

# Het heft in handen nemen

## Ervaringen van werkgevers over het eigen initiatief van langdurig zieke werknemers bij hun reïntegratie

Tinka van Vuuren en Jan Fekke Ybema\*

Langdurig zieke werknemers worden geacht om zelf actief bij te dragen aan hun reïntegratie. In deze bijdrage wordt onderzocht hoe werkgevers oordelen over het eigen initiatief van langdurig zieke werknemers bij hun reïntegratie en welke effecten dit eigen initiatief heeft op succesvolle werkhervatting. Hiervoor is een gestratificeerde steekproef van 1294 Nederlandse werkgevers bevestigd (69% respons), waarvan er 608 recente ervaring hadden met één of meer langdurig zieke werknemers. Deze werkgevers zijn gevraagd naar hun ervaringen en activiteiten voor de reïntegratie van een specifieke werknemer die langer dan dertien weken ziek was in de afgelopen twee jaar. Uit de resultaten blijkt dat een werknemer die naar de mening van zijn werkgever zelf actief is en initiatieven neemt, een grotere kans heeft op een succesvolle terugkeer naar het werk. Verder blijkt dat de mate waarin de werknemer volgens de werkgever eigen initiatief ontplooit, niet alleen afhangt van individuele kenmerken, zoals het beroepsniveau of disfunctioneren voor aanvang van de ziekte, maar ook van de activiteiten die de werkgever inzet om de zieke werknemer te laten terugkeren in het eigen bedrijf. De conclusie is dat een actieve opstelling van zowel de zieke werknemer als de werkgever de kans op succesvolle werkhervatting vergroot.

371

### 1 Inleiding

Jaarlijks worden ongeveer 250.000 tot 300.000 werknemers als langdurig ziek gemeld bij het UWV (langer dan dertien weken). Ruim een kwart van de werkgevers had de afgelopen twee jaar te maken met een of meer langdurig zieke werknemers. Wanneer een werknemer langdurig ziek wordt, zijn werkgever en werknemer samen verantwoordelijk voor de reïntegratie. Er zijn twee mogelijkheden om weer aan het werk te gaan: terugkeer naar de eigen organisatie (reïntegratie eerste spoor) of plaatsing bij

---

\* Tinka van Vuuren is werkzaam bij Loyalis Kennis en Consult.  
Jan Fekke Ybema is werkzaam bij TNO Kwaliteit van Leven | Arbeid.  
Correspondentieadres: Tinka van Vuuren, Loyalis Kennis en Consult, Postbus 4946, 6401 HV Heerlen, tel. 045-5795515, e-mail [Tinka.van.Vuuren@loyalis.nl](mailto:Tinka.van.Vuuren@loyalis.nl).

een andere werkgever (reïntegratie tweede spoor). Tijdens de reïntegratie schakelt de werkgever een arbo- of bedrijfsarts in, soms in combinatie met andere professionele hulp (bijvoorbeeld een arbeidsdeskundige, een reïntegratiebedrijf of een loopbaanadviseur) ([www.minszw.nl](http://www.minszw.nl)).

Op 1 april 2002 is de Wet Verbetering Poortwachter (WVP) in werking getreden. Het doel van deze wet is om tot meer reïntegratie en werkhervatting van uitgevallen werknemers te komen en zodoende de instroom in de arbeidsongeschiktheidsverzekering te beperken. Om dit te bereiken hebben de werkgever en de werknemer een meer actieve rol in het reïntegratieproces gekregen. Op 1 januari 2004 is de Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (Wvlz) in werking getreden. Als gevolg van deze wet is de werkgever gedurende die eerste twee ziektejaren verantwoordelijk voor de loondoorbetaling.

372

De werkgever moet zich inzetten voor werkhervatting in het eigen werk of in ander werk. Werknemers zijn verplicht mee te werken aan hun reïntegratie, ze moeten passend werk aanvaarden en mogen hun eigen herstel niet belemmeren. Ze moeten meewerken aan onderzoek naar hun arbeidsgeschiktheid en hervatting in hun eigen of ander werk.

Volgens deze wetgeving rond ziekteverzuim moet de nadruk worden gelegd op activering en participatie. Ook dient volgens deze wetgeving te worden gekeken naar wat de werknemer nog wél kan, in plaats van wat deze niet meer kan. Dit in tegenstelling tot de eerdere wetgeving op dit gebied. Deze ommezwaai loopt parallel aan de verandering in het denken over arbeid en gezondheid. In plaats van een negatieve invalshoek in het denken over arbeid en gezondheid is er nu steeds meer sprake van een positieve invalshoek (Van de Heuvel & Van Vuuren, 2009).

De Nederlandse wetgeving gaat ervan uit dat een actieve bijdrage van de werknemers aan hun eigen reïntegratie bij langdurig verzuim succesvolle werkhervatting zal bevorderen. In deze bijdrage willen wij onderzoeken in hoeverre dit inderdaad het geval is. Om dit na te gaan doen wij verslag van een onderzoek onder werkgevers naar de reïntegratie van langdurig zieke werknemers dat TNO heeft verricht in opdracht van de Raad voor Werk en Inkomen (Piek, Van Vuuren, Ybema, Joling & Huijs, 2008).

### 1.1 Eigen initiatief van werknemers

Langdurig zieke werknemers wordt aangeraden de 'regisseur' te zijn van alles wat er gebeurt rond hun behandeling en werkhervatting (Van der Veer, Van den Bosch & Zwart, 2008). Dit bevordert volgens Van der Veer et al. (2008) dat de vragen, behoeften, wensen en oplossingskracht van de werknemer (meer) voorop komen te staan. Het regisseurschap leidt zo tot een grotere kans op een succesvolle reïntegratie. De werknemer kan volgens Van der Veer et al. (2008) de regie nemen door bijvoorbeeld zelf de bedrijfsarts, behandelaar of casemanager te kiezen en door actief betrokken te zijn bij de opstelling van de probleemanalyse en het plan van aanpak. Volgens Piek et al. (2008) heeft eigen initiatief bij de reïntegratie vooral betrekking op zaken als actief meewerken aan de reïntegratie, zelf het contact onderhouden met leidinggevende en collega's op de werkplek en zelf huisartsen of specialisten raadplegen. Ook het schrijven van brieven vanuit een sollicitatietraining in het geval dat reïntegratie bij de eigen werkgever niet mogelijk was, werd gezien als een vorm van eigen initiatief.

Het grootste deel van de Nederlandse werknemers is zich niet bewust van hun eigen mogelijkheden om een belangrijke rol te spelen bij hun eigen reïntegratie (Nederlands Kenniscentrum Arbeid & Psyche, 2004). Uit dit onderzoek blijkt dat driekwart van de werknemers niet bekend is met de rol die zij zelf kunnen spelen bij het voorkomen van ziekteverzuim en bij het opstellen van een Plan van Aanpak. Over de mate waarin langdurig zieke werknemers er daadwerkelijk in slagen het heft in handen te nemen is weinig bekend.

Over de medewerking door de werknemer is wel veel informatie beschikbaar. Uit het onderzoek van Jehoel-Gijsbers en Van Deursen (2003) blijkt dat 94% van de 12-maandszieken vindt dat ze al het mogelijke hebben gedaan aan reïntegratie. Onderzoek in opdracht van de Stichting van de Arbeid (Van Horssen & Van Doorn, 2007) bevestigt dit beeld. Toch geven de werknemers wel punten aan die zij een volgende keer anders zou aanpakken, zoals niet doorlopen met klachten, luisteren naar eigen lichaam, meer voor jezelf opkomen, assertiever zijn bij vragen om hulp. Ook kwam uit dit onderzoek naar voren dat veel 12-maandszieken het gevoel hadden in het eerste ziektejaar weinig controle te hebben over wat er met hen gebeurde; ze hielden zich vooral bezig met hun gezondheid, behandeling en acceptatie van leven met beperkingen.

