diensten, dat ze nog wat meer vollere diensten krijgt, dus dat ze wat minder korte diensten heeft. (...) Op een gegeven moment, dan kan ik wat schuiven en dan ..., ja, en dat is voor een groot deel, is dat gelukt.</i> 29-36 - <i>Ik heb nog niet met haar teruggeblikt, maar ik zal straks vragen bij de planning van het POP-gesprek, dat zijn altijd ook van die dingen, dat dat altijd wel even aan de orde komt. (...) Dan denk je: gelukkig ze is er weer, en dan hebben we andere dingen waarmee je weer gaat. (...) We hebben daarin niet met elkaar op afgestemd. (...) Dan scheiden onze wegen weer, zeg maar.</i> 11-14, 27-36 <p>De acties van werknemer en leidinggevende bestaan uit het weer aan het werk gaan, op advies van bedrijfsarts, en stoppen met de hersteldmelding.</p>
7 (A)	BEIDEN VOORUITLOPEND	<p>De bedrijfsarts verwacht dat de werknemer arbeidsongeschikt voor eigen werk blijft, maar gaat akkoord hervatting met aangepaste diensten.</p> <p>De werknemer stelt voor te hervatten in eigen werk, in een aangepast rooster. Ze begint daarmee en maakt meteen afspraken over het uitbreiden van het aantal uren. Tegelijkertijd begint ze met een opleiding om haar kansen op ander werk te vergroten:</p>

– **Ik heb het voorgesteld aan hem van: mag ik dat eens proberen.** Kijken of dat wil. Dus dat hebben we nou gedaan vanaf januari. (...) **Ik heb dat overlegd met <naam leidinggevende>, die vond het geen probleem als ik met bedrijfsarts overleg.** En die had ook zo iets van: nou ja, probeer het gewoon en we zien wel. 23, 33

– **Hij mailt me. Hij neemt het initiatief. Van de week nog een mailtje gehad, met een voorstel van 12 uur herstel. Een periode van niet meer dan drie nachten achter elkaar.** 80

– **Ik start straks wel een opleiding voor mezelf, <aanduiding opleiding>.** 229

– **Als ik straks 12 uur wel hersteld ben, zoals <naam leidinggevende> dat wil, dan werk ik driekwart weer. (...) En dan in blokjes van drie, daar had ie het over.** 294

De leidinggevende overlegt met de werknemer en de bedrijfsarts over het tempo en de opbouw van het terugkeerproces en past de planning van diensten voor de werknemer aan:

– **Toen kwam ze met het voorstel om toch de nachtsituatie weer in te gaan. En, nou goed: we gaan het proberen, kijken hoe het gaat.** (...) Ik denk dat als we een paar weken verder zijn, dat dan weer 12 uur herstel, dat dat wel haalbaar is. 25, 32

– **Uiteindelijk kwam ze daar zelf mee, van: ik wil het toch eens in die nacht proberen. Ja, moet je doen, moet je doen.** Dat zou op zich ook een logische vervolgstap, zou dat geweest zijn hoor, schijnbaar vallen alle puzzelstukjes op het juiste moment, vallen ze in elkaar. 117

– **Ik streef er toch ook altijd naar om in een redelijk vroeg stadium met elkaar om de tafel te gaan. Niet alleen ik met de medewerker hier, maar toch ook wat expertise erbij halen.** (...) Ook wel met <naam bedrijfsarts>. (...) Het zijn gemiste kansen als je dat niet doet. 125

De werknemer en leidinggevende geven vorm aan de terugkeer, proberen de belasting na aanpassing van het rooster uit en maken afspraken over de geleidelijke uitbreiding van het aantal uren.

8 (A)

BEIDEN ACHTERBLIJVEND

De bedrijfsarts adviseert eerst passend werk gedurende de contracturen, daarna geleidelijk volledige hervatting in eigen werk.

De leidinggevende spreekt met de werknemer de tijden af waarop ze op basis van boventaligheid voor 50% aan het werk gaat:

– **Het is net sinds vorige week dat ze weer iets op arbeidstherapeutische basis doet, nou, daar moeten we het volgende week maar over hebben: wat is nou praktisch gezien verstandig, er van uitgaande dat <naam werknemer> die rem er zelf niet op zet. Dus doen wij dat.** 121

– **Op basis van arbeidstherapeutische basis doen we nu, van ja, laat maar eens zien. Laten we maar eens even horen. Dat ze dan 's middags op bed komt, omdat ze moe is. Nou, oké.? Moet even gebeuren. Laten we maar eens 14 dagen verder wezen, dan maar eens even weer zien.** 143

– **Dat zullen we nog even stellen: als ze dan half beter is, dan is dat prachtig. Daar moeten we het eerst mee doen.** (...) In september, als ze er dan weer is, dan zal het mij verbazen. Ik hoop het wel, maar...? Daar zit ik aan te denken, zo'n termijn. 245-249

De werknemer werkt mee aan de invulling die de leidinggevende aan het advies van de bedrijfsarts geeft:

– **De eerste prognose was dat ik niet mocht tillen, niet mocht bukken, niet mocht sjouwen, dat soort dingen stond erin. Ja, en nou is het op therapeutische basis gewoon: vier uurtjes werken en zien wat er gebeurt. Dat moet ik maandag dus met haar overleggen: hoe bevalt dit, kunnen we er meer bij opdoen of moeten we er wat afhalen, uurtjes...? Ja, kijken hoe dát gaat.** 41-42

– **Ik hoop zelf dat ik in juni weer volledig werken kan, maar ik weet het eigenlijk niet. Ik hoop het wel, maar ik denk dat ze ook wel willen dat ik het rustig aan ga doen en dat ik na de vakantie weer helemaal op de been ben? (...) Dat ze daarna dan zeggen: volledig proberen...? Ik weet het niet? Geen idee. Dus dat zien we wel?** 253-255

- *Het is op het moment zelf en dan kijken..., ik denk dat <naam leidinggevende> dat ook het liefste heeft, dan op het moment kijken hoe het gaat. Hij heeft zelf ook zoiets van: je moet niet te hard van stapel gaan lopen, want dan zit je straks wéér in de problemen. Als je te snel gaat, dus die kans is gewoon heel groot. Ja, dat wil je gewoon niet.*

Werknemer en leidinggevende blijven met hun acties achter bij het aantal uren dat de bedrijfsarts mogelijk acht.

9 (B)

BEIDEN ACHTERBLIJVEND

De bedrijfsarts adviseert, na het eerdere advies van passend werk volgens de contracturen, dat werknemer en leidinggevende in overleg toewerken naar volledige terugkeer in haar eigen werk.

De (nieuwe) leidinggevende herziet de afspraken die de waarnemend leidinggevende met de werknemer over passend werk heeft gemaakt en volgt hoe ze gedeeltelijk haar eigen diensten hervat:

- *Ik maak gewoon afspraken met <naam werknemer> van op welke manier zij haar werk invult. <Naam werknemer> liep ook tegen een aantal dingen aan, doordat ze therapeutisch aanwezig moest zijn, ze draait ook slaapdiensten, dan kwam ze overdag dat ze vaker moest komen dan ze normaal zou zijn, met haar werkuren. Daar hebben we nou afspraken over gemaakt. Ze draait wel haar eigen slaapdiensten waarvoor ze op de lijst staat en daarnaast, in plaats van dat ze normaal gesproken avonddiensten draait, kan ze nou overdag komen en dan toch probeert ze zo veel mogelijk haar volgens eigen rooster te werken, wat ze voorheen deed. Dat zijn de laatste afspraken die ik met <naam werknemer> heb gemaakt. 11*
- *Ik ga straks, heb ik met haar afgesproken eind deze week en dan meld ik haar voor twee uur beter. (...) En dan later, straks in de loop van de periode wil ik kijken en overleggen met haar hoe het gaat en dan nog eens een keer twee uur erbij doen. Dat ze dan weer lichte werkzaamheden weer oppakt en dan steeds meer op de groep en zo steeds meer opbouwen. 97*
- *Ik zei: maar dan moeten we eens kijken naar je uren, hoe je die verdeeld hebt. Ik zeg: dan moeten we eens kijken of dat niet anders kan. Ik zeg: want dat is natuurlijk ook niet de bedoeling. En: dat is ook niet bevorderlijk voor jezelf, het geeft je geen prettig gevoel. Dan is sowieso het hele proces niet goed. 163*
- *Toen kwam ik er dus achter dat er totaal geen structuur in het hele verhaal zat, hoe ze hier aanwezig was en hoe dat geregeld was, dus zodoende. Ik denk: ik moet met haar in gesprek, wat ga ik met haar afspreken, wat ga ik doen waar zij zich dan wel prettig bij voelt? Ik heb zelf het gevoel en wat ik ook van haar begrijp, dat het nou wel loopt. 216*

De werknemer werkt mee aan de voorstellen van de (nieuwe) leidinggevende om tot een betere invulling te komen van het eerdere advies van passend werk voor de volledige contracturen.

- *Dat is nogal een beetje afwachten. Nou ja, ondertussen draai ik mijn diensten hier, en ik ben gewoon over. We moeten onze mappen aanpassen, dus daar ben ik dan mee bezig. Hand en spandiensten, beneden in de huiskamer. (...) Ik ga nou ook de nachten, (...) die draai ik straks dan ook weer en dat is puur alleen het slapen, daar meld ik mij straks weer voor beter. Dat ik dan met een invalkracht kan slapen, dan ben ik niet alleen, dan ben ik samen en als er dan wat is kan ik die andere persoon roepen als er dingen zijn die ik zelf niet kan. 28, 30*
- *<Naam leidinggevende> die kwam het voorstellen en toen zei ik ook van: ja, ik vind het goed. 210*
- *Dat was dan <naam leidinggevende> haar eerste optie, voorstel zelf; dat was dan een voorstel, vijf halve dagen in de week. (...) Nou ja, het was gewoon een voorstel van haar, ze had ook niet de bedoeld dat ik dat dan daadwerkelijk moest draaien. (...) Toen zei ze van ja, maar je moet wel je uren maken, dus dan moet je dat maar op je eigen manier wat inplannen. 310, 323-325*
- *Ik zie het wel. (...) Ik kan wel allemaal plannen gaan maken, maar als de plannen niet zo lopen als ik wil, ik bedoel... De vakantie hebben ze ingepland met invalkrachten, dat moest klaar, de lijst moest klaar, tot zo ver ben ik nog steeds over en na die tijd zien we wel weer. 342-344*

10 (B) BEIDEN VOLGEND,
GEEN VERVOLG NA
HERSTELDMELDING

Werknemer en leidinggevende zijn vooral bezig met de indeling van de uren waarin de werknemer passend werk doet. De uitbreiding van de hervatting in eigen werk blijft achter bij mogelijkheden die de bedrijfsarts aangeeft.

De bedrijfsarts heeft de begeleiding na de herstelmelding in de 10^e week na de ziekmelding afgesloten en heeft werknemer en leidinggevende geadviseerd met elkaar in gesprek te gaan over het herhaalde verzuim en de toekomstige inzetbaarheid.

De leidinggevende neemt de door de bedrijfsarts voorgestelde wijze van hervatting over. Hij spreekt het voornemen uit met de werknemer het gesprek aan te gaan over de verdere toekomst:

- *De bedrijfsarts heeft toen heel duidelijk een stappenplan neergelegd van: als je nou deze opbouw kiest dan, dan verwachten we dat het weer goed komt. Die opbouw hebben we toen gekozen. (...) Eerst vier uur boventallig en vier uur gewoon aan het werk, dat wil zeggen dat ze dan van 7 tot 11 iemand naast zich had, voor de zwaarste klusjes. (...) Dat heeft ze zo twee week gedaan, als ik me het zo goed herinner en daarna is zij volledig hersteld gemeld. 6, 8*
- *Daar zijn we dan over in gesprek en richting op de toekomst. (...) Niet heel concreet nog, maar ze loopt af en toe binnen. (...) Dus dan moet ik daar wat in investeren. Ja, dat is dan nog niet heel concreet gebeurd, behalve dat we daar dan over praten met elkaar. Dat is soms ook genoeg natuurlijk, maar ik heb het idee dat het ik er een beetje tijd moet aan moet besteden. 10*
- *Vorige week had ze de griep. Nou ja, goed, dat kan gebeuren, er waren meer mensen die even een griepje hadden, één of twee dagen overgeven. (...) Als ze terugkomt, dan zeg je: gelukkig dat je er weer bent, alles weer goed? 'Ja ja, ik ben er wel weer, maar het is wel heel vervelend, ik kies er ook niet voor.' Daar kan ik niks mee, moet ik ook niks mee, maar... 16*

De werknemer heeft zich na de hervatting opnieuw twee keer ziek gemeld. Wat de toekomst betreft hoopt ze in stilte op een mogelijkheid tot urenvermindering:

- *Ik ben wel weer sinds een week of drie, werk ik weer helemaal volledig. (...) Ik moet me nog zeker in acht nemen, ja zeker. Dus maar ja, nog een keer een blaasontsteking, nog een keer een buikgriep (...) Het blijft een beetje aanklungelen. 4, 8, 10*
- *Dat heeft <naam bedrijfsarts> dus bepaald, die zegt dus van: nou jij kunt voor 50% wel weer aan het werk. Ik zeg: nou ik kan wel voor 50% weer aan het werk, maar dan wil ik gewoon de ochtenden dus nog overgepland zijn. Dus dat gaat wel in samspraak. 28*
- *Toen ben ik dus weer volledig begonnen. Maar het was wel zo, toen ik nog die 50%, toen hadden we dus soms niet genoeg aflos. En dan mag je 's morgens wél weer volledig mee. Nou en dat is mij best wel een beetje opgebroken op die manier. 41*
- *Ik heb nog wel, had ik nog wel stille hoop van ik denk van als <naam (hoofd) locatie> straks klaar is, wij hebben natuurlijk best wel heel veel oudere werknemers hier. Misschien is er straks wel een regeling hier. 364*

Werknemer en leidinggevende volgen voor het terugkeertraject het stappenplan van de bedrijfsarts. Ze hebben na de herstelmelding geen overleg over het vervolgtraject, ook niet na de nieuwe ziekmeldingen.

11 (B) BEIDEN AFWACHTEND

De bedrijfsarts heeft passend werk gedurende een 1 à 2 uur per week geadviseerd en vraagt werknemer en leidinggevende het aantal uren in overleg met elkaar geleidelijk verder uit te breiden.

De leidinggevende spreekt met de werknemer over hoe ze contact houden:

- *Ik zei: ik wil je graag niet alleen via de mail, maar ook graag zien binnen het proces. En ja als je hier dan even koffie drinkt op de afdeling en de bewoners weer even ziet, dan houd je dat gevoel gewoon met ons. (...) We moeten niet te veel uit elkaar drijven. Maar ik wil haar ook niet..., want haar lichamelijke toestand is niet zodanig dat ze hier al echt wat kan komen doen, dus meer dan dit hoeft ook niet. We hebben nu weer na onze vakanties een afspraak gemaakt. 11-13*
- *Ik ben dus iets actiever geworden, in die zin. (...) En ze is ook uitgenodigd steeds*

voor..., we zouden barbecue hebben en ook lesjes bijvoorbeeld een klinische les
ofzo. **Dat leg ik haar niet op**, moet ze kijken hoe haar dag is. 25

- **Het is nu nou even ingewikkeld. Ze moet inderdaad nog even een drempel over.** Maar ik denk dat ze dan weer blij dat ze dan geweest is. En dat ze het weer gehad heeft en **dat we dan weer een maand verder weer een nieuwe afspraak hebben.** 171

De werknemer gaat op voorstel van de leidinggevende naar het werk om koffie te drinken:

- **Dat ik dan even op het werk ga koffiedrinken.** Dat ik toch op die manier een beetje in blijf. (...) Dat ik nu donderdag dan weer kom om koffie te drinken en even weer met <naam leidinggevende> van: nou hoe is het nu met je? (...) **Na mijn vakantie, dan zien we weer verder.** 17
- Gewoon toch om wat er in te blijven en toch collega's en bewoners wat blijven zien en haar ook, dat je gewoon toch een beetje feeling blijft houden. Ze <= leidinggevende> zegt: verder zit er helemaal nog geen druk achter. (...) Dat probeer ik in elk geval die keren te doen, dat ik óf bij de bedrijfsarts ben geweest, óf nou ja zoals dan bij haar ben. Want dan zit er toch steeds een aantal weken tussen, niet verschrikkelijk lang. **Dus nou ja, dat we het eerst even zo houden.** En dan ja, **na mijn vakantie dan**, en hopelijk voel ik me dan wat beter. **Dat we dan wat meer stappen kunnen ondernemen, dat is een beetje...** 19
- Er worden niet nu al pats, boem, terwijl je je helemaal nog niet goed voelt, toch al afspraken gemaakt, zo van: nou lukt het dan niet, dan meld je je maar weer af, maar je probeert het wel. Nee. **Daar is helemaal niet over gesproken nog.** 35

Werknemer en leidinggevende stellen het overleg over het starten met enkele uren hervatting op tot na de vakantie van de werknemer. Daarmee blijven ze achter ten opzichte van de door de bedrijfsarts geadviseerde route.

