

Reïntegratie van langdurig zieken: Gelijke kansen voor iedereen?

Het aantal arbeidsongeschikten in Nederland stijgt. Dit leidt tot een steeds grotere nadruk op een vlotte vroegtijdige reïntegratie bij de eigen werkgever van langdurig zieken. In deze bijdrage wordt nagegaan in hoeverre de maatregelen die werkgevers treffen om langdurig zieken (langer dan 13 weken) terug te doen keren naar het werk voor elke categorie werknemers dezelfde zijn. Ook gaan wij na in hoeverre de kans op reïntegratie voor iedereen gelijk is. Dit analyseren wij op grond van de resultaten van een onderzoek door middel van interviews met ca. 120 werkgevers in het midden- en kleinbedrijf. Deze werkgevers bleken ca. 240 werknemers in dienst te hebben gehad die langdurig ziek zijn geweest in 1997. Begin 1999 is nagegaan welke activiteiten zijn ondernomen ter bevordering van de reïntegratie van deze werknemers. Uit de resultaten blijkt dat de aanpak van reïntegratie verschilt voor diverse personeelsgroepen. Zo worden werkaanpassingen minder ingezet voor vrouwen, werknemers met psychische klachten en werknemers die minder gemotiveerd overkomen. Desondanks en tegen de verwachting in blijken er wat het aantal succesvolle gereïntegreerde werknemers betreft geen verschillen te zijn tussen ouderen en jongeren, mannen en vrouwen, werknemers die uitgevallen zijn vanwege psychische redenen en werknemers die minder gemotiveerd waren volgens de werkgever om terug te keren. Wel reïntegreren minder gemotiveerde werknemers kwalitatief minder goed dan meer dan gemiddeld gemotiveerde werknemers. Een beperking van dit onderzoek is dat de aard van de gegevens het niet toelaat om causale gevolgtrekkingen te maken, omdat de gegevens op één moment in de tijd verzameld zijn.

Inleiding en probleemstelling

Het aantal arbeidsongeschikten in Nederland stijgt. Vrijwel elke maand telt het Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) meer mensen met een WAO-uitkering dan een maand eerder. Het aantal arbeidsongeschikten is inmiddels gestegen tot ruim 950.000. Het groot aantal zieke en arbeidsongeschikte werknemers en de wettelijke veranderingen in het sociale zekerheidsstelsel waarbij de verantwoordelijkheid voor zieke werknemers meer en meer bij de werkgever is gelegd, hebben geleid tot een grotere nadruk op een *vlotte reïntegratie* bij de eigen werkgever. Onder reïntegratie bij

de eigen werkgever wordt verstaan dat de langdurig zieken terugkeren tijdens het eerste ziektejaar of bij arbeidsongeschiktheid na het eerste ziektejaar naar de oude functie met of zonder werkaanpassingen of naar een eventuele nieuwe functie.

Onderzoek tot nu toe wijst echter uit dat werkgevers weliswaar meer investeren in de preventie van ziekteverzuim en WAO-uitval, maar dat de reïntegratie bij de eigen werkgever nog lang niet altijd succesvol verloopt (Ter Huurne e.a., 1997; Van Vuuren e.a. 1998). Ruim een kwart van de dertien-weekszieken herstelt niet in het eerste ziektejaar (SZW, 2000). Voor een deel zou dit samen kunnen hangen met

* Tinka van Vuuren en Marije van Gent zijn werkzaam als onderzoekers bij TNO Arbeid. Dit onderzoek is onderdeel van een meerjarenprogramma onder verantwoordelijkheid van TNO en het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid naar reïntegratie en activering.

kenmerken van de (interne) arbeidsmarktpositie van langdurig zieken. Gründemann en Nijboer (1998) veronderstellen dat de interne arbeidsmarktpositie van werknemers van invloed is op de bereidheid van werkgevers om arbeidsongeschikte werknemers te ondersteunen bij hun terugkeer naar werk. Naar hun mening wordt de bereidheid van werkgevers zowel bepaald door economische motieven als door vooroordelen waardoor bepaalde categorieën werknemers minder kansen krijgen dan anderen. Hun veronderstelling baseren zij op de zogeheten segmenteringstheorie. Deze theorie stelt dat er sprake is van een verdeling van werknemers naar positie op de arbeidsmarkt binnen en buiten het bedrijf (Doeringer & Priore, 1971; Mok, 1975; Van Hoof, 1987; Bremer, 1991; Glebbeek, 1993). Op grond van deze segmentering naar werknemers met een goede of minder goede positie op de in- en externe arbeidsmarkt zijn werkgevers bereid meer of minder te investeren in werknemers en dat uit zich in betere of slechtere primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden, kwaliteit van de arbeid en werkzekerheid van de verschillende categorieën werknemers.