373

## 1.2 Rol van werkgevers

Het hierboven beschreven onderzoek onder 12-maandszieken wijst erop dat langdurig zieken zich kennelijk vaak afhankelijk opstellen. Een mogelijke reden hiervoor is dat de werkgever hen niet activeert: mensen worden niet uitgedaagd om serieus over hun reïntegratie na te denken (Knegt, Besseling, Hoffius, Veerman & Ybema, 2004). Daarnaast ervaren werknemers een gebrek aan maatwerk en ontvangen ze vaak geen informatie over de procedures met betrekking tot het reïntegratieproces. Werknemers vinden dat reïntegratietrajecten te eenzijdig gericht zijn op werkhervatting en ervaren vaak een ongezonde druk en gebrek aan begrip van de werkgever. Verder hebben werknemers weinig inbreng in de invulling van het plan van aanpak. Meestal wordt dit alleen door de werkgever opgesteld en is er geen ruimte voor ideeën van de werknemer (Bosselaar & Komduur, 2005; Komduur & Tasma, 2003; Stichting de Ombudsman & Breed Platform Verzekerden & Werk (BPVW), 2004).

Bovenstaande uitkomsten geven aan dat langdurig zieke werknemers en hun werkgevers uiteenlopende belangen kunnen hebben. Young, Wasiak, Radosloa, Roessler, McPherson et al. (2005) wijzen erop dat hoewel de diverse betrokkenen bij de reïntegratie van langdurig zieken en arbeidsongeschikten, zoals werknemers, werkgevers, financiers, gezondheidszorg en de maatschappij, allen nastreven dat de werknemers veilig, tijdig en duurzaam het werk hervatten, zij ook ieder baat kunnen hebben bij een minder effectieve of efficiënte werkhervatting. Dit omdat zij ook andere doelen nastreven, die kunnen maken dat zij minder waarde hechten aan werkhervatting van deze ene werknemer. Een werkgever zal bijvoorbeeld de verwachte kosten en baten van reïntegratietrajecten afwegen. In sommige gevallen zal niets doen en aansturen op ontslag van de zieke werknemer voor de werkgever aantrekkelijker zijn dan werkhervatting van een – door de ziekte – minder productieve werknemer. De werkgever hoeft dus niet altijd het beste met de werknemer voor te hebben. Lang niet alle werkgevers of leidinggevenden zijn voldoende gemotiveerd of toegerust om met

werknemers samen aan hun reïntegratie te werken (Bosselaar & Komduur, 2005). Het is de vraag of leidinggevenden wel vaardig en efficiënt genoeg kunnen stimuleren. Post (2005) vond namelijk een omgekeerd effect: hoe meer aandacht van de leidinggevende, des te later de werkhervatting. Ook willen werkgevers het eigen initiatief van werknemers soms niet stimuleren, omdat ze geen vertrouwen hebben in de bijdrage van de werknemer. Verdonk, De Rijk, Klinge en Van Dijk-De Vries (2008) beschrijven de mogelijke negatieve wisselwerking tussen langdurig zieke werknemers en hun werkgevers. De werkgevers verwachten, aldus Verdonk et al., dat de werknemers zelf het initiatief nemen om contact te onderhouden en benadrukken hiermee dat de werknemers alleen zelf verantwoordelijk zijn voor hun ziekteverzuim en hun reïntegratie, met als impliciete boodschap dat de werknemers hebben gefaald. Een positieve wisselwerking tussen langdurig zieken en hun werkgevers is echter ook mogelijk. Activiteiten van werkgevers werken ook positief op de opstelling van werknemers. Zo hangen inspraak bij reïntegratiebeleid en goede informatieverstrekking over reïntegratie samen met een positieve houding van werknemers bij hun reïntegratie (Van Vuuren, Smit, Van Gent & Andriessen, 2001).

374

### 1.3 Succesvolle werkhervatting

De mate waarin zieke werknemers eigen initiatief tonen, lijkt hun kans op succes van de reïntegratie bij langdurig verzuim te bevorderen. Wat betreft de positie en opstelling van werknemers blijkt uit diverse onderzoeken dat de motivatie van de werknemers een rol speelt voor het succes van reïntegratie (bijv. Van Horssen & Van Doorn, 2007; Van Petersen, Vonk & Bouwmeester, 2004; Van Vuuren, Sanders, Besseling & De Bruin, 2005; Stichting de Ombudsman, 2007). Van Horssen en Van Doorn (2007) constateren dat een lage motivatie en een slechte relatie tussen de werknemer en werkgever belemmerend werken voor de kans om te reïntegreren van werknemers die door UWV minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn bevonden (de zogenaamde 35-minners). Ook blijkt een grotere ervaren wederzijdse bereidheid om zich in te zetten voor de reïntegratie de kans op succes van de reïntegratie te vergroten (bijv. Van Horssen & Van Doorn, 2007; Knecht et al., 2004; Stichting de Ombudsman & BPVW, 2004). Overigens blijkt de motivatie niet altijd doorslaggevend voor het succes van reïntegratie. Zo blijkt uit een onderzoek van De Rijk, Van Lierop, Janssen en Nijhuis (2002) dat bij verzuim door ziekte de kansen op werkhervatting voor vrouwen geringer zijn dan voor mannen. Dit hangt, aldus De Rijk et al., echter niet samen met de motivatie van vrouwen, maar met hun situatie op het werk en thuis.

### 1.4 Context

De mate van initiatief die langdurig zieke werknemers ontplooiën voor hun reïntegratie staat echter niet op zich, maar hangt waarschijnlijk af van de context waarbinnen de reïntegratie plaatsvindt. Eerder noemden wij al dat de wisselwerking tussen de langdurig zieke werknemers en hun werkgevers van invloed lijkt te zijn op de mate van initiatief (Verdonk et al., 2008). Ook Van der Veer, Van den Bosch en Zwart (2008) beschrijven dat een gebrek aan informatie en keuzemogelijkheden de ruimte voor eigen initiatief van de zieke werknemers bij hun terugkeer beperkt. Daarnaast valt op grond van het wederkerigheidsprincipe – de drijfveer om iets terug te doen

als iemand iets voor ons doet (Gouldner, 1960) – te verwachten dat als werkgevers meer activiteiten ondernemen, werknemers ook meer initiatief ontplooiën.

Verder spelen kenmerken van de werknemer een rol bij het in handen nemen van het initiatief. De ziekte van de werknemers kan hun vermogen de regie te voeren tijdelijk sterk beperken (Van der Veer et al., 2008). Daarnaast wijzen Van der Veer et al. erop dat sommige werknemers geen regisseur willen zijn. Zo schrijven zij dat mondigheid voor sommige werknemers een zware opgave is: ‘Menig afhankelijke werknemer heeft een gering vertrouwen in eigen kunnen (gekregen). Positieve ervaringen versterken het zelfvertrouwen en daarmee de kans op succesvolle werkhervatting’ (Van der Veer et al., 2008, p. 16). Werknemers met psychische klachten en een lager beroepsniveau nemen waarschijnlijk minder initiatief voor hun reïntegratie.

Ook de kans op succes van de reïntegratie is afhankelijk van de context waarin de reïntegratie plaatsvindt. Eerder onderzoek laat zien dat de omvang van het bedrijf ertoe doet. Zo blijkt in het MKB dat meer mensen bij grotere werkgevers dan bij kleine werkgevers hervatten (Van Vuuren, Andriessen, Van Gent, Smit, Vinke et al., 2000). Brancheorganisaties uit het MKB signaleren eveneens dat de mogelijkheden voor reïntegratie langs het eerste spoor beperkt zijn als gevolg van de specialistische aard van werkzaamheden en de kleinschaligheid van bedrijven in het MKB (MKB-Nederland, 2006). Van Horssen en Van Doorn (2007) vinden dat het ontbreken van geschikte functies belemmerend werkt voor de kans op reïntegratie van 35-minners. Ook gaat een goed arbo- en verzuimbeleid samen met minder verzuim en lage WAO-instroom (Van Vuuren et al., 2001). Reijenga, Maurits en Van Vuuren (2009) vinden dat een open, laagdrempelige communicatiecultuur in scholen voor primair en voortgezet onderwijs de reïntegratie bevordert van arbeidsongeschikten die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn verklaard.

Tevens zijn werknemerskenmerken van belang. Zo gaan een jongere leeftijd, man zijn, een hogere of leidinggevende functie, bepaalde klachten, een beter ervaren gezondheid, gunstiger arbeidsmarktpositie, samen met meer kansen op reïntegratie na ziekte (bijv. Nijhuis & Van Lierop, 2007; Van Horssen & Van Doorn, 2007; Jehoel-Gijsbers & Van Deursen, 2003; Van Petersen et al., 2004; Van Vuuren et al., 2000; Van Vuuren et al., 2005). In onderzoek in het MKB (Van Vuuren et al., 2000) kwam bijvoorbeeld naar voren dat succesvolle reïntegratie bij MKB vooral afhangt van de gezondheid van de werknemers. Verder blijkt dat mensen met klachten aan het bewegingsapparaat vaker het werk hervat hebben dan mensen met psychische klachten (Van Vuuren et al., 2005).