12 (B) BEIDEN VOORUITLOPEND

De bedrijfsarts adviseert de werknemer en leidinggevende in onderling overleg het aantal uren vanaf 50% geleidelijk uit te breiden.

De leidinggevende maakt in samenspraak met de werknemer een plan voor urenuitbreiding en het percentage waarvoor de werknemer hersteld gemeld wordt. Ze coacht de werknemer in haar werkhouding en laat een werkplek-onderzoek doen:

- <Naam werknemer> had een dienstverband van 24 uur, dus die werkte 3 x 8 uur, **maar we hebben daar 3 x 4 uur van gemaakt. En we hebben het plán om daar 5 x 4 uur van te maken.** (...) Wat ze nu doet is dat ze een halve dienst werkt en dan in de huiskamers. En dan niet aan het bed, die werkzaamheden doet ze niet. **En haar opdracht van mij is dan om heel erg te begrenzen.** (...) Ik geef haar daar feedback op en nou, dan lacht ze ook. En het vervolg is dan dat ik vraag: en wat doe je daar aan? (...) **Dus zó werk ik een beetje met haar.** 3, 6
- **Ik probeer zelf met de medewerker te bekijken wat we kunnen doen.** (...) En ik probeer dan uit te denken hoe ik haar kan laten werken. (...) Ze heeft ook steeds wel meegedacht. (...) Ze heeft het geloof ik twee keer even geprobeerd en toen hebben we gezegd: nou, kom op. We gaan het gewoon doen en we zien wel waar het schip strandt als het niet wil. Dat heeft ook met het begrenzen te maken, hè, want anders blijf je proberen. **Dus beter gemeld, goed, klaar.** 26, 38, 40
- **Ik heb wel aangegeven ook, van: goh, je moet misschien ook eens nadenken over je contract?** Je werkt 24 uur, moet je zoveel blijven werken? Maar ik zei: ik vind wel dat je dat moet doen van uit een herstelde situatie, dat moet je niet nu doen. (...) Die vraag heb ik haar ook gesteld, ze zegt: dat is wel een goed idee, want ik weet niet of ik dat zo nog wel wil. 54
- **Ik probeer ook wel een béétje structuur erin te houden, dat we in ieder geval werkende weg wekelijks, zéker, maar ehm..., zo even tien minuutjes, maar zéker één keer in de maand (...)** hier even zitten, even een half uurtje, van: hoe gaat het nu en hoe moeten we het nu verder...? En ik hou ook zelf in de peiling, ik wéét ook bijvoorbeeld, nou, ze is gescand geweest en die uitslagen komen, dus dat vertelt ze mij. 82, 84

De werknemer wint adviezen in over haar werkhouding, oriënteert zich op een andere functie (maar besluit niet te solliciteren) en overweegt minder te gaan werken:

- ***Ik heb nou een afspraak bij de ergotherapeut. (...) Die komt met me meekijken en er is ook een collega die heeft tiltechnieken enzo gedaan, en die is er dan ook bij. (...) Als ik dan zover ben dat ik weer helemaal kan werken, en dan zal ik ook wel weer een dienst draaien aan bed, dan weet ik wat ik moet doen, waar ik op moet letten en dan werkt zij met mij samen op. (...) Dat heb ik met <naam leidinggevende> afgesproken. 180-186***
- ***Ik heb wel tegen <naam leidinggevende> gezegd, van als ik weer helemaal klaar ben, dan zou ik het toch wel leuk vinden om tussendoor eens een keer een andere dienst te draaien. (...) Want ik zie de mensen nu alleen 's morgens en 's middags. Ik zei: ik wil ook wel eens een keer op een avond werken, en toen kwam dat ook een keer zo uit, op een avond. 200, 212***
- ***Ze vroegen per direct iemand. Nou, en omdat ik ook nog maar net thuis was, met mijn rug, daar wat ik ook nog veel te veel mee bezig, en ik denk: ah, en dan per direct erheen... Nou, dat overzag ik niet. (...) Ik zei in het weekend nog tegen <naam partner>, ik zeg: het kan maar zo zijn dat ik nog eens een dag..., gewoon eens even meedraai, gewoon even zien wat of dat is, gewoon in mijn eigen tijd. (...) Om altijd tot mijn 65e aan het bed enzo te staan, nee, dat zie ik niet zitten. Ik ga natuurlijk niet straks zoveel werken dat is straks, als ik 65 ben achter de geraniums moet zitten en ik kan niks meer. 260, 262***
- ***Je wordt wel ouder, je spieren en alles, alles wordt minder. En dat je je dan te vaak moet ziek melden. Omdat je niet kunt. En nou ja, dat zint je niet, dat wil je niet. Voor jezelf niet en voor je collega's niet. (...) Ik loop daar wel over na te denken en misschien dat het toch beter voor mezelf is...? 270, 276***

Werknemer en leidinggevende doen beiden voorstellen voor het vervolgtraject, laten zich adviseren en richten zich op de verdere toekomst.

Bijlage IV Al of niet aanwezig zijn van plan van aanpak

In TABEL 5.7 in HOOFDSTUK 5 (zie SUBPARAGRAAF 5.3.3) wordt het verband weergegeven tussen het reïntegratiegedrag in de casussen en het al dan niet aanwezig zijn van een plan van aanpak. Hieronder volgt een verantwoording van deze rubricering.

Het overzicht is als volgt opgebouwd:

- Eerste kolom: nummer van de casus en de organisatie (A of B) waaruit de casus afkomstig is.
- Tweede kolom: er is wel (+) of niet (-) een plan van aanpak is opgesteld.
- Derde kolom: korte toelichting met relevante citaten waaruit blijkt of er al dan niet een plan van aanpak is, voorzien van het regelnummer uit de interviewtranscripties.

CASUS	JA / NEE	VERANTWOORDING
2 (A)	-	De werknemer antwoordt kort met 'nee' op de vraag of er een plan van aanpak is opgesteld. De leidinggevende zegt: <i>Dat verzoek heb ik inderdaad nog open staan. Ja. Het was mijn plan om daar van de week verder mee aan de slag te gaan, maar ik heb wel het ding liggen. In feite is het niet zo heel erg ingewikkeld, want <naam bedrijfsarts> maakt altijd een voorzet, hè, en dan komen de afspraken erin. (...) Dat bespreek ik ook weer met <naam werknemer>. 36</i>

3 (A)	+	<p>Volgens de werknemer is geen plan van aanpak gemaakt, maar wél een probleemanalyse:</p> <p><i>Ja, wél een probleemanalyse. (...) Twee heeft ze <= bedrijfsarts> er nou gemaakt. (...) De eerste was dat ik helemaal, nou ja in principe arbeidsongeschikt was op dat moment, de tweede (...) omdat ik weer de draad opgepakt heb. Maar dat ik nog wel steeds arbeidsongeschikt ben voor mijn huidige baan. (...) Daar heb ik geen idee van, hoe dat verder gaat. 61-72</i></p> <p>De leidinggevende legt uit hoe ze het plan van aanpak maakt door de probleemanalyse aan te vullen met de gemaakte afspraken:</p> <p><i>Ja. Iedere keer als ze via <naam bedrijfsarts>, komt er een herzien plan van aanpak weer binnen, en die bespreek ik met <naam werknemer> en die typ ik dan uit en die gaat dan naar de <aanduiding kantoor organisatie>. (...) Ja, ik typ dat eigenlijk gewoon over en gewoon even een eigen verhaaltje van wat ik met <naam werknemer> heb besproken. 124-126</i></p>
4 (A)	-	De werknemer is hersteld gemeld. Er is geen plan van aanpak gemaakt.
5 (A)	-	<p>De werknemer zegt dat er geen plan van aanpak is gemaakt:</p> <p><i>Nee, een plan van aanpak is nog niet gemaakt. 217</i></p> <p>De leidinggevende geeft hetzelfde antwoord en licht dit toe:</p> <p><i>Nee, nou nee want wij hebben daarmee gewacht om te weten van wat is nou de prognose. Kijk, want in dit specifieke geval kan je natuurlijk ..., een plan van aanpak kan je maken maar op het moment dat het ziektebeeld formeel wordt vastgesteld, dan heb je natuurlijk een hele andere prognose. En dat kan en dat wordt dan ook gemeld hè, waarom dat plan van aanpak uitgesteld is. En dan ga je verder met je reïntegratie. 23</i></p>
6 (A)	-	<p>De werknemer is hersteld gemeld. Er is geen plan van aanpak gemaakt.</p> <p>De werknemer laat zien dat ze wel een probleemanalyse heeft ontvangen:</p> <p><i>Dat weet ik eigenlijk niet? Even kijken (zoekt in de kast)... (...) Dit is spreekuur-rapportage, is dit. Ik moet ook nog een probleemanalyse..., moet ik ook nog hebben. (...) En dit is de probleemanalyse. 300-304</i></p>
7 (A)	+	<p>Er is een plan van aanpak gemaakt, aldus de werknemer:</p> <p><i>Ik heb er nog geen kopie nog van gekregen dus ..., maar die is wel gemaakt. Want ik heb het ook gezien bij <naam bedrijfsarts> 288</i></p>
8 (B)	+	<p>De werknemer vermoedt dat er een plan van aanpak is gemaakt, maar weet het niet zeker:</p> <p><i>Ja, vast wel? Dat weet ik zo niet. Die papieren, die heb ik allemaal thuis liggen. 60</i></p> <p>De leidinggevende bevestigt dat er een plan van aanpak is gemaakt:</p> <p><i>Is ook gemaakt! Was ook gemaakt. (...) <Naam bedrijfsarts> maakt een soort probleemanalyse of plan van aanpak in haar sessie en ik maak nog een verhaaltje van wat het in de praktijk doet, maar dat komt eigenlijk op hetzelfde neer. 15-17</i></p>
9 (B)	-	<p>De leidinggevende legt uit waarom er nog geen plan van aanpak is:</p> <p><i>Ik val er nou halverwege in en ik had hem <= probleemanalyse> dus niet. Dus ik zal hem dan zelf opvragen bij <naam reïntegratiecoördinator>, zodat ik hem hier ook krijg. (...) Dat <= plan van aanpak> zit er bij in, dat is één pakketje. Een pakketje van zes papieren. (...) Een compleet pakket is het zeg maar. (...) Dat plan van aanpak niet dus, want daar moet ik nog even een kopie van hebben. Ik heb gewoon met <naam werknemer> zelf iedere keer besproken hoe het met haar gaat, is er wel of niet verbetering, waar ze mee bezig is, ze heeft pas ook onderzoeken gehad, ze gaat naar het ziekenhuis, ze gaat naar de fysiotherapie, zulk soort dingen allemaal. 114-123</i></p>
10 (B)	-	<p>Er is geen plan van aanpak gemaakt. De werknemer schetst dat de bedrijfsarts vindt dat er, in verband met een eerdere verzuimperiode, een plan van aanpak moet komen:</p> <p><i>Het was wel de eerste keer met <naam bedrijfsarts> of de tweede keer? Ik weet het niet meer precies. Toen wou ze dus direct al een plan van aanpak. (...) Dus toen ben ik ook naar <naam leidinggevende> gestapt, ik zeg tegen <naam leidinggevende>, ik zeg: nou <naam bedrijfsarts> wil nu al een plan van aanpak omdat ik al zo lang ziek ben. Hij zei: je bent ja nooit ziek? Dus ik begreep het ook niet helemaal meer, dus heeft hij er schijnbaar achteraan gebeld. En want ik heb dus nooit een plan van aanpak gezien. 200-209</i></p>

11 (B)	+	<p>De werknemer bevestigt dat er een plan van aanpak is gemaakt, maar ze kan zich er niet veel bij voorstellen:</p> <p><i>Inderdaad: plan van aanpak. En dit en dat en dan denk ik van: dat is voor mij niet concreet. Maar weet ik ook niet hoe concreet ze dingen kunnen maken, want elk ziektebeeld is anders en ieder staat daar anders in. (...) In wezen krijg je gewoon de uitnodiging en dan nou ja, dan wordt er inderdaad wel gezegd van: 'nou dan gaan we een plan van aanpak', of weet ik veel hoe ze dat dan noemen. Dan denk ik van: 'ja, plan van aanpak', dat klinkt ook heel wel heel stoer allemaal, of niet dan? Wat moet ik me daar nu bij voorstellen? Ja, en als ik dan plan van aanpak naar bewoners toe, plan van aanpak, ja, dan is dat gelijk helemaal uitgewerkt van, daar willen we naar toe. 194, 200</i></p> <p>De leidinggevende zegt dat er een plan van aanpak is gemaakt en legt uit wat ze daarvan de functie vindt:</p> <p><i>In dit geval is het eigenlijk een papieren neerslag, want ja dit is geen grijs verzuim ofzo, bij <naam werknemer>. Het is puur fysiek, zelf kan ze er eigenlijk geen echte invloed op uitoefenen en ik sowieso niet. (...) Het is niet zo dat ik door een plan van aanpak kan zeggen dat het gestructureerder loopt, wat zou kunnen. Of dat je een stok achter de deur hebt. Hè, dat je dat met iemand afspreekt en dat je dan kan zeggen van: goh, dat hadden we toch afgesproken, waarom kan dat dan nu niet? (...) Dat is eigenlijk al een tijdje terug, dat heb ik haar opgestuurd. Dat zijn de dingen, gewoon die wij hebben, als we gesprekken hebben en dat we haar volgen in het ziekteproces en afhankelijk van haar ziekte en herstel, dat we dan de reïntegratie oppakken. (...) Ik denk op het moment dat het verandert, dan moet het weer aangepast worden het plan van aanpak en dan zal het weer wat concreter worden. (...) Probleemanalyse en plan van aanpak zitten erin en even heel kort schrijf ik altijd op dat wel elkaar gezien hebben en wanneer we elkaar weer zien. En wat we..., hoe het met haar gaat. En in het kort of het beter gaat, of niet. En als ze zegt dat 'ze gaat beginnen met dingen', dan zet ik dat er ook in. 29, 78, 110</i></p>
12 (B)	+	<p>De werknemer bevestigt dat er een plan van aanpak is gemaakt:</p> <p><i>Ja, met <naam leidinggevende> al gedaan. (...) Dat is natte vingerwerk. (...) Tussen neus en lippen door. En nou 'hoe gaat het?' en dat ziet ze dan ook wel. 81-83, 96</i></p> <p>Ook de leidinggevende bevestigt dit, waarbij ze haar visie erop geeft:</p> <p><i>Dat doe ik voor het uvw hè? Kijk, <naam werknemer> is wel gemotiveerd, en dan ga ik niet een groot dossier bijhouden. (...) Die <= bedrijfsarts> doet dan de analyse en dan moet ik het plan van aanpak schrijven. En dan krijg ik keurig een mailtje van p&o dat ik dat moet doen, bij die en die medewerker, dan denk ik 'oké!'. En dan doe ik dat. (...) Gewoon dat..., hoe ze werkt, met als doel uitbreiding en nou, dát, wat het uvw wil horen. (...) Ik vind het ballast, tenminste zo ervaar ik dat wel. Ik moet het drie keer uitprinten: voor mijzelf, voor de medewerker, voor p&o, en ze moeten het ondertekenen, ik moet het onder... Meestal máák ik het met de medewerker, dan is die hier, gaan we even zitten, vullen we het in: 'nou, schrijven we het zo op?', 'ja', 'is de afspraak zó?', 'ja', 'nou, klaar'. En dan stellen we het bij als het verandert, maar het is allemaal administratie, ik vind het gedoe, ik hou er niet van. (...) Ik snap wel dat het er moet zijn en ik dóe dat ook wel, en het heeft zijn functie ook wél, want je hebt wel een soort van structuur nodig om je verzuim te begeleiden en ja, goed, je zit toch even met je medewerker, je stelt het toch even officieel vast. (...) Als een medewerker gemotiveerd is, dan heb ik niet zoveel nodig. 89, 90-108</i></p>

Bijlage V Methodologische verantwoording van de classificatie van reïntegratiegedrag negen maanden na de ziekmelding

In het verlengde van de eerdere BIJLAGEN II en III wordt hieronder een verantwoording gegeven van de classificatie van het reïntegratiegedrag van werknemer en leidinggevende negen maanden na de ziekmelding.