Ook langdurig zieke werknemers verschillen onderling in hun interne arbeidsmarktpositie zoals dat naar voren komt in de aard van hun ziekte of aandoening (bijv. psychische klachten versus fysieke klachten), geslacht, leeftijd, motivatie om naar het werk terug te kunnen keren etc. In dit artikel zal aan de hand van secundaire analyses worden nagegaan in hoeverre verschillende groepen langdurig zieken een gelijke kans hebben om te reïntegreren en of werkgevers afhankelijk van de kenmerken van de langdurig zieken een andere aanpak van reïntegratie hanteren om de terugkeer te bewerkstelligen, of dat zij vrijwel alle werknemers dezelfde mogelijkheden bieden om terug te keren naar werk. Hiervoor zullen de volgende groepen vergeleken worden: jongeren versus ouderen, gemotiveerde versus minder gemotiveerde werknemers, zieken die verzuimen wegens psychische klachten versus wegens andere redenen en mannen versus vrouwen. Uit eerder onderzoek blijkt dat de reïntegratiekansen tussen deze groepen behoorlijk uiteen kunnen lopen.

Zo vinden Gründemann en Nijboer (1998) dat onder WAO'ers jongeren meer kansen hadden op terugkeer naar de eigen werkgever. Ook uit

het onderzoek van Kers e.a. (1996) naar afvloeiing of herintreding van WAO'ers blijkt dat hoe ouder de WAO'er hoe kleiner de kans op herintreding. De resultaten van een recente analyse van WAO-gegevens per bedrijfssector wijzen uit dat deze verschillen nog steeds bestaan. Naarmate werknemers ouder zijn hebben zij een grotere kans om in de WAO te stromen en een kleinere kans om uit te stromen (SZW, 2000).

Verkleij, Andriessen en Marcelissen (1997) constateren bij 17 bedrijven uit diverse bedrijfstakken en variërend in grootte en hoogte van verzuim dat een belangrijke succesfactor voor een geslaagde reïntegratie de positieve opstelling van de werknemer is. Ook een voorbeeldenboek van de FNV getiteld 'Ik zou er dolgraag een WAO'er bij willen hebben' waarin de werkhervatting van 150 (ex-)WAO'ers wordt beschreven, laat zien dat de (ex-)WAO'ers die teruggekeerd zijn naar het werk zeer gemotiveerd waren om te werken met een meer dan gemiddelde inzet en werklust (Groen, 1998). Uit een onderzoek van De Vos e.a. (1997) naar reïntegratie in het midden- en kleinbedrijf (MKB) blijkt tevens dat de motivatie van de werknemers de kans op reïntegratie bevordert. Uit onderzoek van Gründemann e.a. (1998) naar reïntegratie van oudere werknemers blijkt eveneens het belang van de motivatie van de betrokken werknemers om weer te werken. Dit kwam onder andere tot uitdrukking in de acties die sommige werknemers ondernamen, bijvoorbeeld door zelf achter een nieuwe functie aan te gaan. Deze werknemers bleken vaak in hun wens ook gesteund te worden door hun partner, behandelend arts/bedrijfsarts of afdelingshoofd en collega's.

Een studie van De Vos e.a. (1997) maakt duidelijk dat de aard van de aandoening of gebrek de kans op reïntegratie beïnvloedt. Bij fysieke klachten is de kans op terugkeer naar werk groter dan bij psychische klachten. Ook Gründemann en Nijboer (1998) vonden dat de aard van de aandoening of gebrek van invloed was op de kans om weer bij de oude werkgever aan de slag te kunnen. Personen die om psychische redenen verzuimden hadden de minste kans om het werk te hervatten. Het onderzoek van Kers e.a. (1996) naar afvloeiing of herintreding van WAO'ers toont eveneens aan dat herintreding werd belemmerd door een psychische stoornis.