### 1.5 Onderzoeksvraag

In dit artikel doen we verslag van een onderzoek onder werkgevers naar de reïntegratie van langdurig zieke werknemers. De centrale onderzoeksvraag is wat de toegevoegde waarde is van het nemen van eigen initiatief door de werknemer op de kans op succesvolle werkhervatting. Daarnaast gaan we na waar de mate van eigen initiatief van de werknemer mee samenhangt. Uitdrukkelijk is daarbij gekozen voor het perspectief van de werkgever.

We onderzoeken van de volgende kenmerken het verband met de mate van initiatief volgens de werkgever en met succesvolle werkhervatting: (1) Kenmerken van de werknemer: geslacht, leeftijd, beroepsniveau en soort aandoening; (2) Kenmerken van de

werkgever: grootte en sector van het bedrijf, reïntegratieactiviteiten die de werkgever heeft ondernomen voor een langdurig zieke werknemer, en belemmeringen voor de werkhervatting, waargenomen door de werkgever.

## 2 Methode

In dit artikel wordt gebruikgemaakt van de gegevens die zijn verzameld in onderzoek naar de reïntegratie van zieke werknemers dat is uitgevoerd door TNO in opdracht van de Raad voor Werk en Inkomen (Piek et al., 2008).

### 2.1 Procedure

376

We hebben een naar sector en bedrijfsgrootte gestratificeerde steekproef getrokken uit LISA, een bestand met alle vestigingen van organisaties in Nederland. In het voorjaar van 2007 zijn deze organisaties telefonisch benaderd. Het interview bevatte een screeningsdeel met dertien vragen, dat bij alle deelnemende werkgevers is afgenomen. Indien een werkgever in de afgelopen twee jaar (sinds januari 2005) geen langdurig zieke werknemers (dertien weken ziek of langer) had, werd het interview na dit screeningsgedeelte afgesloten. Dit was het geval voor 686 geïnterviewde werkgevers. Indien de werkgever wel langdurig zieke werknemers had, werd het volledige interview afgenomen. Dit betrof 608 geïnterviewde bedrijven. Aan hen is gevraagd hoeveel langdurig zieke werknemers zij sinds 1 januari 2005 hebben (gehad). Vervolgens is een aantal algemene vragen gesteld. Daarna werd op één (voor de respondent goed bekend) ziektegeval dieper ingegaan. De duur van het verzuim van deze ziektegevallen varieerde van dertien weken tot langer dan 24 maanden. In het algemene deel waren vragen opgenomen over het reïntegratiebeleid en over inspanningen voor reïntegratie bij het eigen bedrijf (eerste spoor) en bij een andere werkgever (tweede spoor). Deze algemene vragen werden gesteld over alle langdurig zieke werknemers sinds januari 2005. In het specifieke deel werd ingezoomd op de ervaringen met één specifieke zieke werknemer. In deze bijdrage maken we gebruik van de resultaten van het interview over deze specifieke zieke werknemer.

### 2.2 Steekproef

Er zijn in totaal 1294 telefonische interviews gehouden met (vestigingen van) bedrijven met twee of meer werkzame personen. De opdracht was om 600 gesprekken te voeren met vestigingen van organisaties (bedrijven of instellingen) die sinds 1 januari 2005 te maken hebben gehad met één of meer langdurig zieke werknemers (dat wil zeggen: dertien weken of langer ziek). Daarbij is gekozen voor een gestratificeerde opzet, waarbij vijf grootteklassen en zes sectoren zijn onderscheiden. Op voorhand kon worden verondersteld dat in kleine vestigingen veel minder gevallen van langdurig zieke werknemers zouden worden aangetroffen dan in grote vestigingen. Om een gelijkmatige verdeling van cases van langdurig zieke werknemers over de vijf grootteklassen te krijgen, moesten veel kleine en relatief weinig grote vestigingen worden benaderd. Tegelijkertijd moest het aantal grote vestigingen wel proportioneel zijn om ook over deze categorie uitspraken te kunnen doen.

In totaal zijn 2674 (vestigingen) van bedrijven telefonisch benaderd. Hiervan waren 785 bedrijven in het geheel niet bereikbaar (tot vier maal toe werd getracht hen te bellen). Van de bereikte bedrijven weigerden 595 hun medewerking. De respons (het aantal interviews in relatie tot het aantal interviews + weigeringen) was 68,5%. Dit hoge percentage duidt erop dat men het een belangrijk onderzoek vond. Wanneer ook bedrijven die in het geheel niet bereikbaar waren, worden meegerekend, komt het responspercentage uit op 48,4%.

In de interviews werd gevraagd naar de persoon die verantwoordelijk is voor de reïntegratie van zieke werknemers in de betreffende vestiging van het bedrijf. Tabel 1 laat zien dat in veel gevallen gesproken is met de eigenaar of directeur. In grotere bedrijven is vaker gesproken met iemand van P&O.

**Tabel 1** Geïnterviewden naar grootte van het bedrijf

377

Functie	Grootte bedrijf (aantal werkzame personen)					Totaal
	2-9	10-19	20-49	50-99	100+	
Eigenaar, directeur	66,9%	40,4%	27,1%	11,4%	0,8%	43,2%
Bedrijfsleider	6,4%	7,8%	7,2%	4,3%	2,3%	6,2%
P&O-/HRM-functionaris	12,2%	22,6%	42,5%	62,1%	80,6%	30,8%
Teamleider, afdelingshoofd, lijnmanagement	2,3%	6,7%	4,4%	2,9%	3,1%	3,6%
Andere staffunctionaris	5,4%	9,6%	7,7%	10,7%	1,6%	6,8%
Anders	6,8%	13,0%	11,0%	8,6%	11,6%	9,4%
N	574	270	181	140	129	1294

Indien een werkgever sinds 1 januari 2005 meerdere langdurig zieke werknemers had, is gevraagd om vragen te beantwoorden voor het langdurige verzuimgeval dat de respondent het beste kent. Vervolgens is gevraagd in hoeverre deze langdurig zieke werknemer representatief was voor de langdurig zieke werknemers in het bedrijf (zie tabel 2).

**Tabel 2** Representativiteit van de besproken langdurig zieke werknemers (N = 608)

	N	%
Werkgevers met 1 langdurig zieke werknemer	243	40,0%
Werkgevers met meer dan 1 langdurig zieke werknemer	365	60,0%
Meestal verloopt de reïntegratie beter	113	18,6%
Vergelijkbaar/representatief of eerste keer	205	33,7%
Meestal verloopt de reïntegratie minder goed	12	2,0%
Weet niet	35	5,8%

In 19% van de gevallen verliep de reïntegratie slechter dan normaal en in 2% van de gevallen verliep de reïntegratie beter dan normaal. Bij het overgrote deel van de werkgevers (80%) zijn er echter geen aanwijzingen dat de besproken zieke werknemer niet representatief zou zijn. In 40% van de gevallen betreft het de enige langdurig zieke bij de werkgever, 34% is vergelijkbaar met eerdere gevallen en van 6% weet de geïnterviewde niet of de werknemer wel of niet representatief is voor eerdere en andere gevallen. Er zijn dus geen aanwijzingen voor een positieve selectie van succesverhalen. Er is hooguit sprake van een lichte oververtegenwoordiging van probleemgevallen.

### 2.3 Onderzochte variabelen

378 Vrijwel alle variabelen (behalve grootte en sector van het bedrijf) zijn gebaseerd op de beoordeling door de werkgever. De ondervraagde vertegenwoordigers van de werkgevers zijn gevraagd naar hun mening over de langdurig verzuimende werknemer, hun eigen inspanningen (de ingezette reïntegratievoorzieningen) en die van de werknemer (eigen initiatief), de door hen ervaren belemmeringen voor werkherhervatting, en de mate van het succes van de werkherhervatting. Aangezien slechts een kleine minderheid van de werkgevers (14%) de zieke werknemer trachtte te reïntegreren bij een andere werkgever (het tweede spoor), richten we ons in dit artikel uitsluitend op de ervaren belemmeringen en ingezette voorzieningen voor reïntegratie in het eigen bedrijf (het eerste spoor).