Het criterium bij de classificatie is opnieuw (zie BIJLAGE II en III) het wel of niet ondernemen van acties gericht op werkhervatting, waarbij de volgende differentiatie in typen reïntegratiegedrag zich doorzet:

- *voortuitlopend*
acties reiken verder dan de actuele arbeidsmogelijkheden die de bedrijfsarts adviseert;
- *volgend*
acties sluiten aan bij en zijn een uitvoering van wat de bedrijfsarts adviseert;
- *achterblijvend*
acties bestaan uit de uitvoering van adviezen van de bedrijfsarts in afgezwakte of vertraagde vorm;
- *afwachtend*
er wordt geen actie ondernomen gericht op terugkeer in de werksituatie.

Negen maanden na de ziekmelding bestaan acties uit (afspraken maken over) het realiseren van terugkeer in eigen of in passend werk, het uitbreiden van het aantal uren of de belasting van het werk en het bepalen van de opbouw van het (verdere) terugkeertraject. Opnieuw geldt dat een actie niet per se een initiërend karakter hoeft te hebben; ook handelen in de vorm van aansluiten bij het initiatief van een ander wordt beschouwd als actief reïntegratiegedrag.

Het overzicht van de classificatie per casus kent weer dezelfde opbouw:

- Eerste kolom: nummer van de casus en de organisatie (A of B) waaruit de casus afkomstig is.
- Tweede kolom: classificatie van het reïntegratiegedrag. In de casussen waarin het ziekteverzuim beëindigd is, is vermeld of werknemer en leidinggevende na de herstelmelding al dan niet een vervolg geven aan de reïntegratieactiviteit.
- Derde kolom: het actuele advies van de bedrijfsarts en de verantwoording van de classificatie aan de hand van een korte typering van het reïntegratiegedrag, voorzien van relevante fragmenten uit de interviews (daarachter de regelnummers uit de interviewtranscripties), met vetgedrukt de meest cruciale passages.

CASUS	SCORE	VERANTWOORDING
2 (A)	BEIDEN AFWACHTEND	<p>De bedrijfsarts is van mening dat, nadat de gecompliceerdheid van de gezondheidssituatie duidelijk is geworden, een advies van de behandelend specialist moet worden afgewacht.</p> <p>De leidinggevende wacht tot er meer duidelijkheid is over de arbeidsmogelijkheden van de werknemer, maar betwijfelt of terugkeer mogelijk is:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het is dus even afwachten. (...) Van: wat mag je vragen, welke eisen mag je stellen als organisatie? Wat je van haar mag vragen ten aanzien van werkzaamheden; wat is veilig? (...) Daar kunnen wij eigenlijk geen uitspraak over doen. Daar zal toch die <medisch specialist> wat over moeten zeggen. 10, 17, 29 – Ik denk niet dat het reëel is. (...) Communicatief heeft ze dusdanige problemen dat je dat ook niet van haar kunt verlangen. Ik zou het niet weten. Ik zou het écht niet weten. 31 – Daarnaast is het wachten op, ja, wat komt er nu verder uit het traject, hè, van wat mag je verwachten, wat kunnen we van haar vragen? En dan gaan we kijken van hoe kunnen we dat dan doen? En misschien is dat wel niet nodig, als die vervroegde WIA wél ingezet kan worden. 113 <p>Er zijn in afwachting van adviezen van de behandelende medicus geen reïntegratie-acties.¹⁴</p>
3 (A)	BEIDEN VOLGEND	<p>Na het oordeel van de bedrijfsarts dat de werknemer blijvend arbeidsongeschikt is voor haar eigen werk, is een herplaatsingstraject gestart.</p> <p>De werknemer wacht op voorstellen, maar komt ook zelf met voorstellen om passend werk uit te proberen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ik ben natuurlijk wel zelf zo iemand die blijft niet gauw thuiszitten en dan ga ik ook gewoon aan het werk, dus ik werk nu ook mijn 15 uur in de week weer. (...) Dat doe ik dan uit mezélf. En als ik dat dan met mijn leidinggevende besproken heb, dan bespreek ik het wel met de bedrijfsarts. (...) Die is daar mee akkoord gegaan. (...) En nou zit ik dan in een reïntegratietraject, zodat ik dan ook niet weer terug kom in de thuiszorg. 29-33 – Ik heb eerst zoiets van laten we maar eens bij het begin beginnen (...) Biedt me eerst maar eens wat aan, dat ik een opleiding kan doen of wat dan ook. Kijk, en als ik dan bij wijze van..., een computercursus gedaan heb, dan kan ik zelf een stuk verder zoeken. (...) Ik heb geen idee. (...) Ze mogen mij rustig ergens deponeren om het uit te proberen. (...) Ik sta wel open voor de dingen die ze...? Je moet toch zien? 304, 327, 329 <p>De leidinggevende ondersteunt de werknemer bij de uitvoering van het passend werk en laat het initiatief verder aan de verzuimcoördinator:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ik trek mijn handen er nou een beetje van af ook, omdat ik nou ook, zij heeft gewoon ook, en dat is ook door <naam bedrijfsarts> geconcludeerd, dat zij kan niet terug in eigen werk. Ze loopt hier dan nog wel 15 uur, ze doet vervangend werk. (...) Gisteren heeft ze een gesprek gehad met <naam verzuimcoördinator>, dat was ook nog in aantocht, dat we toch even verder gaan kijken van wat zijn de mogelijkheden voor haar en wat kan zijn doen met haar... handicap noem ik dat maar even, dat ze gewoon wat stabielere werktijden heeft. (...) En we zijn er eigenlijk nou toe gekomen dat ze nou reïntegratiewerk gaat doen, waarschijnlijk <aanduiding type werkzaamheden>. (...) En als het goed is, begint ze daar over een week haar reïntegratie mee. Maar hoe ver dat dan gaat, of er ook een baan onder weg komt? 10 – Als er wat nodig is kan ze altijd bij mij..., maar ik ben natuurlijk een beetje nou uit beeld, omdat ze niet terug komt in het eigen werk en de verzuimcoördinator het nu verder op gaat nemen om het traject in te gaan dat ze naar ander werk gaan kijken. 59

14 Het 3^e interview met de werknemer is komen te vervallen (zie noot 10 in PARAGRAAF 6.1).

	<p>– <i>Ik denk dat het wel <naam werknemer> is die het iedere keer weer geprobeerd heeft. (...) En dat tóch ook wel uitgesproken heeft naar mij en naar <naam verzuimcoördinator> en <naam bedrijfsarts>, denk ik.</i> 85, 86</p> <p>Werknemer en leidinggevende zijn beiden bezig mogelijkheden voor passend werk te vinden, waarbij de werknemer de meeste initiatieven neemt.</p>
4 (A)	<p>VERVOLG NA HERSTELDMELDING</p> <p>Na de beëindiging van het ziekteverzuim een half jaar eerder (gedeeltelijke terugkeer in eigen werk met aangepaste diensten, gedeeltelijk in passend werk) hebben leidinggevende en werknemer contact gehad over het vervolg. De leidinggevende heeft gesprekken met de werknemer gehad over de reïntegratie en het opleidingstraject:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Het is natuurlijk niet meer alleen het ziek-zijn. Want dat is eigenlijk een beetje afgerond. (...) Ze is in (...) januari bij me geweest: ik wil ook wel meer uren proberen, van mijn korte dienst een lange dienst maken, als dat mogelijk zou zijn. Ook dát hebben we weer geprobeerd, en dat gaat ook goed. (...) Daar heb ik met haar aan gewerkt. Niet meer dat ziek zijn, maar nu meer naar voren kijken. Zo van: je gaat nu de opleiding voor <ander type werk>, een heel andere kant als dat je eerst wou, en hoe staat je daar in?</i> 210-212 – <i>Een terugblik, hè, van: hoe vind je het nou van je jezelf, en wat heb je ondernomen, hoe voelt dat nou?</i> 290 – <i>Totdat ze in januari ergens zei van: ik wil wel wat meer proberen, nou toen hebben we de opleiding ook gestart en toen zijn we ook verder gegaan met de opleiding. Dus dat was ook een heel ander verhaal hè, dat was ook een heel andere insteek? Terwijl haar welzijn, ik bedoel, natuurlijk wel iets is wat je bewaakt, hè? Ik vraag bijvoorbeeld wél aan haar: hoe gaat het? Zo van: voel je je echt goed?</i> 292 <p>De werknemer richt zich op de mogelijkheden die ze van de opleiding verwacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Mijn toekomst ligt echt op <ander type werk dan de huidige functie>. Hetzij dagbehandeling. Hetzij dagopvang. Dat is mijn droom.</i> 55 – <i>Ik heb een bepaald doel voor ogen. En dat is <ander type werk dan de huidige functie>. En als ik daar in <naam locatie> niet toe kom, nou oké, dan ga ik weg. (...) <Naam andere locatie> moet eerst nieuwbouw plegen. Ik ben bang dat dat te lang duurt. En ik moet toch voor mezelf kiezen. (...) Het is fysiek minder zwaar. Je hebt gewoon meer rust.</i> 83, 93-95, 103 <p>Een half jaar na de hersteldmelding hebben werknemer en leidinggevende gesprekken over de toekomstige inzetbaarheid, maar deze zijn minder frequent dan kort na de beëindiging van het verzuim.</p>
5 (A)	<p>BEIDEN VOLGEND</p> <p>Na het oordeel van de bedrijfsarts dat de werknemer blijvend arbeidsongeschikt is voor haar eigen werk, is een herplaatsingstraject gestart. De werknemer dringt met succes aan op het uitproberen van passend werk:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Ik had al een paar keer had ik dat aangegeven, (...) bij de bedrijfsarts. En zij zei steeds van: nou, dat is niet geschikt, dan moet je vreselijk veel lopen en tillen en... Nou, ik zeg: ik wil daar gewoon zelf wel beginnen. (...) Ik zeg: nou moet ik ineens iets..., een kantoorbaan?. Ik zeg: nou ja, we zien wel. Maar toen gaf ik ook wel aan háár aan, zo van: dát lijkt me wel leuk. Nou, zij dacht ook: dat gaat gewoon niet. Toen heb ik met mijn afdelingshoofd erover gehad, ik zeg: ze willen me nou een kant op drukken waar ik niet zitten wil. (...) Ik zeg: ik wil het gewoon proberen. 'Och', zegt ze, 'dan ga je dat toch proberen'. 2-4</i> – <i>En toen heb ik daar (...) een morgen meegelopen en toen ben ik naar <naam verzuimfunctionaris>, van de reïntegratie, had ik daar weer een gesprek mee. Ik zeg: nou ja, het lijkt mij wél wat, ik denk dat ik dat wél kan. 'Nou', zegt ze, 'dan spreken we dit af: dan ga je eerst drie weken ga je dan meelopen en dan 9 avonden, dus dat is 15 uur in de week, en dan kijken hoe je lichaam daarop reageert en hoe jij het zelf vindt en als jij denkt dat het mogelijk is...'. Dit is nou mijn derde week, volgende week heb ik weer een gesprek met haar en ja, ik vind het hartstikke leuk. Ja. En het is ook mogelijk. (...) Ik ben daar nu gewoon boventallig en het wil ook niet zeggen dat ik op de afdeling waarbij ik nu meeloop of ik daar dan blijf. Dus dat is allemaal nog helemaal afwachten, dus ik ben heel benieuwd hoe dat gesprek volgende week..., ja hoe dat gaat lopen.</i> 6-18

De leidinggevende ondersteunt de werknemer in haar poging om in deze functie te integreren:

- *De reïntegratie als huiskamerassistent gaat goed. (...) We hebben nu afgesproken dat ze tot de zomervakantie in ieder geval de diensten ook alleen gaat draaien, dus niet met ondersteuning. Ja, en dan is eigenlijk doel om te kijken van kunnen we haar ook formeel plaatsen, maar dat kan alleen als er vacatures zijn, maar goed, dat weet ze. (...) Ze blijft wel ziek geregistreerd zijn, maar ze werkt wel de diensten alleen, dus in principe is het wel op basis van arbeidstherapie omdat we haar niet beter melden, maar ze gaat de diensten alleen draaien om te kijken of de belasting dan ook nog zo is, zoals ze hem nu ook ervaart want ze ervaart het nu nog positief. (...) Dus dat gaan we nu uitproberen, zeg maar. 6, 8*
- *Ze heeft ook aangegeven, kijkend naar de tijden van de huiskamerassistent en de werktijden die hierbij passen en horen, heeft ze gezegd van als ik geplaatst wordt, dan lever ik die 3 uur per week in, en dan ga ik 15 uur ga werken. Dus ik denk dat het belangrijk is, dat ze die 15 uur, als ze geplaatst wordt, dat ze die goed kan volhouden. Dus dat gaan we uitproberen. (...) Maar goed, ja, we kunnen toch niet in de toekomst kijken. (...) Dat kan niet, dus dat heeft ook geen zin, om daar op vooruit te lopen. Misschien gaat het wel heel erg lang goed, ja je weet het niet. 10, 16, 44*
- *En op een gegeven moment heb ik gezegd: misschien moet je er over nadenken om te kijken of de functie huiskamerassistent of woonassistent wat voor jou is, dan kunnen wij jou daar laten reïntegreren? Eigenlijk meer zo van: kijk daar eens naar en denk er eens over na. 48*
- *Ik heb het haar dat advies gegeven om het met de bedrijfsarts te bespreken en dat heeft ze gedaan en zo is het balletje gaan rollen. 66*

Werknemer en leidinggevende zijn beiden bezig met mogelijkheden voor passend werk, waarbij de werknemer de meeste initiatieven neemt.

6 (A) GEEN VERVOLG NA
HERSTELDMELDING

Een half jaar eerder is een eind gekomen aan de ziekteverzuimsituatie.

De werknemer legt zich bij de situatie neer. Ze heeft plannen om ergens anders te solliciteren, maar bespreekt dit niet met de leidinggevende:

- *Hij belde me pas dat hij me voortaan een blok van vier nachten gaat geven, toen heb ik gezegd dat ik het er niet mee eens was. Ik zeg: dat vind ik aardig veel, twee vind ik net mooi genoeg (...), maar hij trekt zich gewoon nergens wat van aan. 3*
- *Van veel dingen heb ik zoiets van: nou, láát maar. Ik kijk wel weer hoe ik het regel, hoe ik het red, ik heb gewoon geen zin meer om mijn energie in hem te steken. 109*
- *Ik ben een beetje aan het rondkijken naar ander werk en mocht er op een gegeven moment iets op mijn pad komen.... (...) Op internet ben ik wel eens aan het kijken naar vacatures en op het werk hangt er wel eens wat van <naam organisatie>. (...) Mijn vriend heeft een eigen bedrijf en misschien zeg ik straks ook wel van: ik ga daar de boekhouding.... (...) Dat is eigenlijk onze toekomst wat we voor ogen zien. 111, 113, 267*

De leidinggevende heeft na de aanpassing van het rooster en de hersteldmelding kort contact met de werknemer gehad:

- *Het verzoek bij haar lag om wat grotere diensten te draaien, zodat ze wat minder vaak van huis hoefde. (...) Dus daar heb ik geprobeerd om daar zoveel mogelijk invulling aan te geven. (...) Haar eerste wens was om elke week twee of drie dagen te werken, ja, dat lukt niet altijd. Ik kan niet elke keer blokjes van twee of drie voor haar precies gaan uitmeten per week, want daarvoor is het een te wisselend rooster. 9, 11*
- *Vrij kort, van: hoe gaat het, loop je nog ergens tegen aan? Nou kijk, en dan wil dat allemaal wel. (...) 'Dan moet je zelf maar even kijken hoe snel je wil, hoe snel dat lukt', ja. Dat initiatief leg je toch al wel vaak bij degene zelf neer, die voelt zelf het beste aan wanneer de dingen wel of niet kunnen gaan. In zulk soort situaties is het altijd een beetje moeilijk in te schatten..., hoe je je daarbij voelt en hoe snel je kunt reïntegreren of wat dan ook. 73-77*

Werknemer en leidinggevende hebben na de hersteldmelding geen vervolgacties ondernomen.