Vele studies zijn de afgelopen jaren verricht naar sekseverschillen en arbeidsongeschiktheid. Gründemann en Nijboer (1998) vinden dat onder WAO-intreders mannen meer kans hebben op terugkeer naar de eigen werkgever dan vrouwen. Ook de resultaten van het onderzoek van Kers e.a. (1996) geven aan dat het geslacht van de werknemer van belang is voor de mogelijkheden om te reïntegreren in het eerste ziektejaar. Het aantal arbeidsongeschikten nam de afgelopen jaren sinds 1991 bij vrouwen sterker toe dan bij mannen. Sinds 1994 is het verschil tussen vrouwen en mannen zelfs nog groter geworden (Van der Giezen, Cuelenaere & Prins, 1998). De SZW-analyse van WAO-gegevens per bedrijfssector geeft aan dat vrouwen inderdaad een hogere kans hebben om in de WAO te komen (SZW, 2000). In tegenstelling tot het verschil in instroomaantallen in de WAO is het verschil in uitstroom tussen mannen en vrouwen in de afgelopen jaren juist kleiner geworden. Uit de in 2000 uitgevoerde sectoranalyse WAO blijkt niet meer eenduidig dat mannen een hogere herstellkans hebben dan vrouwen. Wel lijkt het erop dat bij de jongeren de kans op herstel voor mannen hoger is dan voor vrouwen (SZW, 2000). Overigens bleek uit eerder onderzoek dat de uitgestroomde vrouwen gemiddeld jonger zijn en dat zij vaker hun uitkering verliezen zonder dat zij terugkeren in het arbeidsproces. Bij mannen eindigt de uitkering meer in verband met overlijden of pensioen (Van der Giezen e.a., 1998). Herstel betekent in dit verband dus ook simpelweg geen WAO-uitkering meer.

Om de geconstateerde verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke werknemers te kunnen verklaren moeten meerdere factoren in ogenschouw worden genomen. Uit het onderzoek 'Vrouwen vaker in de WAO?' van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid blijkt dat het niet zo zeer een lagere kans is op reïntegratie waardoor vrouwen meer instromen in de WAO, maar eerder dat het een gevolg is van het feit dat vrouwen zich vaker ziek melden en vervolgens even vaak of zelfs vaker langdurig ziek zijn dan mannen (Van der Giezen e.a., 1998). Van der Giezen (2000) concludeert op grond hiervan dat een groot deel van het verhoogde arbeidsongeschiktheidsrisico van vrouwen samenhangt met de situatie van de werknemers voordat zij zich ziek melden en in mindere mate met de begeleiding en reïntegra-

tie tijdens het eerste ziektejaar. Dit blijkt ook uit het hoge ziekteverzuim in de zorgsector (waar eenderde van alle vrouwen in de WAO uit afkomstig is) dat een grote oorzaak is van de hoge instroom in de WAO van vrouwen (Van der Giezen e.a., 1998).

Toch lijken niet alleen branchespecifieke kenmerken en verschillen in arbeidsomstandigheden tussen mannen en vrouwen een verklaring te geven voor de hogere WAO-instroom van vrouwen, maar lijken ook de partijen betrokken bij de reïntegratie van mannelijke en vrouwelijke werknemers een rol te spelen. Zo blijken volgens Vinke e.a. (1999) bedrijfsartsen het belang van reïntegratie voor mannelijke werknemers hoger in te schatten dan voor vrouwelijke werknemers. Ook worden vrouwen door hun sociale omgeving minder gestimuleerd om weer te gaan werken dan mannen. Dit vindt zijn weerslag in de mate waarin vrouwen wensen terug te keren en actief op zoek zijn naar werk. Vrouwen onder de 53 jaar (boven die leeftijd zoeken ook de mannen minder actief) zoeken aldus Vinke e.a. (1999) minder actief naar werk dan hun mannelijke leeftijdsgenoten. Ook wensen vrouwelijke WAO'ers die jonger zijn dan 53 jaar minder vaak terug te keren in het arbeidsproces dan de mannen van hun leeftijd (Vinke e.a. 1999). Deze laatste gegevens roepen toch de vraag op in hoeverre als gevolg daarvan de kans op reïntegratie voor vrouwen toch niet kleiner is dan voor mannen.

Uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat uitgevallen werknemers die jong, sterk gemotiveerd of niet vanwege psychische redenen uitvallen een grotere reïntegratiekans hebben dan uitgevallen werknemers die oud, minder gemotiveerd of een psychische aandoening hebben. Daarnaast zijn er enige aanwijzingen dat de kansen om te reïntegreren van vrouwen geringer zijn dan van mannen.