#### *Ingezette voorzieningen*

Aan de werkgevers is gevraagd welke van de volgende activiteiten zij hebben ingezet voor de besproken langdurig zieke medewerker om terugkeer te bevorderen in het eerste spoor:

- minder uren werken (tijdelijk/structureel);
- de inhoud van het werk/takenpakket aanpassen (tijdelijk/structureel);
- de werktijden of rooster aanpassen (tijdelijk/structureel);
- de werkplek aanpassen of verstrekken van hulpmiddelen;
- hervatten in een andere functie;
- tijdelijk hervatten bij een andere werkgever (detachering);
- scholing, training, opleiding of cursus;
- wachtlijstbemiddeling;
- individuele begeleiding of coaching;
- door de werkgever betaalde therapie of behandeling;
- andere voorzieningen, namelijk;
- geen voorzieningen ingezet.

#### *Werknemerskenmerken*

De volgende werknemerskenmerken zijn bevestigd bij de werkgever: *geslacht* (man, vrouw, weet niet), leeftijd (15-24 jaar, 25-34 jaar, 35-44 jaar, 45-54 jaar, 55-64 jaar, weet niet), *beroepsniveau* (elementair beroepsniveau [ongeschoolde arbeid], lager beroepsniveau [functie op vmbo of lbo-niveau], middelbaar beroepsniveau [functie op mbo-niveau], hoger beroepsniveau [functie op hbo- of wetenschappelijk niveau], weet niet) en *aard van de aandoening* (klachten aan het bewegingsapparaat, psychische klachten, hart- en vaatziekten, overige aandoeningen, weet niet).



*Werkgeverskenmerken*

De gegevens over deze kenmerken zijn afkomstig uit LISA, een bestand met alle vestigingen van organisaties in Nederland.

*Grootte bedrijf:* Het aantal werkzame personen in het bedrijf: 2-9; 10-19; 20-49; 50-99; 100 of meer.

*Bedrijfssector:* Landbouw, delfstoffen, industrie, nutsbedrijven; bouw, transport, communicatie; handel, horeca; onderwijs, overheid; zorg, welzijn; dienstverlening.

*Kenmerken van de relatie werkgever/werknemer*

*Eigen initiatief volgens de werkgever:* Deze variabele is gemeten door middel van het item: 'In welke mate heeft de werknemer zelf ook initiatieven ontplooid met betrekking tot zijn of haar reïntegratie?' Antwoordcategorieën waren ja, in sterke mate; ja, enigszins; nee/weet niet.

*Ervaren belemmeringen* zijn gemeten door aan werkgevers te vragen welke van de volgende belemmeringen zij hebben ervaren bij de reïntegratie van de betreffende werknemer in het eerste spoor:

- De gezondheid was te slecht om te werken.
- Er was geen passend werk beschikbaar in de organisatie.
- Werknemer werkte niet of onvoldoende mee aan de reïntegratie.
- De zieke werknemer had vóór het ziekteverzuim een conflict met de leidinggevende of collega's.
- Er was vóór de ziekte sprake van disfunctioneren.
- Werkgever en werknemer waren het niet eens over de reïntegratie.
- Er is te lang geprobeerd om terug te keren in de eigen functie.
- Er was in de organisatie onvoldoende tijd of capaciteit beschikbaar voor de begeleiding.
- Er was sprake van achteruitgang van salaris, arbeidsrechtelijke positie of sociale zekerheidsrechten.

379

*Werkhervatting*

De werkgever is gevraagd of de werknemer het werk volledig heeft hervat in het eigen bedrijf of (na inzet van het tweede spoor) in een ander bedrijf. Daarnaast is gevraagd of de werknemer nog in dienst is van het bedrijf, en hoeveel maanden het verzuim in totaal heeft geduurd. Op basis van deze vragen zijn twee maten voor werkhervatting gemaakt.

*Mate van succesvolle werkhervatting:* Succesvol, mislukt of lopend geval: De werkhervatting is succesvol indien de werknemer binnen 24 maanden het werk volledig heeft hervat bij het eigen bedrijf of (na inzet van het tweede spoor) bij een ander bedrijf. De werkhervatting is mislukt indien het verzuim langer dan 24 maanden heeft geduurd of indien de werknemer gedurende het verzuim uit dienst is gegaan (ontslag gekregen/genomen) zonder een nieuwe baan bij een ander bedrijf. De werkhervatting loopt nog wanneer de werknemer nog geen 24 maanden heeft verzuimd, nog in dienst is bij de werkgever en het werk nog niet volledig heeft hervat.

*Duur van verzuim in maanden:* Hoeveel maanden het verzuim in totaal heeft geduurd.

## 2.4 Databewerking en -analyse

In Piek et al. (2008) zijn de data gewogen naar sector en bedrijfsgrootte om representatieve uitspraken te kunnen doen over Nederlandse werkgevers. Daarbij kregen grote werkgevers een klein gewicht en kleine werkgevers een groot gewicht, omdat er in Nederland veel meer kleine dan grote bedrijven zijn. In analyses voor dit artikel wegen we de data echter niet, omdat we niet zozeer geïnteresseerd zijn in representativiteit, maar meer in de onderlinge relaties tussen eigen initiatief van de werknemer (in de ogen van de werkgever) en succesvolle werkhervatting. Wij vinden het daarbij niet verantwoord om de antwoorden van sommige (kleine) werkgevers veel zwaarder te wegen dan die van andere (grote) werkgevers. Dit betekent dat de hier besproken resultaten niet volledig representatief zijn voor de populatie van Nederlandse werkgevers, maar desondanks wel een goed beeld geven van een zeer heterogene groep werkgevers.

380

De data zijn geanalyseerd met SPSS 14. Naast enkele beschrijvende analyses is een hiërarchische Cox-regressie uitgevoerd van de duur tot succesvolle werkhervatting. Daarbij is de bijdrage van de volgende variabelen getoetst:

Stap 1: grootte en sector van het bedrijf

Stap 2: geslacht, leeftijd, beroepsniveau en soort aandoening van de werknemer

Stap 3: negen mogelijke belemmeringen bij de werkhervatting (forward)

Stap 4: twaalf mogelijke interventies van de werkgever (forward)

Stap 5: eigen initiatief.

Bovendien is een logistische regressie van eigen initiatief van de werknemer uitgevoerd. Daarbij is de bijdrage van de volgende variabelen getoetst:

Stap 1: grootte en sector van het bedrijf

Stap 2: geslacht, leeftijd, beroepsniveau en soort aandoening van de werknemer

Stap 3: negen mogelijke belemmeringen bij de werkhervatting (forward)

Stap 4: twaalf mogelijke interventies van de werkgever (forward)

Doordat er missende waarden waren op sommige vragen, varieert het aantal observaties op basis waarvan de analyses zijn verricht enigszins. In de tabellen zijn de resultaten weergegeven van de laatste stap uit de regressieanalyses.

## 3 Resultaten

### 3.1 Beschrijvende resultaten

In tabel 3 staan enkele kenmerken van de besproken langdurig zieke werknemer weergegeven. De langdurig zieke werknemers zijn iets vaker man dan vrouw, zijn min of meer gelijkmatig verdeeld over leeftijdscategorieën, hebben in meerderheid een lager of middelbaar beroepsniveau en zijn vooral uitgevallen door klachten aan het bewegingsapparaat of psychische klachten.

**Tabel 3** Kenmerken van de langdurig zieke werknemers ( $N = 608$ )

<b>Geslacht</b>	
Man	53,6%
Vrouw	45,1%
Weet niet	1,3%
<b>Leeftijd</b>	
15-24 jaar	4,1%
25-34 jaar	17,9%
35-44 jaar	28,8%
45-54 jaar	32,1%
55-64 jaar	14,3%
Weet niet	2,8%
<b>Beroepsniveau</b>	
Elementair beroepsniveau (ongeschoolde arbeid)	5,8%
Lager beroepsniveau (functie op vmbo- of lbo-niveau)	29,8%
Middelbaar beroepsniveau (functie op mbo-niveau)	37,7%
Hoger beroepsniveau (functie op hbo- of wetenschappelijk niveau)	24,8%
Weet niet	2,0%
<b>Aard van de aandoening</b>	
Klachten aan het bewegingsapparaat	40,5%
Psychische klachten	38,8%
Hart- en vaatziekten	9,2%
Overige aandoeningen	20,2%
Weet niet	1,6%

381

Een aanzienlijk deel (ruim 40%) van de geïnterviewden vindt dat de langdurig zieke werknemer in sterke mate zelf initiatief heeft genomen. Bijna 30% van de werkgevers is van oordeel dat de werknemer enigszins zelf het heft in handen heeft genomen. Ruim een derde meent dat dit niet het geval is of weet niet of de werknemer zelf initiatief heeft ontplooid voor zijn of haar reïntegratie.