7 (A)	VERVOLG NA HERSTELDMELDING	<p>Vijf maanden eerder is een eind gekomen aan de ziekteverzuimsituatie. De werknemer legt in overleg met de leidinggevende de afspraken vast, bespreekt met hem het vervolg en is met een opleiding bezig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ik werk nog steeds in de nachtdienst en dat gaat goed. (...) Ik heb vooral zelf doorgezet, dingen geprobeerd. <Naam leidinggevende> vraagt ook iedere keer hoe het gaat. (...) Ik heb zelf voorgesteld van de meerzorg en daarna van de nachtdienst. Dat heb ik gedaan, want anders ga je maar zitten afwachten. (...) Mijn contract is net deze week aangepast, dat heb ik overlegd met <naam leidinggevende>. Dat het vastligt op schrift dat ik alleen nachtdiensten doe. Zodat als <naam leidinggevende> weg zou zijn, een volgende leidinggevende dat weet. (...) Het zit nog niet vast in het basisrooster. Ik heb ook afgesproken dat als er niet voldoende nachtdiensten voor mij zijn, ik desnoods een paar diensten in één van de andere locaties draai. (...) Ik verwacht dat er in de toekomst in <naam eigen locatie> genoeg nachtdiensten zijn. 4-13</i> - <i>We hebben iedere keer een kort gesprekje, van hoe het gaat en dan wil hij altijd weten hoe het is. Een soort evaluatie. (...) Dat spreken we af. Of na een werk-overleg, als ik er toch ben, dan kijken we of er gelegenheid is even met elkaar te spreken. Dat loopt goed. (...) Met hem bepaal ik dan hoe we het gaan doen. 70-74</i> - <i>Daar <= opleiding> ben ik mee bezig. (...) Maar ik doe het rustig aan daarmee hoor. (...) Ik zie wel. Ik merk wel hoe het gaat. Je moet niet te ver vooruit kijken. Het gaat nu goed in de nachtdienst, dat is rustiger en ik kan meer afwisselen, dat is goed te doen. Dus daar ga ik eerst mee door. En dan zien we wel hoe het verder gaat. 36, 38, 178</i> <p>De leidinggevende legt de afspraken met de werknemer vast, zoekt nog naar mogelijkheden om laatste knelpunten in het rooster op te lossen en spreekt met haar over de toekomstige inzetbaarheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>We konden in ieder geval haar gezond weer aan het werk krijgen. (...) Dat gaat verder goed. En dat is planningstechnisch ook best wel goed te organiseren. (...) Opnieuw de status vastgesteld, van: op dit moment ben je alleen beschikbaar en geschikt voor de nachtdienstsituatie te doen, dat hebben we ook zo omschreven en (...) we hebben het vastgelegd. (...) Dat is samen met de bedrijfsarts hebben we dat samen geformuleerd en gecheckt (...) en dat is een insteek voor de afronding ook geweest. (...) Het enige manco dat ik zelf nog in haar roostercyclus zie, is dat, zij heeft 1 blok van 4, 5 nachten achter elkaar en eigenlijk vind ik dat best wel veel. En ook al in preventie te gaan kijken dat we toch op termijn, door het natuurlijk verloop, dat we kunnen kijken van kunnen we zo'n piekmoment nog wat uit elkaar trekken. 4-22</i> - <i>Daar hebben we wel toen met elkaar over gesproken, over de thuiszorg, en de verpleging, dat is toch wel wat in opmars, dat zou dat nog wel een aanvulling voor haar zijn. Ik zei: maar dan moet je je wel realiseren dat..., we kunnen rustig die weg ingaan met elkaar, om dat ook te gaan onderzoeken, maar onderschat het in- en uitstappen in de auto, onderschat dat ook niet. (...) Dat hebben we op dit moment, hebben we dat even op een laag pitje staan hoor. (...) We zullen gewoon gaan kijken hoe zich dat ontwikkelt verder. En daar hebben we gewoon onze POP- en functioneringsgesprekken daar strak wel voor. Om verder te kijken dan nu de huidige situatie. (...) Hoe haar resterende periode van werken eruit ziet, ja, volgens mij is ze daar wel mee bezig. 53-62</i> <p>Werknemer en leidinggevende ondernemen ook na de hersteldmelding acties die gericht zijn op een definitieve oplossing en op de verdere toekomst.</p>
8 (B)	GEEN VERVOLG NA HERSTELDMELDING	<p>Een maand eerder is een eind gekomen aan de ziekteverzuimsituatie. De leidinggevende heeft de reïntegratie afgeremd. Hij betwijfelt of de hervatting blijvend is:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>We hebben het met opzet nog gerekt hoor, want de bedrijfsarts wilde het liefst heel vlug, eigenlijk. (...) Dat leek mij niet goed, dus we hebben dat maar een paar maand opgerekt, maar goed. Maar nu moet het maar. (...) In de vakantie...jij blijft half ziek, of je werkt half; daar rekenen we op en de rest vangen we op. 3-7</i>

- **Daarom heb ik dat ook wel gerecht**, omdat die rug..., ja, als je daar weer te hard mee aan de gang gaat, het zit er zó weer in hoor? (...) Ik denk wel dat we..., en voor het komende jaar, dat we de druk een beetje minder hebben. Het ligt nu hoog, dat ik de druk wel een beetje lager gelegd heb. 82, 84, 90
- Zij zal het in de toekomst nog best moeilijk krijgen, ja. (...) Die dreiging zit hier natuurlijk helemaal, ook gewoon puur van: blijf dit, kan ik ooit aan het werk blijven? 256, 317

De werknemer heeft zich geconformeerd aan het tempo dat de leidinggevende aanhield. Over de toekomst hebben ze eerder in algemene termen gesproken:

- **<Naam leidinggevende> heeft dat afgeremd, ja. Die zag dat niet echt nog zitten toen.** (...) Daar hebben we het wel over gehad. (...) We gingen regelmatig wel even om de tafel om te kijken hoe het ging en of we het al een beetje op konden bouwen en dat soort dingen. 4-6
- **Ik denk misschien wel als ik straks op een nieuwe werkplek kom dat ze daar dan straks wel wat meer rekening mee gaan houden neem ik aan.** Want waarschijnlijk kom ik dan ook niet meer in de keuken, dan ga ik in de facilitair. Omdat ik ook daar mijn diploma's voor heb. Dat gaf <naam leidinggevende> ook al aan van nou: je hebt nu je diploma's voor de facilitaire dienst. En dat is wel wat minder zwaar dan. 182

Werknemer en leidinggevende hebben in de reïntegratie een lager tempo gevolgd dan de bedrijfsarts adviseerde. Er zijn geen concrete acties na de herstelmelding.

9 (B)

 ACHTERBLIJVEND,
GEEN VERVOLG NA
HERSTELDMELDING

Drie maanden eerder is een eind gekomen aan de ziekteverzuimsituatie.

De werknemer is weer in haar reguliere diensten aan het werk:

- **Ik heb gewoon de slaapdiensten weer opgepakt en op een gegeven moment zou ik met ingang van <datum> zou ik op een gegeven moment weer volledig aan het werk.** 27
- **Die werkafspraken ging puur bij <naam bedrijfsarts>, die had zoiets van: zo snel mogelijk weer aan het werk.** (...) Maar ja, dat heb ik ook wel aangegeven dat het me soms wel wat te snel ging. 398-402

De leidinggevende heeft na de herstelmelding in het dagelijks werk contact met de werknemer, maar heeft geen verdere acties ondernomen:

- **Ik heb toen, op een gegeven moment weet ik nog wel aan haar gevraagd (...) kun je niet proberen je éigen slaapdiensten te draaien en dan niet twee uur vast beter melden.** (...) Toen is ze een paar keer bij de bedrijfsarts geweest, en toen is ze ook vrij vlot is ze later weer volledig aan het werk gegaan. 13
- **Ik heb niet meer aparte gesprekken gevoerd met haar, maar wel gevraagd van: nou hoe gaat het nou?** En vooral, er zat niet zo'n lange periode tussen, dat ze met die privésituatie kwam te zitten en toen heb ik er nog wel wat meer aandacht aan besteed, maar ook meer gewoon haar algehele welzijn. (...) In het werk ook en dan praat je ook regelmatig met mekaar, dus dan is het... (...) Ik zie haar minstens een keer in de week, ik zie haar regelmatig. 63-69
- **Ik krijg dan een seintje van <naam bedrijfsarts> en zij zou haar per <datum> beter melden, eventueel iets eerder en dat heeft ze ook met <naam werknemer> besproken** en toen hebben we ook even puur roostertechisch gekeken, wat is dan het handigst welke datum, weet je wel, ook in verband met de vakantieplanning. Toen hebben we gewoon afgesproken van <datum>, dan melden we je per <datum> weer beter. 177

Werknemer en leidinggevende ondernemen na de herstelmelding geen acties meer die verband houden met de belastbaarheid of inzetbaarheid van de werknemer.

10 (B)

 GEEN VERVOLG NA
HERSTELDMELDING

Ruim een half jaar eerder is een eind gekomen aan de ziekteverzuimsituatie. De werknemer heeft daarna over haar situatie geen contact meer gehad met de (vorige) leidinggevende, ook niet over toekomstwensen:

- **Dat is helemaal niet meer aan de orde geweest, terwijl ik het later ook nog wel weer eens naar hem toe heb aangegeven, dat ik dat op zich wel prettig vond om af en toen eens even met hem om de tafel te zitten.** (...) Dan denk ik: ja ik krijg op de één of andere manier geen respons meer van hem. 17

– *Ik heb zelf nog de stille hoop, maar ik weet het niet, dan ben ik zo'n beetje 55, dat er iets komt om, dat ik eruit kan. Ik hoef er niet helemaal uit, maar op een andere basis, zeg maar. En ik heb ook wel eens gedacht, ja, nou ja, die zorg, dat red je toch niet tot je 65e. (...) Ze hebben toen wel eens een tijd een..., met zo'n plan bezig dat ze de ouderen eigenlijk wel kwijt willen. Dus ik weet niet wat ze straks met ons gaan doen? (...) Dan zou ik bij wijze van spreken, zou ik hier best wel een dag willen komen, hoor. Ook al zou het dan op vrijwillige basis zijn. (...) Dan denk ik: misschien een afvloeiingsregeling voor de ouderen? En ik hoef niet de hele dag thuis te zitten, want dan word ik gek, maar als ik nog iets van 50% zou kunnen werken? Met een aanvulling? 400-417*

De (nieuwe) leidinggevende is van plan het grote aantal ziekmeldingen met de werknemer te bespreken:

– *Ik heb <naam werknemer> even gesproken, maar van de week was die wéér ziek. (...) Dat is <naam werknemer> haar 8^e keer al dit jaar. Dat viel mij op, dat ik dacht: oké, al 8 keer? Nou, dat zegt een boel, dacht ik. (...) Dus dan kan ik ook zeggen: hoe kan dat dan, 8 keer? Ik bedoel, 2 of 3 keer in een jaar, dat mag, maar 8 keer, ja? Waar ligt dat aan: ligt het aan hier, ligt het aan thuis, ligt het aan de afstemming, ik weet het niet? **Dus daar wil ik het met haar over hebben.** 193-203*

Werknemer en (nieuwe) leidinggevende hebben nog geen overleg gehad.

11 (B)

ACHTERBLIJVEND

Een maand eerder adviseerde de bedrijfsarts gedeeltelijke herstelmelding en, in onderling overleg, geleidelijke uitbreiding van het aantal uren. De werknemer is inmiddels voor de helft van haar uren hersteld gemeld.

De werknemer wacht op vervolgstappen, komt zelf met suggesties en neemt zich daarna voor een volgende keer vast te houden aan haar voorstel:

- ***Binnenkort heb ik weer een gesprek met <naam leidinggevende> en dan zullen we wel weer kijken om weer verder uit te breiden?** En kijken hoe of het verder moet. 12*
- ***Maar goed, we doen stapje voor stapje?** (...) Aan de ene kant heb ik zoiets van: doe me maar weer gewoon..., doe me mijn diensten maar en dan ben je gewoon van alles weer af. (...) Van de andere kant snap ik ook wel dat dat niet in één stap dat dan kan. Zo voel ik dat zelf wel, dat dat even niet lukt. 49, 50*
- *De laatste keer had ik dan voor mijzelf, voordat ik naar <naam leidinggevende> toe ging, had ik in mijn hoofd, ik denk: (...) ik wil gewoon de avonden dan ook wel proberen. (...) Toen moest ik toch van <naam leidinggevende>, of dat wilde zij dan toch graag, toch 's ochtends vier uur plus dan die avonden. (...) Dan moet je opeens én 's ochtends én 's avonds, weet je, dan benauwt me dat weer? (...) Ze zegt van: ik wil jou constant een stap voor zijn, er moet gewoon een uitdaging in blijven. (...) Dus ja dat overviel me dan wel weer. (...) Ik vond het al heel mooi, dat ik dat zelf had bedacht. 91-95, 163*
- *Dan wordt dat toch, tussen aanhalingstekens, toch doorgedrukt. En daarom zeg ik, dat laat ik misschien dan ook wel gebeuren, misschien moet ik dan ook wel zeggen: en ik doe het niet, ik vind het twee stappen te ver. (...) **Het gaat toch wel die kant op wat zij willen, heb ik dan de indruk na die tijd.** 280, 282*

De leidinggevende constateert (twee weken later) dat de werknemer het initiatief neemt:

- ***Het leuke is dat ze vanmiddag zélf met een voorstel kwam.** En dat ze ook wel stevig beargumenteerde waarom ze dat zo wil, want het was wat ingewikkeld plannen, dus ik vroeg nog aan haar: zou het niet even andersom kunnen? En toen zei ze: nee, daar en daarom lijkt het me heel geschikt, en het moet toch.... Nou, ze had een bepaald voorstel, en toen zei ik: nou, oké. Dat vind ik heel leuk. 111*
- *Ik heb geschetst dat we al wel heel erg lang bezig zijn en dat het ook wel heel erg langzaam gaat en nou ja, dat het <naam bedrijfsarts> ook wel opgevallen zal zijn, mogelijk, **dat we veel langzamer gaan dan het advies van <naam bedrijfsarts>.** 148*
- ***Ik was niet van plan om het aantal uren al uit te gaan breiden, maar ze kwam zelf..., ze had dat denk ik verwacht van mij, dus ze kwam zelf met een idee.** 154*

12 (B) VOORUITLOPEND,
VERVOLG NA
HERSTELDMELDING

- *Want het is meestal niet zo dat mensen zó lang doen over reïntegreren. En dat over 8 uur per week. Dus dat is wel bijzonder. (...) Ik zou ook niet weten hoe dat anders moet, ik denk dat ik haar anders alleen maar ziek zou maken. (...) Misschien dat ze dan zou denken van: dan moet ik maar maken dat ik hier weg kom. Nou, dat is mijn bedoeling helemaal niet.* 174, 181, 183
- *Als het zo doorgaat (...), dan gaat ze nu eerst vier uur loonwaarde en dan misschien twee uur therapeutisch er achteraan. (...) Zo voorzichtig zal het zijn. En dan voor acht uur.* 199
- *Ik kan me voorstellen dat <naam werknemer> ook nog wel eens heel wat anders gaat doen, we hebben het daar ook wel eens over gehad. Iets administratiefs zou ze wel graag willen. (...) Misschien dat dat nog wel eens komt, ik zorg er wel voor dat dat niet in dit verzuimtraject terecht komt.* 253-255

Werknemer en leidinggevende geven de reïntegratie stap voor stap vorm, in een lager tempo dan de bedrijfsarts aangeeft.

Heel recent is een eind gekomen aan de ziekteverzuimsituatie.

De werknemer besluit de omvang van haar aanstelling terug te brengen en probeert een nieuwe urenindeling uit. De gesprekken met leidinggevende over de verandering werkhouding en de toekomstige inzetbaarheid zijn nog gaande:

- *Eén dag ingeleverd. Ik werk nu 16 uur.* 9
- *Ik heb een leuk gesprek wel weer met <naam leidinggevende> gehad. En nou, ja, hoe pakken we dat nou even aan? En ik heb het met <naam bedrijfsarts> erover gehad, daar kan ik ook altijd goed mee praten. Ze zei: weet je wat, anders ga eens in gesprek met <naam reïntegratiecoördinator>, die gaat over de reïntegratie, anders moet je daar eens een gesprek mee.... Ik denk: ja? Ik ging erover nadenken, het viel me allemaal wat zwaar, ik denk: waarvoor doe ik dat ook niet?* 29
- *Toen dacht ik: hier moet gewoon wat gebeuren, want anders dan gaat dit niet goed. (...) Dus ik denk: per <datum>, dan doe ik dat.* 30
- *Toen heb ik dat uitgeprobeerd, twee keer in de week een hele dag. (...) <Naam leidinggevende> zegt: ik vind het ook heel belangrijk dat er iemand is in de huiskamer, die daar rust creëert en voor de bewoners echt is, jij gaat voorlopig niet tillen of trekken of duwen, jij gaat mooi die huiskamer in. En nou heb ik een duobaan met nog iemand. (...) Zo hebben we dat wat opgelost. Met andere woorden, die mogelijkheid is er om het ons naar het zin te maken, zoals wij het prettigste werken. En ook uit te proberen wat we kunnen en willen en wat mogelijk is.* 36, 39
- *In het nieuwe <naam locatie>, daar ga je met kleine groepjes werken, maar daar wordt wel verwacht dat je met die groep mensen alles doet. (...) Dus dan moet je wel alles ook weer doen. Dus dat dóel, dat moet daar eigenlijk wel heen, zegt <naam leidinggevende>. (...) Kijk, <naam leidinggevende> die wil me dan ook wel coachen. (...) Dat móet ik gewoon leren, om daarmee om te gaan, om rustiger aan te doen. (...) Dit is even een tussenoplossing, zo moet je dat zien, dat iemand met gezondheidsklachten, even een tussenoplossing krijgt aangeboden voor aangepast werk.* 63, 65
- *<Naam leidinggevende> wil je ook echt klaarstomen voor dat nieuwe <naam locatie>, en dat moet ook hoor. Maar ook ons andere inzichten geven.* 78
- *Ze =< bedrijfsarts> zei: we gaan nog even evalueren hoe dit nou gaat. (...) Ik denk dat ik nog wel ook een gesprekje met <naam reïntegratiecoördinator>, want als het goed is, dan is met twee jaar het nieuwe <naam locatie>, dus dan moet ik daar wel naar toe werken, als ik dat vol wil houden, ja, hoe pak ik dat nou even het beste aan, hoe kan ik mijzelf daarin, want ik moet daar steeds goed bij nadenken hoe en wat ik doe.* 175, 187

De leidinggevende coacht de werknemer ook na de hersteldmelding en bespreekt met haar de toekomstige inzetbaarheid:

- *<Naam werknemer> heeft van mij wél een opdracht. Waar ze aan moet werken. En dat is wel heel zwaar voor haar. Hè, want eh..., het gaat nú goed, maar nou ja, ik heb ook tegen haar gezegd: hoe gaat het over vijf jaar?. Of hoe gaat het over twee jaar?. Want je bent nog steeds in je oude patroon: ik doe het even snel zo en*

ik doe het even snel zo en ik help even die en ik doe even dit. (...) Ze moet daar een vorm voor zien te vinden, om daar goed mee om te gaan, zodat ze hier over twee jaar ook nog kan werken. (...) Ik heb daar uitgebreid met haar over gesproken en ik heb daar ook nog een vervolg, ik geloof over niet zo lang hoor? (...) We hebben zo'n gesprek en dan moet zij een verslag maken van dat gesprek, en we hebben een soort analyse gemaakt, van: dit is het probleem, en dit zijn de oorzaken en dit zijn de verschijnselen allemaal, en dáár willen we naar toe. (...) Dus dat is je doel, wat worden dan je actiepunten? (...) Als het van jónu komt, dan is het..., dan kun je het handen en voeten geven. Als ik ga zeggen: dat, dat en dat moet je doen, gaat het niet werken. (...) En ga het er thuis maar eens over hebben, zeg ik dan, hè? En met je collega's. 3-14

- Het gaat nu ook goed, dus we kunnen daar ook rustig aan werken. Maar zolang ik niet denk: oh, nu heeft ze het in de peiling, zie ik het ook nog niet als af-gesloten. Het verzuim is wel voorbij, maar het eh..., dát niet. (...) Want dan is ze er volgend jaar wéér uit. Ja. Zo zie ik dat wél. Dat gaat ook gebeuren. Nou, daar is zij niet bij gebaat en wij ook niet. 32-34
- Toen zei ik: dat <= vermindering contracturen> moet je pas beslissen als je beter bent, anders heb je een kleiner contract en dan krijg je het er niet mee bij. Je kunt makkelijk er wat af doen dan wat erbij: erbij is veel moeilijker. Dat krijg je eigenlijk niet. En het is wél je inkomen. Hè, dus denk daar goed over na. 48
- Die <= werknemer> was ook actief. Ja, absoluut. 96
- Dat is onze vervolgstap. Of het vervolgtraject. En daar moeten we ook nog wel in investeren. Ik vraag me ook af of dat gaat lukken. (...) Als ik haar zie, met haar rug: ik wéét het niet hoor? Ik wéét het niet. Daarom wil ik ook dat we..., over twee jaar is de nieuwbouw klaar, of over anderhalf jaar, dat het niet dán uit de lucht komt vallen, van: goh, maar ik kán het niet, het is te zwaar voor mij. Zo, weet je? Dus ik wil ook dat ze daar nú over nadenkt. 143

Werknemer en leidinggevende ondernemen na de hersteldmelding acties, mede met het oog op veranderingen in de organisatie en nieuwe functie-eisen.

Bijlage VI Uitspraken over het verzuimbeleid van de organisaties

Deze bijlage geeft een overzicht van de meest relevante citaten van werknemers en leidinggevendenden uit organisatie A en B over het verzuimbeleid. De interviewfragmenten zijn op enkele uitzonderingen na afkomstig uit de derde interviewronde, waarin expliciet is gevraagd naar het beeld dat geïnterviewden hebben van verzuimbeleid. Van enkele fragmenten die uit de eerste interviewronde afkomstig zijn, is dat met een I aangegeven voor de regelnummers uit de interviewtranscripties, die achter het citaat staan.

CASUS	LEIDINGGEVENDE / WERKNEMER
2 (A)	<p>LEIDINGGEVENDE</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Over de verzuimtraining:) Wat ik wel heb gezien en gehoord in die eerste dag, is dat het absoluut niet zo hard moet worden opgevat als men een beetje doet voorkomen. Ik denk dat absoluut dat menselijke aspect er wel in mag zitten. Alleen om het helder te krijgen wordt het nu nog een beetje zwart / wit neergezet. Dénk ik zelf. (...) Gewoon om je wakker te schudden. Maar dat daar absoluut nuances in moeten zitten. (...) En het is iemand die zelden of nooit verzuimt, ja, dan is het voor mij helemaal geen discussie. (...) (Over mensen die te makkelijk, ten onrechte verzuimen:) En ik gelóóf ook dat die mensen er zijn, alleen ik zie ze héél weinig. Ik zie ze heel weinig. 61-69 - Kijk we hebben een prachtige map van <aanduiding verzuimadviesbureau>, we hebben het <verzuim-registratiesysteem>, we hebben een trainingsdag gehad, ik heb nu vrijdag mijn tweede trainingsdag, dus dan zou je denken: wat wórdt er in geïnvesteerd, maar wat ik nog steeds niet heb en wat ik écht niet

correct vind, is dat ik op papier wil hebben wat de visie is van <naam organisatie> op dit..., wat het beleid is van <naam organisatie> op dit...(beschrijft de problematiek van registratie van verzuim van oproepkrachten.) (...) Heel veel verhoop halen, heel veel in investeren, maar eigenlijk er niet voor zorgen een stuk hebt waarvan je zegt: jongens, zó gaan we het nu doen. 177-181

- Want ik hoor dus nu, (...) dan mag iemand niet meer arbeidstherapeutisch worden ingezet, en dan wordt iemand op 5% gezet. Maar er moet wél voor worden ingehuurd. Dan denk ik van: daar bezuinig je dus niet mee. (...) Iemand wordt dus wél ingezet. Dus die moet óók betaald worden. En er wordt nog voor ingehuurd. Dat is jezelf...(...) voor de gek houden. (...) Het kost je evenveel. En ik vind het prima dat mensen willen dat het op die manier gebeurt, maar..., dan denk ik: er is géén uitspraak, het staat nergens zwart op wit hoe dat nu moet. En dat is vooral voor mensen die uitvoerend zijn, is dat heel handig, van: wat doen we nu wél en wat doen we nu niet? Nou en ik vind dat dat gewoon jammer is, dat dat niet duidelijker is. (...) En dan denk ik van..., ja, dat zal waarschijnlijk alleen maar bij mij leven?(...) Je moet afspraken maken, naar elkaar toe, van: binnen die kaders doen we dat. En die vind ik niet helder. (...) En dáár zit ik met de uitvoering, van hoe concreet..., binnen welke kaders gaan we nu wát doen? Maar dan zal eerst daar een stuk aan ten grondslag moeten liggen. En dat..., dat vind ik jammer, dat dat op die manier niet eh...? Maar goed, dat is op dit moment misschien ook een beetje de hectiek en..., waar mensen in de organisatie zich op dit moment in bevinden? 185-195

WERKNEMER

--

3 (A)

LEIDINGGEVENDE

- Met ons nieuwe <naam verzuimregistratiesysteem> weet elk van elk wat er besproken is. Normaal ging dat altijd via <aanduiding sociaal-medisch overleg> en mondeling, dat is nou allemaal vastgelegd. En voor elke betrokkene is dat ook inzichtbaar. Een prettig systeem. 63
- (Over het verzuimbeleid) Het hele ziektebeleid wordt natuurlijk wel een stuk strenger en dat dat helemaal terug gelegd wordt bij..., ja. (...) De eerste cursus was nogal confronterend, want wij laten ons toch wel van alles...? Ja, iemand zegt: ik ben ziek, die heeft overgegeven. Nou, en dan over het algemeen: ziek maar even uit, en bel maar weer als het weer wil. Maar het is nou allemaal veel kortere lijn: heb je gisteravond even gegeven, dan probeer je het maar, wil het niet, dan bel je me maar. Dus het wordt wat meer aan de medewerker terug gegeven. (...) Ze doen een voormelding en ik besluit dan..., of ik vind dat iemand...(...) Maar het is gewoon als leidinggevende wel..., je merkt nou wel resultaat, dat wordt ons meegedeeld als groep: het ziektebeleid is al streng, maar het wordt nog strenger, dat mensen zich daar nou ook wat van aan gaan trekken. (...) Mensen gaan ook wel bewuster..., ja, het kost een heleboel geld. Op de cursus is ons ook wel verteld: 350 euro per dag voor een zieke medewerker. En in deze tijd van bezuinigingen gaan medewerkers wel meer nadenken en niet meer van: zo maar even, als je een scheet dwars zit, dat je zo maar even in huis blijft. Maar van ons vergt het ook wel een heleboel. Het is gewoon je poot stijf houden en er zijn vlotte dames bij hoor. (...) Maar die hele cursus heeft wel een hele ondersteuning gedaan bij onze vorm van leidinggeven. (...) Het is nou vooral de bal terugspelen. Want het is niet zo dat je zomaar in huis blijft. (...) We hebben er een heleboel aan gehad. Een heel andere manier van kijken naar ziekte. (...) Je wilt altijd toch wel als de aardige leidinggevende te boek staan. En dat is nou wat anders. Er zal een keer gezegd worden: nou, die <eigen achternaam>, die stuurt me zo maar weer aan het werk. Wat is dat nou voor leidinggevende? (...) Maar voor die tijd, ja, je bent wat lossier, dat je denkt van: ach, die ene dag, doe dat dan ook maar, dan ben je er overmorgen weer. Maar dat zijn nou gewoon veel kortere lijnen. En dat hele <naam verzuimregistratiesysteem> erachter, je krijgt gewoon een mailtje: hé, je hebt een actie open staan. Hé, dat is een frequente verzuimer, je moet in gesprek. Je moet het allemaal weer beschrijven. Je hebt voor jezelf, heb je ook iets van het wordt beter in kaart gebracht, je kunt beter nazien wat er allemaal gebeurd is, dus alles met alles denk ik dat...? (...) Dat is wat ik er ook heel prettig aan vind. En ook wat iederéén gedaan heeft daaraan. Wat <naam bedrijfsarts> gedaan heeft, wat <naam verzuimcoördinator> gedaan heeft, rapportages gestuurd, dat is gewoon..., ja? Je weet wanneer de volgende afspraak is. Dus je weet wat er afgesproken is. Ieder heeft zijn acties. 146-158, 166-168
- Je hebt het altijd wel op de agenda, het ziekteverzuim en je noemt ook wel: het ziekteverzuim is weer gestegen. Maar op de een of andere manier doet dat de medewerkers...? En nou, gewoon, dat is ook wel leuk voor het teamgevoel, ze weten dat <naam organisatie> er niet zo lekker voor staat, dus op de een of andere manier voelen ze zich met zijn allen ook nog wel weer verantwoordelijk. (...) Ik denk gewoon dat wij daar nog te los in zijn geweest voor deze hele wakkerschudcursus, gewoon: ziek maar even uit. En dat mensen daar wel eens een loopje mee hebben genomen. (...) Het is gewoon bij ons, dat je de frequente verzuimers, dat je die gewoon goed in de picture hebt. (...) (Over een werknemer die zich recent ziek gemeld heeft:) Voor mijn gevoel was dat al een hele tijd geleden en voor mijn gevoel was dat geen frequente verzuimer. Maar wat ze dan ook zeggen: frequente verzuimer, drie keer in een jaar vinden zij al frequent.