Verder is de werkgevers gevraagd welke activiteiten zijn ingezet voor de besproken langdurig zieke werknemer in het eerste spoor en welke belemmeringen zij daarbij hebben ervaren. Tabel 4 toont dat negen op de tien werkgevers voor de langdurig zieke werknemer voorzieningen inzetten voor de reïntegratie in het eerste spoor. In deze gevallen gaat het vaak om aanpassing van uren, taken of werktijden, het verstrekken van hulpmiddelen of het aanpassen van de werkplek en het geven van individuele begeleiding of coaching. Bij één op de vijf werkgevers wordt geprobeerd de zieke te laten te hervatten in een andere functie. Slechts een kleine minderheid van de werkgevers (5%) detacheert de zieke werknemer bij een andere werkgever.

**Tabel 4** Ingezette voorzieningen en ervaren belemmeringen in het eerste spoor  
(*N* = 608)

	%
<b>Ingezette voorzieningen</b>	
Minder uren werken (tijdelijk/structureel)	71,9%
De inhoud van het werk/takenpakket aanpassen (tijdelijk/structureel)	67,6%
De werktijden of het rooster aanpassen (tijdelijk/structureel)	63,7%
De werkplek aanpassen of verstrekken van hulpmiddelen	36,2%
Hervatten in een andere functie	24,3%
Tijdelijk hervatten bij een andere werkgever (detachering)	5,3%
Scholing, training, opleiding of cursus	17,1%
Wachttijstbemiddeling	7,2%
382 Individuele begeleiding of coaching	57,6%
Door de werkgever betaalde therapie of behandeling	29,9%
Andere voorzieningen, namelijk	4,4%
Geen voorzieningen ingezet	9,5%
<b>Belemmeringen</b>	
De gezondheid was te slecht om te werken	68,3%
Er was geen passend werk beschikbaar in de organisatie	25,9%
Werknemer werkte niet of onvoldoende mee aan de reïntegratie	12,8%
De zieke werknemer had een conflict met de leidinggevende of collega's vóór het ziekteverzuim	8,7%
Er was sprake van disfunctioneren vóór de ziekte	11,1%
Werkgever en werknemer waren het niet eens over de reïntegratie	9,3%
Er is te lang geprobeerd om terug te keren in de eigen functie	10,6%
Er was in de organisatie onvoldoende tijd of capaciteit beschikbaar voor de begeleiding	3,3%
Er was sprake van achteruitgang van salaris, arbeidsrechtelijke positie of sociale zekerheidsrechten	3,6%

Tevens laat tabel 4 zien dat de werkgevers verschillende belemmeringen ervaren bij de reïntegratie van de zieke werknemers in het eerste spoor. Als knelpunt wordt vooral genoemd dat de gezondheid te slecht was om te werken (68,3%). Daarnaast geeft ruim een kwart van de werkgevers aan dat zij bij de reïntegratie zijn belemmerd omdat er geen passend werk beschikbaar was in de organisatie. Een aanzienlijk deel van de werkgevers ervaart ook belemmeringen in de verhouding met en het functioneren van de werknemer. Wanneer vier van deze belemmeringen in de relatie tussen werkgever en werknemer samen worden genomen (onvoldoende medewerking of verschil van mening tijdens de reïntegratie en/of disfunctioneren of een conflict voor de ziekte) dan blijkt dat bijna drie op de tien werkgevers op de één of andere manier een knelpunt in de relatie met de werknemer heeft ervaren.

### 3.2 Succesvolle werkhervatting

Van de langdurig zieke werknemers blijkt 34% weer met succes volledig aan het werk te zijn gegaan. Dat wil zeggen dat de werknemer binnen 24 maanden het werk weer volledig heeft hervat. Dit betreft werkhervatting in de eigen organisatie of (mits de werkgever het tweede spoor heeft ingezet) in een andere organisatie. Bij 30% is de reïntegratie mislukt. De werknemer heeft 24 maanden of langer verzuimd of is uit dienst gegaan zonder bij een andere werkgever te zijn geplaatst. Bij 36% van de verzuimgevallen is de reïntegratie nog bezig. De werknemer verzuimt dan korter dan 24 maanden, is nog in dienst bij de werkgever en heeft het werk niet volledig hervat. Met Cox-regressie is nagegaan in hoeverre de duur tot succesvolle werkhervatting voorspeld kan worden. In tabel 5 staat de uiteindelijke regressievergelijking weergegeven. Ten eerste blijkt dat de duur tot succesvolle werkhervatting afhankelijk is van de grootte van het bedrijf (Wald(4) = 14,75,  $p < .001$ ). De hazard ratio laat zien dat de kans op succesvolle werkhervatting 2,2 maal zo groot is in een klein bedrijf (1-9 werkzame personen) als in de referentiecategorie (groot bedrijf, 100+). De kans op tijdige succesvolle werkhervatting is kleiner bij middelgrote en grote bedrijven (50 of meer werkzame personen). Bovendien is de kans op tijdige en succesvolle werkhervatting kleiner bij personen ouder dan 55 jaar. Verder wordt succesvolle werkhervatting beperkt door de volgende belemmeringen: de werknemer heeft een slechte gezondheid, er is geen passend werk beschikbaar in het bedrijf en de werknemer werkt niet of onvoldoende mee aan de reïntegratie. Bovendien zien we dat er minder tijdige succesvolle werkhervatting plaatsvindt wanneer er geen voorzieningen worden ingezet voor de zieke werknemer. Maar ook wanneer de werknemer hervat in een andere functie, of wanneer er wachtlijstbemiddeling plaatsvindt, is de kans op tijdige en succesvolle werkhervatting kleiner. Ten slotte blijkt dat de mate waarin de werknemer naar de mening van de werkgever eigen initiatief ontplooit, bijdraagt aan de kans op tijdige en succesvolle werkhervatting. Wanneer een werknemer, volgens de werkgever, in sterke mate initiatief neemt, is de kans op succesvolle werkhervatting 2,6 maal zo groot als wanneer een werknemer in de ogen van de werkgever geen initiatief neemt.

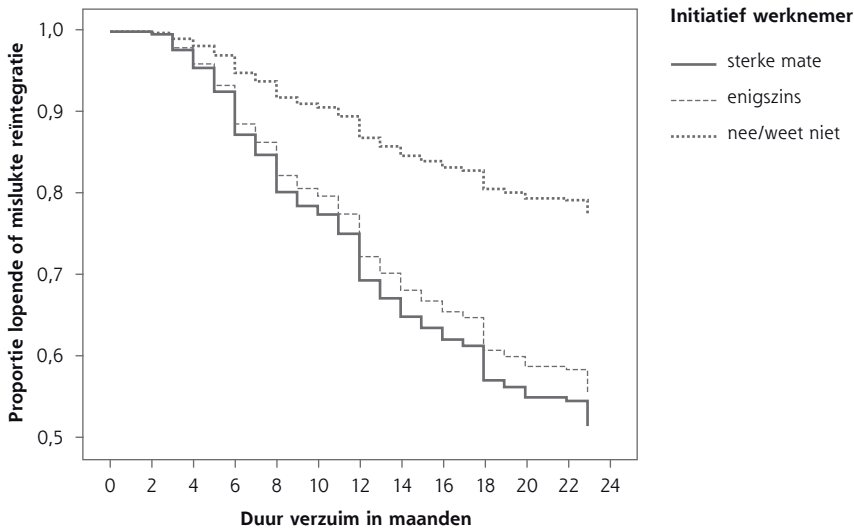
383

**Tabel 5** Resultaten van de Cox-regressie van de duur tot succesvolle werkhervatting (N = 564)

	Wald	df	p	Hazard Ratio Exp (B)	95% BI laag	95% BI hoog
<b>Grootte bedrijf (werkzame personen)</b>	14,75	4	0,005			
2-9	9,90	1	0,002	2,24	1,36	3,71
10-19	4,63	1	0,031	1,73	1,05	2,84
20-49	9,25	1	0,002	2,14	1,31	3,49
50-99	0,74	1	0,388	1,26	0,75	2,11
100+ (ref)				1,00		
<b>Bedrijfssector</b>	5,44	5	0,364			
Landbouw, delfstoffen, industrie, nutsbedrijven	0,04	1	0,844	0,95	0,55	1,64

	Wald	df	p	Hazard Ratio Exp (B)	95% BI laag	95% BI hoog
Bouw, transport, communicatie	2,10	1	0,147	1,53	0,86	2,71
Handel, horeca	0,27	1	0,607	1,15	0,67	1,98
Onderwijs, overheid	0,00	1	0,955	0,99	0,59	1,64
Zorg, welzijn	1,92	1	0,166	1,43	0,86	2,38
Dienstverlening (ref)				1,00		
<b>Geslacht (vrouw)</b>	1,25	1	0,264	0,82	0,58	1,16
<b>Leeftijd</b>	15,54	4	0,004			
15-24 jaar	5,30	1	0,021	2,73	1,16	6,43
25-34 jaar	9,94	1	0,002	2,63	1,44	4,78
35-44 jaar	14,01	1	0,000	2,90	1,66	5,06
45-54 jaar	5,74	1	0,017	1,98	1,13	3,45
55-64 jaar (ref)				1,00		
<b>Beroepsniveau</b>	4,48	3	0,214			
1 = elementair beroepsniveau	3,63	1	0,057	0,24	0,06	1,04
2 = lager beroepsniveau	0,97	1	0,325	0,78	0,47	1,28
3 = middelbaar beroepsniveau	0,02	1	0,885	0,97	0,66	1,43
4 = hoger beroepsniveau (ref)				1,00		
<b>Aard van de aandoening</b>						
Bewegingsapparaat	3,07	1	0,080	0,72	0,49	1,04
Psychische klachten	3,74	1	0,053	0,68	0,46	1,01
Hart- en vaatziekten	0,04	1	0,851	1,06	0,60	1,84
<b>Belemmeringen</b>						
Slechte gezondheid	14,20	1	0,000	0,55	0,41	0,75
Geen passend werk	11,37	1	0,001	0,49	0,33	0,74
Werknemer werkt niet mee	4,83	1	0,028	0,51	0,28	0,93
<b>Ingezette voorzieningen</b>						
Hervatten in een andere functie	4,01	1	0,045	0,68	0,47	0,99
Wachlijstbemiddeling	5,41	1	0,020	0,36	0,15	0,85
Geen voorzieningen ingezet	5,25	1	0,022	0,34	0,13	0,85
<b>Initiatief werknemer volgens werkgever</b>	17,74	2	0,000			
Sterke mate	17,17	1	0,000	2,61	1,66	4,11
Enigszins	11,94	1	0,001	2,32	1,44	3,73
Nee / weet niet (ref)				1,00		

In figuur 1 is de proportie verzuimende werknemers tot 24 maanden sinds de ziektemelding weergegeven, met daarbij de invloed van eigen initiatief. In figuur 1 zien we dat indien de werkgever aangeeft dat de werknemer eigen initiatief heeft ontplooid, er meer en sneller succesvolle werkhervatting plaatsvindt dan indien de werkgever aangeeft dat de werknemer geen eigen initiatief heeft ontplooid. Deze invloed is gecorrigeerd voor de overige variabelen die in het regressiemodel zijn opgenomen. Uit de figuur blijkt dat het voor succesvolle werkhervatting nauwelijks uitmaakt of de werknemer naar het oordeel van zijn of haar werkgever in sterke mate of enigszins initiatief heeft genomen. Daarom maken we dit onderscheid tussen enigszins en sterke mate van initiatief niet bij de voorspelling van eigen initiatief van de werknemer volgens de werkgever.



**Figuur 1** Succesvolle werkhervatting naar eigen initiatief van werknemer

### 3.3 Voorspelling van eigen initiatief volgens de werkgever

Met logistische regressie is nagegaan in hoeverre eigen initiatief van de werknemer volgens de werkgever voorspeld kan worden (zie tabel 6). Uit de analyse blijkt dat de kans op eigen initiatief van de werknemer in de ogen van de werkgever kleiner is naarmate het beroepsniveau lager is. De odds ratio laat zien dat de verhouding tussen werknemers die wel en werknemers die geen eigen initiatief nemen circa 3,5 maal zo klein is bij werknemers met een elementair beroepsniveau als bij werknemers met een hoog beroepsniveau. Verder wordt het eigen initiatief van de werknemer beperkt wanneer er sprake is van de volgende belemmeringen: de werknemer werkt niet mee aan de reïntegratie of er was sprake van disfunctioneren voor aanvang van de ziekte. Ook wanneer de werkgever geen voorzieningen inzet om de werkhervatting te bevorderen, is de kans dat de werknemer zelf initiatief neemt in de ogen van de werkgever kleiner.

**Tabel 6** Resultaten van de logistische regressie van eigen initiatief van de werknemer volgens de werkgever ( $N = 572$ )

	Wald	df	p =	Odds Ratio Exp (B)	95% BI laag	95% BI hoog
<b>Grootte bedrijf (aantal werkzame personen)</b>	3,35	4	0,500			
2-9	2,20	1	0,138	0,62	0,33	1,16
10-19	0,17	1	0,680	0,87	0,45	1,68
20-49	0,00	1	0,953	1,02	0,52	1,99
50-99	0,09	1	0,765	0,90	0,47	1,75
100+ (ref)				1,00		
<b>Bedrijfssector</b>	3,72	5	0,590			
Landbouw, delfstoffen, industrie, nutsbedrijven	1,14	1	0,285	1,47	0,72	2,99
Bouw, transport, communicatie	0,11	1	0,745	0,89	0,43	1,84
Handel, horeca	0,89	1	0,346	1,40	0,70	2,80
Onderwijs, overheid	1,11	1	0,292	1,49	0,71	3,12
Zorg, welzijn	0,86	1	0,354	1,41	0,68	2,93
Dienstverlening (ref)				1,00		
<b>Geslacht (vrouw)</b>	0,36	1	0,551	0,87	0,54	1,39
<b>Leeftijd</b>	3,60	4	0,462			
15-24 jaar	0,01	1	0,937	1,05	0,34	3,21
25-34 jaar	0,34	1	0,560	0,81	0,40	1,63
35-44 jaar	0,03	1	0,855	0,94	0,50	1,79
45-54 jaar	1,04	1	0,308	1,39	0,74	2,61
55-64 jaar (ref)				1,00		
<b>Beroepsniveau</b>	8,17	3	0,043			
1 = elementair beroepsniveau	6,98	1	0,008	0,28	0,11	0,72
2 = lager beroepsniveau	4,47	1	0,035	0,48	0,24	0,95
3 = middelbaar beroepsniveau	1,81	1	0,178	0,67	0,37	1,20
4 = hoger beroepsniveau (ref)				1,00		
<b>Aard van de aandoening</b>						
Bewegingsapparaat	2,50	1	0,114	1,51	0,91	2,53
Psychische klachten	0,00	1	0,991	1,00	0,60	1,67
Hart- en vaatziekten	0,09	1	0,760	1,13	0,52	2,43
<b>Belemmeringen</b>						
Werknemer werkt niet mee	31,43	1	0,000	0,19	0,11	0,34
disfunctioneren voor aanvang ziekte	7,96	1	0,005	0,40	0,21	0,76
<b>Ingezette voorzieningen</b>						
Geen voorzieningen ingezet	15,42	1	0,000	0,27	0,14	0,52

Eigen initiatief van langdurig zieke werknemers



## 4 Discussie

In dit artikel bespreken we de invloed van eigen initiatief van zieke werknemers op de werkhervatting op basis van een onderzoek onder een zeer brede steekproef van Nederlandse werkgevers. Uit het onderzoek komt naar voren dat een positief beeld van werkgevers over de mate waarin de zieke werknemer zelf het heft in handen neemt, samenhangt met een grotere kans op tijdige en succesvolle werkhervatting. Verder blijkt dat werkgevers een positiever beeld hebben van de mate van eigen initiatief van de werknemer als de werknemers volgens hen ook beter meewerken aan hun reïntegratie, er naar de mening van de werkgevers minder sprake was van disfunctioneren voordat de werknemers ziek werden, de werknemers geen ongeschoolde arbeid verrichten en de werkgevers zelf actiever voorzieningen inzetten voor de zieke werknemer. Opvallend is dat de gezondheid van de werknemers geen rol speelt in het beeld van de werkgevers over de mate waarin de werknemers het heft in handen nemen bij hun reïntegratie.