Dat je dan toch even een rappel krijgt, ja. Zonder het systeem had ik dit niet bedacht. Voor mijn gevoel was dit al driekwart jaar geleden. En misschien in dat kwart jaar hooguit een keer ziek gemeld. (...) In elk geval heb je nu meer overzicht en je houdt bij de dingen die je doet. 187-196

- *Het leefde sowieso wel, maar niet...? Allemaal van: het gaat mij toch niet aan, ik ben toch niet degene die vaak ziek is? (...) Dus mensen trekken zich er wel wat van aan en die merken nou ook wel aan mij dat het niet meer maar zo ziek is. Daar stonden ze ook wel heel erg van te kijken: oh, jij bepaalt of wij ziek zijn? (...) Ik zeg: het kan ook zijn dat jij je werk niet kan doen, maar ik heb hier nog een heleboel werk liggen, bulten met werk op kantoor. Ik zeg: dan kom je maar naar het kantoor. Je kan je linkerarm niet bewegen of je rechterarm doet zeer, nou, dan kan je misschien hier nog wel wat dingen opruimen of dingen bij elkaar pakken. Dus het is niet meer zo: in huis blijven. 211-215*
- *Dat we wat extra coaching daarin krijgen, dat vind ik toch wel heel prettig. Ik vind toch de frequente ziekteverzuimgesprekken, vind ik toch altijd wel moeilijk. Van (in het Gronings): ja, ik ben ja ziek, ik maak er toch geen misbruik van. Ik denk dat ik dat soort coaching wel nodig heb en ik denk veel mensen met mij, om daar nog wat handreikingen voor te krijgen van hoe ga ik daarmee om? Zo'n slachtofferrol, hè? Van (in het Gronings): ja, ik wil wel aan het werk, ik vraag hier toch niet om, ik ben écht ziek, dat vind ik wel moeilijke gesprekken. 260*

WERKNEMER

- *Ik weet wel dat de lijn, het ziekteverzuim nu veel strenger is geworden. Een nieuw programma en toestanden. (...) Ik heb geen idee hoe ze het nu noemen. maar eh...ja, Ze kunnen eigenlijk weinig met dat hele ziektebeleid, want als je ziek bent, ben je ziek. (...) Ziek is ziek, maar je meldt je dan pas echt ziek als je echt ziek bent. 124-131, 135*
- *Het wordt wel genoemd in de werkbesprekingen, over dat de leidinggevende elke week contact met jou op moet nemen en dat zij uiteindelijk beslist of je ziek mag blijven of niet. Dat vind ik wel heel véér gaan. (...) Ik vind het eigenlijk best wel een beetje een belachelijk iets. (...) Dan had ik me nooit ziek gemeld, had ik me nooit ziek gemeld. (...) Dan was ik gewoon helemaal ingezonken. (...) Dan was ik helemaal ingeklapt. Dan had ik helemaal tot het laatste toe gewerkt. 141-148, 156*

4 (A)

LEIDINGGEVENDE

- *Er komt nu <nieuw registratiesysteem voor ziekteverzuim>, ik krijg geen spreekuurrapportages meer, nu mogen ze ook niet meer therapeutisch werken, en: is met 3 weken hersteld, dan moet ik nu maar uitvogelen hoe en wat. (...) Ik kijk altijd zó: een bedrijfsarts is árts, die kan een diagnose stellen naar mijn idee, of die neemt contact op met de huisarts of met de specialist. De árts dekt zich ergens in, naar mijn idee. Maar waar ben ik dan nog gedekt? Als ik zeg: je kunt wel weer aan het werk en ik zet een vrijwilliger naast je neer en dan red jij je zeker wel, ja daáág. In hoeverre, als diegene dan volgende week door haar rug gaat of iets met haar gebeurt, dan wordt er naar mij gewezen. 63-64*
- *(Over therapeutisch werken:) Dat therapeutisch, dat kun je zeg maar zó prullemanderen, laat ik het zó zeggen, dat bestaat niet meer. Je kunt wel gedééltelijk herstellen, maar ik bedoel, dat kan altijd al, dat noemde ik: naar loonwaarde, 50% naar loonwaarde, 'mevrouw is voor 50% naar loonwaarde hersteld'. Dat is naar mijn idee precies hetzelfde. Dus daar hebben ze gewoon een andere náám aan gegeven. (...) Het ziekteverzuimcijfer blijft in mijn idee hetzelfde. Dus wat wil je hier mee bereiken? (...) Dus dat is een hele vreemde draai? 67-81*
- *Dit is mijn zesde (cursusmap) in zes jaar tijd. (...) Ik zei: ik heb het eens even goed bekeken. Wat staaffjes stonden er iets anders in. Ik zei: maar verder was het allemaal weinig anders. (...) Natuurlijk moet dat verzuim naar beneden. (...) Kijk eens naar: hoe komt het dat bij de ene leidinggevende heel veel ziekteverzuim is en bij de ander wat minder. Waar ligt dat dan aan? (...) In feite zouden deze gesprekken ook kunnen zijn: ik heb gemerkt <naam van leidinggevende zelf>, dat je het nou heel erg goed doet met <naam medewerker>, maar met pietje doe je het wat minder, waar lag dat nou aan? (...) Dat is naar mijn idee veel belangrijker. En veel belangrijker als hóófd soms om ondersteuning te krijgen. (...) Dat dat steeds verzandt, dat is jammer. 109, 123-136, 168*
- *Het zégt mij namelijk niks. Het zegt mij met zoveel woorden dat de directie zegt: kijk eens, wij zijn van 9% gegaan naar 6%. Mooi hè? Keurig, dat hebben we toch maar even bereikt... (...) Dan draai ik mijn <aanduiding verzuimgegevens> uit en dan kijk ik daarna en dan denk ik: nou <naam directeur> (...), ik heb mooi toch weer 100 uur extra uitgegeven. Maar zo kijk ik ernaar. Ik kijk daar héél anders naar. 84-86*
- *De werkgever, dat is <naam organisatie>? Is dat <naam directeur>? Is dat <naam vorige regiomanager>? Is dat <naam nieuwe regiomanager>? Is dat <naam leidinggevende zelf>? Of is dat de medewerker? Dus als jij die lagen zo ziet en als jij ziet hoe de hiërarchie of het organogram van <naam organisatie> in elkaar zit, dan is die wét wel heel mooi..., als ik een slagerij heb met 15 medewerkers, dan is die wet verschrikkelijk prachtig, niks mis mee. (...) Maar als die wet er is voor mensen met zo'n bedrijf, dan wordt die wet alleen maar moeilijker te bepalen.*

WERKNEMER

– Kijk, ziek is ziek. <Naam organisatie A> heeft een verzuimbeleid, nou, daar kun je niet altijd gelukkig mee zijn. Soms wordt er wel gezegd: nou, neem de vrije dagen maar op. Ik vind dat niet altijd kloppen. Want ziek is ziek. (...) Dat is mijn mening hoor. (...) Daar heb ik écht mijn vraagtekens bij. 265-275

5 (A)

LEIDINGGEVENDE

– Dat heb ik op de afdelingen geïntroduceerd. Ik heb het in de afdelingsklapper gedaan, want (...) daar kijken ze altijd in. Ik heb er op werkoverleggen even een half uurtje aan besteed, dus als er vragen over waren, (...) die konden gesteld worden of er was even een discussie. En op het moment dat ik op training ging en we het gingen hanteren, was het voor de medewerkers niet meer nieuw. 113-128

WERKNEMER

– Ik weet niet wat er allemaal op papier staat voor regels, dat je dit moet of dat moet (...), dat weet ik allemaal niet. 188-190

6 (A)

LEIDINGGEVENDE

– Maar op den lange duur, als je zo met je personeel omgaat (...), dat keert zich tégen je. En dan krijg je volgens mij een heel ander verzuim waar je nog véél meer last van hebt. (...) Als het op deze manier naar beneden gaat, namelijk, dan gaat het ook weer omhoog. 258-259, 291

– Voor mij ook wel even goed om wat gestructureerder die contacten te hebben, dan heb je wel het idee dat je er wat dichterbij staat. (...) Dan krijg je een signaal en dan (...) moet je weer wat doen. (...) Het (...) levert je dan op dat (...) het proces bewaakt wordt voor jou en dat je tijdig seintjes krijgt van voor wie je wat moet doen, dat is gewoon makkelijk. (...) Voor de rest vinden daar ook de rapportages in plaats, dus de dingen die je afspreekt worden ook vastgelegd. (...) Op zich is dat een goede ontwikkeling, denk ik, zeker voor zo'n grote organisatie. En als je ook zelf zo nogal wat medewerkers hebt, dan is zoiets wel makkelijk. 91-95, 225

– Het verhaal ging een beetje dat er niet meer therapeutisch gewerkt zou mogen worden. (...) Zoveel procent moet weer beter gemeld worden. (...) Zo gaat je verzuim wel naar beneden, maar je vervanging blijft. Je overschrijdt zo wél je personeelsbudget. (...) Ik laat iemand nog gewoon therapeutisch werken, of wat dan ook. 269-275, 281

– Daarvoor heb je ook veel te veel mensen rondlopen, om dat bij iedereen goed in de gaten te houden. Dat lukt dan gewoon niet meer. (...) In principe dien ik de werkgever natuurlijk en is het aan mij om te zorgen dat iemand zo snel mogelijk weer aan het werk zal gaan, goed... 71, 101

WERKNEMER

– We hebben een map op de zusterpost liggen, daar zitten dan de verzuimrapporten in van de collega's, en... herstelmeldingen. Dus daar heb je dan zicht..., maar voor de rest eh...? (...) Ik verwacht niks, ik verwacht helemaal niks meer, nee. Nee. 318-328

7 (A)

LEIDINGGEVENDE

– Ik probeer in ieder geval mezelf daarin te blijven, niet dat ik een toneelstukje uit mijn hoofd ga leren. Eigenlijk een beetje met fingerspitzen-gevoel hè, op een gegeven moment toch een bepaalde koers in te gaan. (...) Je hebt altijd wel een collega die een beetje op hetzelfde level denkt als jij en dat je daar dan mee spart, van: ik zit hier soms mee, hoe zou jij dat aanpakken? 192-208

– Even afgezien van de lichamelijke en de geestelijke ongemakken die mensen hebben, houdt ze dit niet bezig. (...) Dat kwartje, dat valt niet, nee. En kijk, dat kwartje dat moet denk ik ook vallen bij mensen die mogelijk grijs verzuimen. 205-216

WERKNEMER

– In het werkoverleg wordt ook wel steeds het verzuimcijfer genoemd en wie er ziek zijn en hoe het ermee is. (...) Dat is net als dat we pas hoorden dat we met de personeelskosten <bedrag> in het rood stonden. Je hoort dat, maar...? (...) Het wordt ons verteld en het is dan toch al gebeurd. Dit is meer iets voor <naam leidinggevende>. 90-98

– Daar merken wij niks van, nee. Dat weet ik niet. (...) Je belt 's morgens en dan belt het hoofd je voor 12 uur terug. Dat is niet veranderd, dat was al zo. (...) Ik merk niet dat er bij ons dingen nu anders gaan. <Naam leidinggevende> is wel met verzuim bezig. (...) We bespreken het wel in het werkoverleg, dan wordt aangegeven wie er ziek zijn en hoe het ermee gaat. 164-176

8 (B)

LEIDINGGEVENDE

– Een andere leidinggevende doet dat weer anders, dat weet ik zeker. (...) Daarbij zet de ene leidinggevende denk ik meer druk dan de andere. Nou. Ik doe dat niet erg hard. 286-304

WERKNEMER

– Dat staat dus ook allemaal in dat foldertje, over het verzuimbeleid en dat soort dingen. En dat je gewoon maar goede afspraken moet maken, en... eh, ja. Daar heb ik wel een foldertje van gekregen. I 328-332

– Heb ik helemaal geen beeld van, zou ik echt niet weten. (...) Hou ik me ook niet écht mee bezig moet ik zeggen. 493-499

9 (B)

LEIDINGGEVENDE

- *Kijk er zijn een aantal praktische zaken dat kun je heel makkelijk uit de protocollen, de regels en de voorschriften halen. Dat heb ik allemaal wel een keer doorgelezen en doorgenomen, dat ben ik denk ik zomaar allemaal weer kwijt hoor.* 87

WERKNEMER

- *Dat weet ik dus verder niet. (...) Dat is jammer, dat ik dat niet eerder weet. Zie dat soort dingen weet je dan niet, daar ben ik dan dus niet..., dat soort dingen heb ik dus geen kaas van gegeten, da's voor mij ook helemaal nieuw.* 408-410
- *Als je ziek bent, dan ben je ziek. (...) Het is al vervelend genoeg om ziek te wezen. En als dan iemand zegt 'jij verzuimt', nou dan is het helemaal zoiets van: oh zien jullie dat zo? (...) Je doet niet wat je móet doen. Terwijl het niet de keuze is van jezelf, het is niet jouw keuze.* 418, 431-447

10 (B)

LEIDINGGEVENDE

- *We hebben allemaal een training gehad, verzuimmanagement en we hebben beleidsdagen, dan zien we elkaar allemaal dus daar is vaak aandacht voor het verzuim en de punten en de percentages en: wat doen we er aan? I* 190-210
- *Natuurlijk hebben we het daar wel eens over met collega's en de ene collega herkent dan helemaal wat ik zeg en de ander zegt: nee, dan doe ik het juist zus of zo. Maar ik geloof uiteindelijk komt het wel overeen. (...) We doen dat allemaal wel op onze eigen manier en toch conform de lijn die de organisatie aangeeft.* I 176
- *Vroeger was je ook gewoon ziek en dan was je ziek. En als je weer beter was, ging je weer aan het werk. Maar zo is het niet meer. (...) Daar heb je wel allemaal je eigen nuance in, dat vind ik wel en daar heb je het ook wel eens over, ook wel met mekaar. Hoe je dan met bepaalde situaties om gaat, dat je dat met mekaar bespreekt van een bepaalde casus dat je het daar eens over hebt. Hoe de één daar mee omgaat en de ander, ja daar zitten wel verschillen in.* 315, 325

WERKNEMER

- *Mag ik ook nog ziek zijn? En dan denk ik: als je griep hebt, dan moet je gewoon uitzielen. Klaar. En dan kun je niet van alles maar bedenken, om diegene maar weer op de werkvloer te krijgen.* 360

11 (B)

LEIDINGGEVENDE

- *Toen hebben we het erover gehad: moet ik dan dingen laten vallen? En zo hebben we het ook over verzuimbegeleiding gehad, van: hou ik dat bij mezelf, of moet iemand anders dat gaan doen? En toen heb ik gezegd: dat moet bij mij blijven liggen, maar diegene die dan de coördinerende taken wat doet, die kan wel bijvoorbeeld met iemand afspraken gaan maken, dingen in gaan plannen, iemand even weer wat wegwijs maken op de afdeling, ook even wat zorgzaam zijn.* 84-90
- *Maar ik doe het natuurlijk niet standaard zo, bij iedereen hetzelfde. (...) Dat is fingerspitzen-gevoel. Maar of het altijd goed zit, dat weet je niet. Bij de één heb je meer....? (...) Ik heb natuurlijk ook de zakelijke kant hier, er moet ook op een gegeven moment gewoon weer werk geleverd worden.* 117-119
- *Wij weten natuurlijk niet van elkaar als leidinggevend hoe wij dat allemaal doen. Hè, je kijkt nooit mee met iemand anders, bij gesprekken. En je zou tijdens intervisie ingewikkelde situaties wel in kunnen brengen, hè?* 121-123

WERKNEMER

- *Dat zal in hele stoere taal vast wel ergens staan, maar niet in werknemers-taal.* 360
- *Verzuim heeft een beetje een negatieve klank. Ja, zo van: je verzuimt lekker van school, je bent lekker niet heen gegaan. (...) Een beetje dat spijbelachtige gevoel. Ja, daar associeer ik het een beetje mee, dat hoeft natuurlijk op zich helemaal niet. Want ja de term wordt algemeen gebruikt, maar toch die associatie heb je er ook mee. (...) Als je ziek wordt, ja daar kan je op dat moment gewoon niks aan doen. Dat je daar door even niet kan werken. Dat is gevoelsmatig vervelend genoeg.* 319-331

12 (B)

LEIDINGGEVENDE

- *Het heeft altijd resultaat als je met je mensen bezig gaat, óók financieel gezien. En ik zie wél bij collega's dat die soms erg op de behéersing zitten: als de cijfers kloppen, dan gaat het goed. En ik zie ook dat het hogere management daar ook naar kijkt: <naam van leidinggevende zelf> doet het goed, want die heeft een laag verzuim.* 132

WERKNEMER

--

Bijlage VII Tijdpad interviewrondes

Toelichting

De bijlage op de volgende bladzijden geeft een overzicht van de momenten waarop de interviews hebben plaats gevonden.

Per organisatie is van iedere casus aangegeven in welke week, gerekend met ingang van de week waarin de ziekmelding plaatsvond, de interviews zijn afgenomen.