387

Wanneer een werknemer volgens de werkgever niet meewerkt en wanneer de werkgever geen voorzieningen inzet, is er zowel in de ogen van de werkgever minder sprake van eigen initiatief van de werknemer als van minder succesvolle werkhervatting. De samenhang tussen deze vier variabelen kan op meerdere manieren geïnterpreteerd worden. Een mogelijke redenering is dat werkgevers vooral voorzieningen inzetten voor werknemers die naar hun mening zelf initiatief ontplooiën en actief meewerken aan de reïntegratie. Deze laatste drie variabelen dragen bij aan tijdige en succesvolle werkhervatting. Een andere redenering is dat werkgevers achteraf positiever oordelen over de werknemer wanneer er sprake is van succesvolle werkhervatting en dat dit leidt tot positieve oordelen over het initiatief en het meewerken aan de reïntegratie van de werknemer (halo-effect) en over het eigen optreden (voorzieningen inzetten).

Dit onderzoek laat een aantal opvallende resultaten zien. Ten eerste blijkt dat de kans op succesvolle werkhervatting groter is in kleine bedrijven dan in grote bedrijven. Dit is niet in overeenstemming met eerdere onderzoeken, die laten zien dat in grote bedrijven vaker sprake is van mogelijkheden om zieke werknemers passend vervangend werk te bieden (Van Vuuren et al., 2000). Een mogelijke verklaring is dat er in kleine bedrijven een hechtere relatie is tussen de leidinggevende en de medewerkers en tussen medewerkers onderling en een grotere sociale controle. Het lagere verzuimpercentage in kleine en middelgrote bedrijven (tot 100 werknemers) dan in grote bedrijven (100+) wijst daar ook op (CBS, 2009).

Een ander opvallend resultaat was dat werknemers met psychische klachten volgens hun werkgevers in dezelfde mate initiatief toonden en even succesvol het werk hervatten als werknemers met lichamelijke klachten. Vaak wordt beweerd dat het voor zieke werknemers met psychische klachten extra lastig is om de regierol te vervullen (Knegt et al., 2004). In dit onderzoek onder werkgevers hebben wij hiervoor geen aanwijzingen gevonden.

Dit onderzoek heeft enkele sterke kanten, maar ook diverse beperkingen. Een sterke kant is dat het een onderzoek gaat over een groep langdurig zieke werknemers, die naar het oordeel van hun werkgevers behoorlijk representatief zijn voor de langdurig zieke werknemers in hun bedrijf. Er was hooguit sprake van een lichte oververtegen-

woordiging van probleemgevallen. Een andere sterke kant is dat het onderzoek betrekking heeft op een grote, vrijwel representatieve en heterogene steekproef van werkgevers in Nederland. Zowel grote als kleine werkgevers zijn bevraagd en zij zijn afkomstig uit alle sectoren van de arbeidsmarkt.

388 De meeste onderzoeken naar langdurig zieke werknemers gaan in op het perspectief van de zieke werknemer. Het huidige onderzoek levert daar een belangrijke aanvulling op door juist vanuit het perspectief van de werkgever het verloop van de reïntegratie te beschrijven. Dit is een relevant perspectief. In de praktijk laten werkgevers zich namelijk ook leiden door het beeld dat zij van de werknemers hebben. Dit beeld maakt dat zij wellicht meer bereid zijn om voorzieningen te treffen. Amick III, Habeck, Hunt, Fossel, Chapin et al. (2000) benadrukken het belang van factoren van werkgever en de organisatie in de aanpak van reïntegratie. Zij bepleiten daarom het gebruik van een combinatie van organisatieonderzoek over het beleid van de organisatie en werknemersonderzoek over het betreffende geval van reïntegratie. Amick III et al. stellen daarom voor, werknemers ook te bevragen over het beleid van de werkgever. Wij kozen juist voor de andere insteek door werkgevers niet alleen naar hun beleid, maar ook naar de kenmerken en de resultaten van de werknemer te vragen. Dit is echter ook meteen de belangrijkste beperking van het onderzoek: doordat alle uitspraken over reïntegratie afkomstig zijn van de werkgever, is het niet mogelijk om deze te toetsen aan de oordelen over de reïntegratie van de werknemer zelf en van andere actoren, zoals de bedrijfsarts.

Bovendien betreft het een retrospectief onderzoek waarin oorzaken en gevolgen lastig te onderscheiden zijn. We noemden al dat het oordeel van de werkgever over het eigen initiatief van de zieke werknemer – terugkijkend – ook gekleurd kan zijn door het succes van de werkhervatting, in plaats van de omgekeerde redenering die in het artikel wordt gevolgd. Onderzoek naar de ‘self-serving bias’ bij de attributie van slaag- en faalfactoren toont aan dat mensen geneigd zijn succes meer aan interne factoren en falen meer aan externe factoren toe te schrijven. Dit om zo een positief zelfbeeld in stand te houden of te versterken (Ross & Fletcher, 1985). Werkgevers zouden daarom de neiging kunnen hebben om in het geval dat de reïntegratie niet geslaagd is, dit meer toe te schrijven aan de (externe) kenmerken van de werknemer; zoals een slechte gezondheid, minder initiatief en minder medewerking in plaats van aan het eigen handelen.

Niet te verwachten is echter dat de gevonden verbanden alleen verklaard kunnen worden door dergelijke attributieprocessen. Het speelt waarschijnlijk ook mee dat er sprake is van een wisselwerking tussen de inzet van de werkgever en de inzet van de werknemer. Verschillende verbanden zijn mogelijk: Werkgevers kennen meer initiatief toe aan werknemers met wie zij een betere relatie hebben of werknemers nemen meer initiatief als de relatie beter is, of werkgevers zetten meer middelen in wat weer meer initiatief oproept bij de werknemers. Dit laatste volgt ook uit het wederkerigheidsprincipe (de drijfveer om iets terug te doen als iemand iets voor ons doet; Gouldner, 1960).

Op grond van ons onderzoek concluderen wij dat volgens hun werkgevers ruim tweederde van de zieke werknemers enigszins of in sterke mate zelf initiatieven neemt voor reïntegratie. Dit eigen initiatief van werknemers ten aanzien van reïntegratie vergroot de kans op succesvolle werkhervatting. De mate van initiatief die langdurig zieke

werknemers ontplooiën voor hun reïntegratie staat echter niet op zichzelf, maar hangt af van de context waarbinnen de reïntegratie plaatsvindt. Werknemers die, aldus hun werkgevers, eigen initiatief ontplooiën, zijn tevens werknemers die meer meewerken aan hun reïntegratie, werknemers waar de werkgever reïntegratieactiviteiten voor ontplooit, werknemers met een hoger beroepsniveau (meer dan ongeschoolde arbeid) en werknemers die, volgens de werkgevers, beter functioneerden voor de aanvang van de ziekte. Deze conclusies sluiten aan bij die van Piek en collega's (2008), die aangeven dat vertegenwoordigers van werknemers, werkgevers en professionals grote voordelen zien van meer eigen initiatief zowel voor werknemers als voor hun werkgevers. Zo zorgt eigen initiatief ervoor dat iedereen actief en alert blijft en gaan er geen tijd en kansen verloren, waardoor er sneller herstel en daardoor meer succesvolle werkherleving mogelijk is. Voor werkgevers kan dit laatste ook kostenbesparend werken. Tevens maakt eigen initiatief dat werknemers meer gemotiveerd zijn om noodzakelijke veranderingen aan te brengen in bijvoorbeeld disfunctionele gedragspatronen of werkwijzen die voor een verkeerde belasting zorgen. Om het eigen initiatief van werknemers te vergroten zouden werkgevers kunnen denken aan het geven van expliciete verantwoordelijkheden aan werknemers met betrekking tot hun eigen reïntegratie, het bieden van ruimte voor eigen ideeën van de werknemer ten aanzien van de reïntegratie en tot slot het aanstellen van een reïntegratiecoördinator.