De volgende symbolen worden gebruikt:

- Z moment van de ziekmelding van de werknemer (dit wordt als de eerste week gerekend)
- 1^e consult eerste consult bij de bedrijfsarts
- W3, L3, B3 interviews met respectievelijk werknemer, leidinggevende en bedrijfsarts (met daarachter het nummer van het interview: 1^e, 2^e of 3^e)
- L2* / L3* het betreft hier een andere leidinggevende dan bij het voorgaande interview (casus 9 en casus 10)

ORGANISATIE A

WEEK	CASUS 2	CASUS 3	CASUS 4	CASUS 5	CASUS 6	CASUS 7
1	Z	Z	Z	Z	Z	Z
2			1 ^e consult		1 ^e consult, W1	
3						
4					L1	1 ^e consult
5	1 ^e consult	1 ^e consult		1 ^e consult		W1
6	W1, L1, B1					
7				W1		L1
8		W1			B1	
9				L1		B1
10			W1	B1		
11						
12			L1, B1			
13		L1				
14					W2, L2	
15		B1				
16	B2					
17				W2		W2, L2
18	W2, L2	W2		L2		
19						
20						
21		L2	W2, L2	B2		
22					B2	
23			B2			B2
24						
25						
26		B2				
27	B2					
28					W3	
29						
30						
31					L3	
32						
33						
34						
35						
36				B3		W2
37		W3		W3	B3	
38		L3	W3, L3, B3	L3		L3
39						B3
40		B3				
41	B3					
42						
43						
44						
45						
46						

ORGANISATIE B					
WEEK	CASUS 8	CASUS 9	CASUS 10	CASUS 11	CASUS 12
1	Z	Z	Z	Z	Z
2					
3			1 ^e consult		1 ^e consult, W1
4			W1		24 L1
5		1 ^e consult	L1		
6	1 ^e consult	WN1			26 B1
7	W1				
8			B1		
9	L1			1 ^e consult, W1, B1	
10					
11		L1		L1	
12					
13		B2			
14			W2, L2		
15	B1		B2		
16		W2, L2*		B2, W2	
17	W, L2			L2	W2
18					L2
19					
20		B2			
21					
22	B2				
23					B2
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32			B3		
33				B3	
34					
35	W2		W3		
36	L2		L3*	W3	
37		B3			
38		W3		L3	W3
39	B3	L3			L3
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					B3

Bijlage VIII Spreiding interviews over de onderzoeksperiode 2007-2009

Toelichting

Deze bijlage geeft een overzicht van de spreiding van de interviews in de twee organisaties over de gehele onderzoeksperiode, waarbij is gerekend van het moment van ziekmelding in de eerste casus 2 uit organisatie A (telt als week 1) tot en met de week waarin het laatste interview van de laatste casus 12 uit organisatie B is afgenomen (week 44 van het tweede jaar). De totale interviewperiode heeft bijna twee jaar in beslag genomen.

De volgende symbolen worden gebruikt:

- Z moment van de ziekmelding van de werknemer
- x afgenomen interview

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	ORGANISATIE A						ORGANISATIE B					
1	Z											
2		Z										
3												
4												
5			Z									
6	xxx											
7				Z								
8												
9		x										
10												
11												
12												
13				x	Z							
14		x	x									
15				x								
16	x	x	xx	x								
17												
18	xx											
19		x				Z						
20												
21					x							
22		x										
23				x	x	x						
24			x	x								
25			xx			x						
26												
27	x	x	x	x	x	x						

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	ORGANISATIE A						ORGANISATIE B					
28												
29												
30												
31												
32												
33					xx							
34												
35						xx	Z					
36												
37								Z				
38		x										
39		x										
40												
41	xx	x	xxx	x		x	x			Z		
42				x	x			x	Z			
43				x			x					
44												
45									x			
46									x			
47					x			x				
48												
49							x	x	x	xx		
50					x							
51							xx			x	Z	
52								xx				
1						x					x	
2											x	
3						x			xx			
4					x	x	x	x	x	xx	x	
5										x		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15											x	
16											x	
17							x					
18							x					
19												
20												
21							x	x				

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	ORGANISATIE A						ORGANISATIE B					
22								x				
23								x			x	
24									x	x		
25									x	x		
26									x	x		
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36											x	
37											x	
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44											x	

Bijlage IX Codeboom

Toelichting

Onderstaande codeboom is het resultaat van het proces van coderen en hercoderen van de transcripties. Aan interviewfragmenten zijn codes toegekend en deze zijn vervolgens geordend en geclusterd. Op deze manier is het volgende samenhangend systeem van codes (•), subcodes (-) en verbijzonderingen (■) ontstaan.

Medische situatie

- Aard van de klachten
- Oorzaken gezondheidsproblemen
- Relatie met eerdere ziekte/verzuimperioden
 - Verzuimhistorie
- Diagnose
 - Lastigheid / bijzonderheid aandoening
 - Vergelijking gebroken been / griepje
 - Bijkomende problemen

- Behandelaars en behandeling
 - Huisarts
 - Therapeut
 - Medisch specialist
 - Alternatieve behandelwijzen
 - (Bedrijfs)Maatschappelijk werk
- Beloop klachten, herstel
- Prognose / verwachting
- Effect op dagelijks leven / reacties omgeving
 - Acceptatie / verwerking
 - Schuldgevoel, te falen door verzuim

Ziekmelding

- Aanleiding/initiatief voor ziekmelding
- Proces voorafgaand aan ziekmelding
 - Klachten niet / wel met leidinggevende besproken
 - Doorgaan ondanks klachten
 - Instorting / alles teveel

Kort na de ziekmelding

- Acties/reacties werknemer / leidinggevende
- Afwachten
 - Wat de (bedrijfs)arts zegt
 - Wat ze van plan zijn
- Onzekerheid, ontbreken van informatie

Contacten/interactie

- Contacten leidinggevende / medewerker
 - Contacten voorafgaand aan ziekmelding
 - Eerste contacten na de ziekmelding
 - Verwachtingen
 - Knelpunten
 - Wisseling leidinggevende
- Contacten werknemer / bedrijfsarts
 - Eerdere contacten werknemer / bedrijfsarts
 - Eerste consult
 - Opzien tegen eerste consult
 - Vervolgconsulten
 - Afsluiting contact
- Contacten leidinggevende / bedrijfsarts

Adviezen bedrijfsarts

- Adviezen m.b.t. werkhervatting en toekomstige inzetbaarheid
 - Blijvend ongeschikt voor eigen werk
- Adviezen met betrekking tot herstel, aanpakken oorzaken verzuim

Reïntegratie-acties

- Initiatieven, voorstellen
- Hervatting
 - In eigen werk met aanpassingen
 - In passende werkzaamheden
 - Op therapeutische basis
 - Drempel / afstand ten opzichte van werk / kloof
 - Hervatting in eigen werk
 - Ander werk, herplaatsing
- Doel, traject
- Oordeel over tempo van hervatting

Hersteldmelding

- Herstel
 - ‘Weer de oude zijn’

Rollen, verantwoordelijkheden en samenspel

- Werknemer
 - Visie op rol en verantwoordelijkheid werknemer
 - Goed werknemerschap, verplichtingen werknemer
 - Typering feitelijke rol werknemer
- Leidinggevende
 - Visie op rol en verantwoordelijkheid leidinggevende
 - Goed werkgeverschap, verplichtingen werkgever
 - Typering feitelijke rol leidinggevende
 - Pushen, achter de broek zitten, duwtje geven
 - Afremmen, grenzen leren stellen
 - Facilitering / condities
 - Rol team / collega's
 - Span of control
- Bedrijfsarts
 - Visie op rol en verantwoordelijkheid bedrijfsarts
 - Verzuimreden leidend
 - Afgrenzing rol leidinggevende
 - Onderzoek verrichten
 - Contact met behandelaars
- Samenspel / regie / verantwoordelijkheden
- Fricties / onduidelijkheid / dilemma's

Eerdere ervaringen met verzuimbegeleiding en reïntegratie

- Ervaring werknemer met ziekteverzuimsituaties en reïntegratie
- Ervaring leidinggevende met ziekteverzuimsituaties en reïntegratie
 - Opleiding / ervaring / achtergrond
 - Eigen ervaring leidinggevende met ziek-zijn en reïntegratie

Verzuimbeleid

- Verzuimvisie / beleid organisatie
 - Protocol, procedures en voorschriften
 - Eigen invulling procedures
 - Kennis van procedures en rechten en plichten werknemer
 - Verzuimadministratie / -rapportage(systeem)
 - Sociaal medisch overleg
 - Rol regiomanagers / MT / directie
 - Verzuimcijfers
- Opvattingen over ziekteverzuim
 - Term VERZUIM
 - Grijs verzuim, verzuim om andere redenen
 - Frequent verzuim
 - Financiële aspecten/prikkels
 - Verband met zorgvisie
- Probleemanalyse / plan van aanpak

Andere instanties / functionarissen

- UWV
- Arbeidsdeskundige
- Arbo-deskundige
- P&O / HRM
- Verzuim- / reïntegratiecoördinator
- Ergocoach, adviseur tiltechnieken
- Externe verzuimadviseurs

Loopbaan en werkbeleving

- Functie, omvang contract en opleiding
- Zwaarte / belasting werk
 - Roosterproblematiek
 - Waardering
- Binding met organisatie
 - Contact collega's / team
 - Cultuur, sfeer in team
 - Attitude / motivatie / beleving / loyaliteit
- Combinatie werk/privé
 - Noodzaak om te werken
- Werkoverleg
- POP-gesprek
- Toekomstperspectief, inzetbaarheid
 - (Stille) toekomstdroom/-perspectief
 - Minder / meer werken, ontslag

Lijst met afkortingen

ACI	Actorgecentreerd institutionalisme
Arbowet	Arbeidsomstandighedenwet
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CNV	Christelijk Nationaal Vakverbond
CTSV	College van Toezicht Sociale Verzekeringen
FNV	Federatie Nederlandse Vakbeweging
HBO	Hoger beroepsonderwijs
HR	Human resource
IWI	Inspectie Werk en Inkomen
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OSA	Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
POP-gesprek	Persoonlijk ontwikkelingsgesprek
Regeling IVA	Regeling Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten
Regeling WGA	Regeling Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten
RUG	Rijksuniversiteit Groningen
RWI	Raad voor Werk en Inkomen
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SER	Sociaal-Economische Raad
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TBV	Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde
USBO	Departement Bestuurs- en Organisationswetenschap
UU	Universiteit Utrecht
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
Wet AMBER	Wet Afschaffing malus en bevordering reïntegratie
Wet BEZAVA	Wet Beperking ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vangnetters
Wet PEMBA	Wet Premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen
Wet REA	Wet Reïntegratie arbeidsgehandicapten
Wet SUWI	Wet Structuur uitvoering werk en inkomen
Wet TAV	Wet Terugdringing arbeidsongeschiktheidsvolume
Wet TBA	Wet Terugdringing beroep arbeidsongeschiktheidsregelingen
Wet TZ	Wet Terugdringing ziekteverzuim
Wet VLZ	Wet Verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte
Wet WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen
WMK	Wet op de medische keuringen
WULBZ	Wet uitbreiding loondoorbetaling bij ziekte
WVP	Wet verbetering poortwachter

Summary

Reintegration after long-term sick leave *A longitudinal study of actions by and interactions among employees, managers and occupational physicians*

This study focuses on reintegration after long-term sick leave. It reports on a longitudinal study of the actions by and interactions among employees, managers and occupational physicians after the sickness report. The reason behind this study concerns amendments to Dutch legislation in the period 1990-2005, which were aimed at stimulating active reintegration behaviour in employers and employees.

CHAPTER 1 describes how, due to a series of amendments and new laws in the field of sick leave and reintegration, the responsibility for reintegration after sickness has shifted from the collective to the individual sphere and how the emphasis has shifted from income protection to activation. This has given rise to a situation in the Netherlands that is unique compared with the countries around us. During the first two years of sickness, employee and employer are both responsible, in financial terms as well as for the sick-leave guidance and reintegration. In other words, a combination of financial incentives and specific behaviour guidelines, e.g. the obligation to conduct a problem analysis and to develop a plan of action (in the sixth and the eighth week after the sickness report respectively) as laid down in the Gatekeeper Improvement Act, should encourage active reintegration behaviour, mutual consultation and a process-based approach to reintegration. Another remarkable feature of the Dutch situation is that the domain of general physicians is separated from that of occupational physicians, i.e. the special role the occupational physician has in sick-leave guidance.

The changes in legislation are related to a changing policy philosophy. Inherent to the new approach are assumptions regarding the effective control of individual behaviour. It is assumed that behaviour guidelines that are formulated at the macro level will result in the desired behaviour at the micro level. Another important assumption is that the sick-leave policy of organizations would have a mediating function and would be a relevant factor in individual reintegration behaviour. A third element of the policy philosophy is that active reintegration behaviour in the micro situation would have the desired effects at the macro level (i.e. reduced sick leave, a reduced number of incapacitated workers and increased labour participation).

The amendments to the legislation have far-reaching consequences for what is expected from those directly involved in sick-leave situations. The main focus of this study is on the reintegration behaviour of the sick employee, of the manager who is responsible for the guidance process and of the occupational physician supporting them. The central research question is the following:

In situations of long-term sick leave, to what extent does the reintegration behaviour of a sick employee, the direct manager and the occupational physician involved in the micro situation correspond to the behaviour that is intended by legislation and regulations and what are the key factors and mechanisms that play a role in the differences that occur?

The empirical part of the study focuses on three subquestions:

- *How does the reintegration behaviour of a sick employee, the direct manager and the occupational physician involved develop in the months after the sickness report?*
- *What are the factors and mechanisms that correlate with the variations in reintegration behaviour, in similar situations as well as over time?*
- *To what extent are differences in the sick-leave policy of organizations relevant to differences in reintegration behaviour?*

The relevance of this study lies in the lack of knowledge about the development of reintegration behaviour and the contribution of the separate actors to the interaction process. Research on reintegration after sick leave has thus far focused mainly on policy outcomes. However, in this study a systematic analysis of the interactions among the three key actors and of the dynamics developing in the course of the months light is shed on the following question: to what extent does the influence of legal behaviour guidelines result in the desired behaviour at micro level? Furthermore, this study is also relevant to other policy areas, e.g. working longer and transferring jobs, where new tasks and responsibilities are allocated to employers and employees due to changing legislation and where the aim is behavioural change at the micro level.

In CHAPTER 2 the neo-institutionalist perspective is introduced, which is the theoretical framework for this study. Applying the principles of neo-institutionalism on long-term leave situations illustrates that in practice individual reintegration behaviour can deviate from institutionalised behavioural expectations due to all kinds of circumstances or reasons. Not only at the meso level, where macro objectives must be translated into an organizational sick-leave policy, but also at the level of individual actions, interpretations are made and discrepancies may arise between the actual behaviour and the reintegration behaviour that is intended by the legislator. The conceptual framework for this study has been created on the basis of concepts derived from actor-centred institutionalism. This framework places the three key actors' reintegration behaviour within the institutional context and shows the relationship between the following central concepts: reference units, action orientations and the use of resources. The conceptual framework has a heuristic function and has been used for ordering and interpreting the empirical material.

Prior to the empirical research and on the basis of the conceptual framework, an inventory was made of the relevant insights from previously conducted studies, regardless of the different hypotheses and designs. These studies show that, since the amendments, reintegration behaviour has become more active, but also that there is inactivity. The activity is mainly limited to the employee returning to their job and is focused to a lesser degree on transferring to a different job. With regard to the factors and mechanisms

that relate to the differences in reintegration behaviour, especially the orientation on other roles (e.g. the patient role) and adopting other roles than those intended by the legislator (employee, manager and occupational physician) are mentioned. Moreover, ideas, roles and routines linked to the changed legal regime continue to exist, causing former behavioural patterns to be maintained. Furthermore, existing research reports on problems concerning the resources that actors have at their disposal during the reintegration process. For instance, their knowledge of rights and obligations turns out to be limited and formal instruments like problem analyses and plans of action are not always used. In addition, failing competences and information problems are mentioned as factors that obstruct cooperation. Finally, according to previous research the reintegration process may stagnate due to interaction problems, e.g. failing mutual communication, lack of openness, not enough like-mindedness, too little mutual confidence and a lack of exchanging and fine-tuning expectations. The 'smooth cases' in which reintegration is successful contrasts sharply with situations in which actors 'take each other captive in a situation of inactivity'. Existing research does not provide conclusions about a possible relationship between differences in the leave policies of organizations and different levels of activity in reintegration behaviour.