389

### Praktijkbox

Wat betekenen de resultaten voor de praktijk?

- Werknemers zouden meer eigen initiatief moeten ontplooiën voor hun reïntegratie na langdurige ziekte. Meer eigen initiatief zorgt voor een meer succesvolle werkherleving.
- Werkgevers raden wij aan ruimte te bieden voor het eigen initiatief van de werknemers door bijvoorbeeld de werknemers te vragen zelf als eerste een voorzet te maken voor het Plan van Aanpak.
- Werkgevers bevelen wij aan om zich zelf ook actiever op te stellen voor de reïntegratie van hun langdurig zieke werknemers. Wie goed doet, goed ontmoet.
- Werkgevers raden wij aan om te investeren in een goede relatie met de werknemers. Mocht de werknemer ziek worden, dan is de kans op succesvolle werkherleving groter.
- Werkgevers dienen meer aandacht te schenken aan de reïntegratie van hun ongeschoolde langdurig zieke werknemers. Deze hebben een grotere kans om buiten de boot te vallen.

### Literatuur

- Amick III, B.C., Habeck, R.V., Hunt, A., Fossel, A.H., Chapin, A., Keller, R.B. & Katz, J.N. (2000). Measuring the impact of organizational behaviors on work disability prevention and management. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 10, 21-38.
- Bosselaar, H. & Komduur, J. (2005). *Tussen de regels. Analyse van belemmeringen in de praktijk van de Wet verbetering poortwachter*. Amsterdam: Breed Platform Verzekerden & Werk.

- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) (2009). *Ziekteverzuimpercentage; bedrijfstakken en grootteklassen*. Gedownload op 1 juli 2009 van [www.cbs.nl/nl-NL/menu/cijfers/statline/](http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/cijfers/statline/).
- De Rijk, A., Van Lierop, B., Janssen, N. & Nijhuis, F. (2002). *Geen kwestie van motivatie maar van situatie. Een onderzoek naar man/vrouw verschillen in werkhervatting gedurende het eerste jaar na ziekmelding*. Den Haag/Doetinchem: Ministerie van SZW / Reed Business Publications.
- Gouldner, A.W. (1960). The norm of reciprocity: a preliminary statement. *American Sociological Review*, 25, 161-178.
- Jehoel-Gijsbers, G.J.M. & Van Deursen, C.G.L. (2003). *Reïntegratie bij arbeidsongeschiktheid. Onderzoek naar werkhervatting, arbeidscapaciteit en reïntegratiehulp bij werknemers die in 2001 voor de poort van de WAO stonden*. Amsterdam: Uitvoeringsinstelling Werknemersverzekeringen.
- Knegt, R., Besseling, J.J.M., Hoffius, R., Veerman, T.J. & Ybema, J.F. (2004). *Scènes uit een reïntegratieproces*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Komduur, J. & Tasma, E. (2003). *Tussen werk en WAO. Ervaringen van werknemers met de Poortwachterwet*. Amsterdam: Vakcentrale FNV en Breed Platform Verzekerden & Werk.
- Nijhuis, F. & Van Lierop, B. (2007). Arbeidsreïntegratie en arbeidsrehabilitatie. In W. Schaufeli & A. Bakker (Red.), *De psychologie van Arbeid en Gezondheid* (p. 169-191). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- NKAP (Nederlands Kenniscentrum Arbeid & Psyche) (2004). *Rapport Meldlijn 'Omgaan met psychische klachten op het werk'*. Utrecht: NKAP.
- Piek, P., Van Vuuren, T., Ybema, J.F., Joling, C. & Huijs, J. (2008). *Reïntegratie van zieke werknemers: feiten, verklaringen en mogelijkheden*. Den Haag: Raad van Werk en Inkomen.
- Post, M. (2005). *Return to work in the first year of sickness absence, an evaluation of the Gatekeeper Improvement Act*. Proefschrift, Groningen: Northern Centre of Healthcare Research.
- Reijenga, F., Maurits, E. & Van Vuuren, T. (2009). *Reïntegratie en herplaatsing van werknemers in het primaire en voortgezet onderwijs die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn verklaard*. Den Haag: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen.
- Ross, M. & Fletcher, G. (1985). Attribution and social perception. In G. Lindzey & A. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology* (3rd ed.). Reading, MA: Addison Wesley.
- Stichting de Ombudsman en Breed Platform Verzekerden & Werk (2004). *Recht van spreken. De verplichting tot overeenstemming. Onderzoek naar knelpunten in de uitvoering van de Wet verbetering poortwachter*. Hilversum/Amsterdam: Stichting de Ombudsman/BPVW.
- Stichting de Ombudsman (2007). *Een vergeten alternatief. Onderzoek naar de dagelijkse praktijk van 'reïntegratie tweede spoor'*. Hilversum: Stichting de Ombudsman.
- Van den Heuvel, F. & Van Vuuren, T. (2009). Adviseren over een gezonde werkplek. De meerwaarde van een arbeids- en gezondheidspsycholoog. *ARBO, vakblad over arbeidsomstandigheden*, 3, 36-37.
- Van der Veer, G., Van den Bosch, L. & Zwart, K. (2008). Ziek, zwak en mondig; ervaringen met arbocuratieve dienstverlening. In J.W.J. van der Gulden & A.P. Nauta (Red.), *Naar een betere zorg voor zieke werknemers. Afstemmen van behandeling en werkhervatting*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Horssen, C. & Van Doorn, E. (2007). *Onderzoek naar de reïntegratie van werknemers die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn. Minder dan 35% arbeidsongeschikt: blijven werken of toch niet?* Amsterdam: Stichting van de Arbeid.
- Van Petersen, A., Vonk, M. & Bouwmeester, J. (2004). *Onbekend maakt onbemind. Attitudeonderzoek naar de positie van arbeidsgehandicapten op de arbeidsmarkt*. Den Haag: Commissie het Werkend Perspectief.
- Van Vuuren, C.V., Andriessen, S., Van Gent, M.J., Smit, A.A., Vinke, H. & Wevers, C.W.J. (2000). *De baas en ziekte; ziekte de baas; reïntegratie in het Midden- en Kleinbedrijf*. Hoofddorp: TNO Arbeid.

- Van Vuuren, C.V., Sanders, J., Besseling, J.J.M. & De Bruin, M. (2005). *Werkgevers over het functioneren en ziekteverzuim van hun (ex-) arbeidsongeschikte werknemers*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Van Vuuren, C.V., Smit, A.A., Van Gent, M.J. & Andriessen, S. (2001). *De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn. Een onderzoek naar de maatregelen van actieve instellingen. Deel 1: Overzicht van de resultaten*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Verdonk, P., de Rijk, A., Klinge, I. & Van Dijk-De Vries, A. (2008). Sickness absence as an interactive process: Gendered experiences of young, highly educated women with mental health problems. *Patient Education and Counselling*, 73, 300-306.
- Young, A.E., Wasiak, R., Radoslo, W., Roessler, R., McPherson, K.M., Anema, J.R. & Van Poppel, N.M. (2005). Return-to-Work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15, 543-556.

### **Return to work of long-term absent employees: the view of Dutch employers on the amount own initiative of these employees**

391

T. van Vuuren & J.F. Ybema, *Gedrag & Organisatie*, volume 22, November 2009, nr. 4, pp. 371-391.

Employees who are absent for a prolonged period of time are expected to actively contribute to their own return to work. The present study examines how employers rate the employees' own initiative for return to work following long-term sickness absence and how this initiative affects successful return to work. In this study, a sample of 1294 employers in the Netherlands were interviewed (69% response), 608 of whom had recent experience with one or more long-term absent employees. These employers were asked about their experiences and efforts to support the return to work of an employee who had been absent for an extended period of at least thirteen weeks during the past two years. The results of this survey showed that long-term sick employees who took initiatives themselves, were more likely to return to work successfully. The results further indicate that the degree to which the employee has taken personal initiatives tends to depend not only on individual characteristics, such as occupational level and possible elements of dysfunctioning before the sickness absence, but also on the activities undertaken by the employer to support the employee's return to work within the company. The conclusion is that an active contribution of both the absent employee and the employer enhances the likelihood of successful return to work.

**Key words: absenteeism, return to work, employer perspective, employee initiative**