CHAPTER 3 provides a methodological justification of the empirical study. The nature of this study's research question and the limited knowledge about the subject require a qualitative research design. To be more precise, it concerns an *exploring study* with a *grounded* approach. In a multiple-case study with a longitudinal setup, reintegration development is analysed in eleven cases from two healthcare institutions. One case consists of a sick-leave situation that is expected to last more than six weeks and in which the three key actors – the sick employee, manager and occupational physician – must cooperate towards the employee's return to work. The three actors are interviewed three times after the sickness report: after six weeks (i.e. before the problem analysis and plan of action are drawn up), after four months (i.e. when the plan of action should have been drawn up and carried out) and after nine months. The eleven cases are situated in two organizations that are selected on the basis of differences in their formal leave policy. Both organizations work with the same occupational physician, i.e. in the eleven cases, there is one occupational physician involved. Prior to the empirical research, it was expected that the leave policy of organization B, focusing on reintegration, capacity and employability, would offer a better basis for active reintegration behaviour than the leave policy of organization A, with relatively more emphasis on the behaviour at the moment of the sickness report. The data were obtained from almost one hundred extensive interviews and have been coded, ordered and analysed with the MAXQDA software package according to the method of constant comparison.

In CHAPTERS 4, 5 and 6, the results of the successive interview rounds are presented, arranged by the various phases in the reintegration process. They show a trend of gradually increasing activity, distinguishing four types of reintegration behaviour.

CHAPTER 4 describes the reintegration behaviour in the first weeks after the sickness report. In most cases the sickness report had been preceded by a longer period of increasing health problems. In some cases these were discussed by the employee and manager, but in other situations the manager did not even know about the problems. The occupational physician was not involved in any of the investigated situations before the sick leave became a fact. The differences in reintegration behaviour were determined shortly after the sickness report, the behaviour being described as passive or active. After the first consultation with the occupational physician, more employees and managers became active.

CHAPTER 5 describes the reintegration behaviour development up to four months after the sickness report. The increasing trend in reintegration activity continued and had in several cases resulted in a return to work (partly or wholly). Once the occupational physician had advised a return to work, there were more employees and managers who undertook action towards a return to work. A second development was that differences took shape: four types of reintegration behaviour could be distinguished: *passive*, *trailing*, *ensuing* and *anticipating*.

CHAPTER 6 contains an outline of the case developments up to nine months after the sickness report. At that point, nearly all employees had returned to work (wholly or partly), in some cases to their own job, either with or without adaptations, in other cases to suitable work. In the phase preceding the return to work, the four types of reintegration behaviour could be clearly recognized. After the recovery notifications, differences could be observed regarding the follow-up of reintegration activities: in cases illustrating *anticipating* reintegration behaviour the employee and manager continued working on future employability after the period of sick leave, whereas in other cases the return to work meant the end of all activity.

In CHAPTER 7 the three subquestions are answered on the basis of the analyses in CHAPTERS 4, 5 and 6, supplementing and specifying the results from previous studies.

The answer to the *first* subquestion about the development of reintegration behaviour in the first months after the sickness report has been divided into four points:

- 1 Employees and managers were first inclined to adopt a passive attitude, but in the weeks after the sickness report they gradually developed more active behaviour. In several cases the employee and manager were actively working on reintegration right after the sickness report. In all cases there was a state of equilibrium, as the reintegration behaviour of employee and manager was adjusted to that of the other. Activity increase followed a fixed pattern: after the occupational physician's advice to return to work, passive behaviour changed into more active behaviour.
- 2 Four types of reintegration behaviour could be distinguished in the course of the process: *passive*, *trailing*, *ensuing* and *anticipating*. They differ from each other in several, related ways: the moment at which the employee and manager become active, the nature and scope of their actions, the follow-up actions after the recovery notification, the role division that is established and the occupational physician's contribution to

this. When the activity gradually increased, the mutual differences between these types of behaviour remained identifiable, even when the sick leave came to an end.

- 3 When looking at the entire period, there was – in addition to the increase in activity – a certain continuity in the reintegration behaviour of the employee and manager. A quick and active start was the beginning of an action pattern, which would continue in the months afterwards. The consistency in reintegration behaviour was also demonstrated by the repetition of *passive* behaviour in new or recurring health problems. Despite recent experiences, the same pattern of continuing work as long as possible and not discussing problems could be noticed.
- 4 The occupational physician's contribution to the reintegration varied and was determined by the behaviour of the employee and manager. The actual contribution varied from initiating and guiding (in *passive*, *trailing* and *ensuing* behaviour) to providing advice and support (in *anticipating* behaviour). The effectiveness of the occupational physician's advice depended on what the employee and manager would do with it. The occupational physician's attempts to let the employee and manager take over the initiative and guidance did not result in more active reintegration behaviour.

The answer to the *second* subquestion about the factors and mechanisms that relate to the variation in reintegration behaviour consists of five conclusions:

- 1 The increase in activity is in the first place linked to increasing labour possibilities.
- 2 The identified differences in reintegration behaviour are related to a wide range of normative role orientations and to differences in cognitive action orientations. This means that the four different types coincide with more or with less active interpretations of their own role by employees and managers, in relation to implicit or explicit expectations of the role of others. Moreover, there is a connection to whether reintegration is placed into the perspective of the employee's future employability. Employees and managers who do this to a lesser extent consider sick leave a medical matter and see a primary role for the medical professional.
- 3 Furthermore, there is a connection to the way in which resources are used. Employees and managers differ in the extent to which they make use of, for example, previous experiences and expert advice, depending on their activity level.
- 4 Whether a plan of action is drawn up or not does not relate to more or to less active reintegration behaviour. The plan of action does not have the effect that is intended by the legislator.
- 5 The interaction process shows intensifying effects, causing various mechanisms to arise: further activity is either stimulated or not stimulated at all.

With regard to the *third* subquestion about differences in leave policy as a relevant factor, it can be concluded that there is no systematic difference between the cases from the two institutions; in both series of cases, a similar variety was observed. To provide a conclusion about whether the leave policy of organizations is a factor that could clarify differences in reintegration behaviour, a research setup covering a larger number of cases would be required. Moreover, not only should the differences in formal leave policies be investigated, but also the way organizations apply their policy to actual practice and how it is experienced.

CHAPTER 7 formulates conclusions that answer the central research question.

The first conclusion concerns the question to which extent the reintegration behaviour observed coincides with the behaviour intended by the legislator. The answer is twofold. Strictly speaking, the legislation allows for a variety of reintegration behaviour, as long as sufficient reintegration efforts are made and the result is a return to work. In a literal sense, the reintegration behaviour meets the requirements of the legislation in most cases. Seen from the perspective of the intentions of the legislation, the answer is more complex. According to the logic of legislation, the employee and manager – supported by the occupational physician – must actively and mutually cooperate in a structured process in order to establish a return to the labour process that is as swift as possible. The legislator's norm 'work to your capacity' implies that adequate behaviour means that labour possibilities are optimally used. The macro objective of increasing labour participation implies that the legislator finds a sustainable return to the labour process important. In this interpretation, focusing on the intentions of the law, the majority of the cases show considerable discrepancies between the behaviour observed and the behaviour intended by the legislator. *Anticipating* behaviour corresponds the most to what the legislator intended with the amended legislation. Behaviour that is labelled as *trailing* and *ensuing* corresponds to a lesser extent, in several respects, with the desired behaviour. If *passive* behaviour continues to exist, while the potential for returning to work has grown, then the lack of initiative by the employee and manager does not correspond to the intentions of the legislation.

The second conclusion concerns the question about factors and mechanisms that play a role in the differences observed. Differences in reintegration behaviour are related to the various normative role orientations and cognitive action orientations of employee and manager. Furthermore, there is a connection to the differences in using resources:

- An active interpretation of the own role by the employee and manager coincides with the expectation that the other will take part actively as well and with the idea of placing reintegration into the perspective of future employability. This interpretation and vision are linked to an active use of resources, e.g. medical knowledge, knowledge of legislation and regulations, previous experiences with reintegration and expert advice.
- A less active interpretation of the own role by the employee and manager, in which they expect that the other or the occupational physician will take the lead, coincides with a vision in which the medical aspects of sick leave are emphasized and in which priority is given to terminating the sick leave. In this interpretation and vision, less use is made of the available resources.

In both cases the mechanisms of adjustment of the employee's and manager's behaviour to that of the other and of the intensification of this in the interaction process occur.

In terms of the conceptual framework these conclusions imply that the intended new norms and values (i.e. 'work before income' and 'work to your capacity') are not deeply embedded in daily practice and that rules do not necessarily lead to identification with

the intended active role and with achieving the objectives formulated at macro and micro level. This study confirms the theoretical remark that was made about the competing institutional logic and about the influence of norms and views that are related to previous legislation and regulations. The influence of thinking in terms of medical care ('clarifying what is going on' and 'getting well') and of old norms and routines ('being on sick leave' and 'sick is sick') shines through in reasons to wait before taking the initiative. In addition, the following aspects play a role: being insufficiently aware of the rules and regulations, not deeming them applicable to the situation in question or not deeming them relevant to the own actions. This study does not provide a basis for decisive statements on the cohesion of elements within the framework. The interviews illustrate that in some cases action orientations precede behaviour and that in other cases behaviour and the attribution of meaning coincide, without it being possible to identify a cause-effect connection. The intensifying effects that occur in the interaction process imply that the orientations that are either implicitly or explicitly present turns into patterns, which are further influenced and shaped by behaviour and then lead to follow-up actions. In addition, the effects relate to the way in which resources are used and the effect this has on further action possibilities.

The findings from this study underline the relevance of further research on current themes in neo-institutionalist theory development. They illustrate that paying more attention to analyses at the level of individual behaviour and *agency* is important to have the neo-institutionalist perspective gain strength. Furthermore, the findings contribute to understanding the unruliness of planned institutional changes and, in a more general sense, to the knowledge of how actors combine meaningful elements from multiple institutional logics and adopt different approaches at the micro level.

In an evaluative sense it is concluded in CHAPTER 7 that the checks that were performed on reliability and validity, during the data collection phase as well as the data analysis phase, guarantee that an accurate and faithful image of the reintegration behaviour in the eleven cases has been provided. The empirical research was limited to eleven cases and was not conducted with the aim of providing generalizing statements in a statistical sense. However, it can be assumed that the conclusions about the types of reintegration behaviour, the understanding of how reintegration behaviour develops itself and the factors and mechanisms playing a role in this, all have a larger validity. Follow-up research building on this exploring study would be able to provide an understanding of the extent to which the different types of reintegration behaviour occur and to refine the conclusions presented here.

Finally, in CHAPTER 7 several recommendations are formulated.

Organizations are challenged to better equip employees and managers for an active contribution or directing role in the process of reintegration after sickness. With regard to the role and position of the occupational physician, the findings of this study advocate a development that is contrary to the trend of recent years: from a limited role that ends at

the moment of the recovery notification to a more comprehensive, independent advisory role on the basis of expertise in the field of occupational health. In their leave policy, organizations should place more emphasis on the reintegration process, the changing roles and responsibilities and the actions that are expected of employees and managers in this process. In addition, attention should be paid to the circumstances under which the policy is carried out. By involving employees and managers more in the implementation and evaluation of the leave policy, the leave policy will not primarily be considered a management affair anymore or an obligation set by higher authorities; it would be considered a mutual responsibility, serving the employee's as well as the organization's interests and facilitating their actions.

The conclusions of this study indicate that the legislator is right to encourage a mutual and systematic approach at an early stage. However, the regulation to draw up a plan of action in the eighth week after the sickness report is in practice often considered a bureaucratic obligation and is therefore not effective. The employee's and manager's attention should be focused on the importance and the aim of making future-oriented agreements instead of on an instrument that is not valued.

The discrepancies between actual reintegration behaviour and the legislator's intentions that have come to light in this study illustrate that achieving behavioural change at the micro level is a complicated process. The leave policy of organizations does not seem to establish such a mediating effect that the legislator's intentions are transferred to the micro level by mediation at this meso level. In a policy sense as well as in a scientific sense, more attention should be paid to how those directly involved at the micro level could be encouraged to play a more active part in the aim of returning to work and sustainable employability. New legislation concerning the prolonging of labour duration and work-to-work transitions in situations of unemployment or threatening unemployment means that, also in these fields, more responsibilities and new tasks will be allocated to the level of the employee-manager relationship. This highlights that much can be gained from optimizing the interactions at the micro level in order to establish an increased labour market participation in the long term.

Curriculum vitae

Betsy van Oortmarssen is geboren op 24 januari 1957 in Lochem. Ze behaalde in 1975 het atheneum-B diploma aan de Rijksscholengemeenschap aldaar, waarna ze naar Groningen verhuisde. Ze studeerde van 1975 tot 1982 filosofie (afgerond met een doctoraalexamen) en sociologie (kandidaatsexamen behaald) aan de Rijksuniversiteit Groningen en voltooide daar de universitaire lerarenopleiding maatschappijleer. Ze bekleedde er bovendien bestuurlijke functies, was actief in de studentenvakbond en werkte er als student-assistent. Van 1982 tot 1987 was ze werkzaam als filosofiedocent in het voortgezet onderwijs in Leeuwarden. Daarna was ze lange tijd als docent filosofie en sociaalwetenschappelijke vakken in dienst bij de Hanzehogeschool Groningen. Aan deze hogeschool doceerde ze bij verschillende gezondheidszorgopleidingen, waaronder de opleiding Verpleegkunde. Vervolgens was ze hogeschooldocent bij bedrijfskundige opleidingen, onder andere bij de opleiding Management, Economie en Recht. Ze participeerde in verschillende medezeggenschapsorganen, waaronder de Centrale Medezeggenschapsraad. Vanaf 2003 was ze verbonden aan het lectoraat Arbeidsverhoudingen, dat inmiddels is uitgegroeid tot het Kenniscentrum Arbeid. Met financiële steun van het Mobiliteitsfonds HBO (nu bekend onder de naam Zestor, arbeidsmarkt- en opleidingsfonds HBO) en met facilitering door de Hanzehogeschool startte ze in 2005 met het promotieonderzoek naar reïntegratie bij langer durend ziekteverzuim. In 2008 raakte ze betrokken – naast haar onderwijs- en onderzoeksbaan – bij het opzetten en uitvoeren van een drietal meerjarige projecten die door de Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid in samenwerking met andere patiëntenorganisaties zijn geïnitieerd. Deze projecten – over verzekeringsgeneeskundige protocollen, de kwaliteit van keuring en mediprudentie – hadden tot doel vanuit patiëntenperspectief bij te dragen aan verbetering van de kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. In 2010 beëindigde ze haar onderwijsloopbaan en trad ze in dienst bij FNV Bouw, waar ze momenteel werkt als manager individuele belangenbehartiging in de regio's noord en oost. Ze woont in de stad Groningen met Jasper Schaaf; samen hebben ze twee volwassen zonen.

Dit proefschrift gaat over reïntegratie in situaties van langer durend ziekteverzuim. In twee series casussen, die zich afspelen in zorginstellingen, is gevolgd hoe de zieke werknemer, de leidinggevende en de bedrijfsarts omgaan met reïntegratie. Hoe ontwikkelt het reïntegratiegedrag zich in de maanden na de ziekmelding, welke verschillen doen zich daarin voor, en welke factoren en mechanismen zijn daarbij van invloed?

Het samenspel van de direct betrokkenen is onderzocht tegen de achtergrond van wat de wetgever van hen verwacht. Door veranderde wetgeving is in Nederland de verantwoordelijkheid voor ziekteverzuim en reïntegratie sinds het begin van de jaren negentig stap voor stap verschoven van het collectieve domein naar de individuele werkgever en werknemer. Het onderzoek biedt inzicht in hoe deze ingrijpende wijzigingen in de praktijk uitwerken.

ISBN 978-90-805658-0-7



9 789080 565807 >