Veel van het hiergenoemde onderzoek betreft echter reïntegratie na het eerste ziektejaar. De kansen op succes van reïntegratie gedurende het eerste ziektejaar zijn tot nu toe veelal buiten beschouwing gebleven, laat staan dat hierbij gekeken is naar de kansen van verschillende groepen personeelsleden op reïntegratie tijdens het eerste ziektejaar.

Daarnaast is ons nog geen onderzoek bekend dat nagaat in hoeverre de gehanteerde

aanpak van reïntegratie door werkgevers hetzelfde is voor de verschillende groepen langdurig zieken. In geval van een ongelijke aanpak van reïntegratie zou hun reïntegratiekans hierdoor vergroot dan wel verkleind kunnen worden, tenminste als blijkt dat een bepaalde aanpak meer bijdraagt aan succesvolle reïntegratie dan een andere aanpak.

Met de aanpak van reïntegratie bedoelen we wat werkgevers daadwerkelijk doen om verzuimende werknemers het werk te laten hervatten. Verkleij e.a. (1997) noemen de volgende acties die werkgevers hiervoor kunnen plegen: extra contact onderhouden door de leidinggevendenden met de langdurig zieken, bespreking in het sociaal-medisch team (SMT), werkaanpassingen in taken, tijd, werkplek etc.. Zwetsloot e.a. (1998) geven nog veel meer activiteiten aan die werkgevers kunnen ondernemen om terugkeer na ziekte te bewerkstelligen. Niet alleen beschrijven Zwetsloot e.a. in het kader van een zorgsysteem voor reïntegratie (analoog aan managementsystemen voor kwaliteits-, milieu- en arbozorg) activiteiten die rechtstreeks gericht zijn op de aanpak van reïntegratie zoals begeleiden van verzuimende werknemers door de personeelsfunctionaris en direct leidinggevendenden, contacten met de arbodienst, begeleiding en ondersteuning in roepen, realiseren van werkaanpassingen, begeleiding van de uitvoer (en nazorg) van aangebrachte werkaanpassingen, maar ook activiteiten die ervoor moeten zorgen dat de eerdergenoemde activiteiten ook daadwerkelijk plaatsvinden zoals opstellen van een verzuim- en reïntegratiebeleid, controle dat de leidinggevende aandacht besteedt aan de langdurig zieken, terugkoppeling van de praktijk naar het management etc.

Van lang niet alle activiteiten is onderzocht of deze inderdaad effectief zijn. Wel is bekend dat werkaanpassingen de kans op reïntegratie vergroten. Werkaanpassingen – aanpassingen in het werk die het langdurig zieken mogelijk maakt om weer te kunnen werken – worden redelijk vaak toegepast. In Nederland blijkt dat ongeveer 40% van de bedrijven met een of meer dertien-weekszieken werkaanpassingen heeft toegepast (Van Deursen e.a., 1998). Groen (1998) benadrukt in haar voorbeeldenboek over WAO'ers het gebruik van werkaanpassingen voor de bevordering van reïntegratie. In de portretten van de hervatters komen mogelijkheden voor functieaanpassingen, aanpassin-

gen van het arbeidscontract, functieveranderingen en de mogelijkheid om zo snel mogelijk op basis van arbeidstherapie weer aan de slag te kunnen, als belangrijk voor het succes van reïntegratie naar voren. In het geval dat werkgevers werkaanpassingen vaker toepassen bij sommige personeelscategorieën zou dit dus kunnen leiden tot een grotere kans op reïntegratie bij de betreffende categorieën.

Er zijn nog vele lacunes in de kennis omtrent de reïntegratie van langdurig zieken. Deze bijdrage vult enkele hiervan op. Zo richten wij ons op reïntegratie in het eerste ziektejaar waar tot nu toe nauwelijks nog onderzoek naar is verricht. Ook verstaan wij onder de mate waarin de reïntegratie van de langdurig zieken succesvol is, niet alleen de herplaatsing op zich, maar kijken wij ook naar verder gelegen doelen zoals de kwaliteit van de reïntegratie (de mate van functioneren na terugkeer en de ingeschatte risico's op terugval). Verder gaan wij in op de mate waarin de aanpak van reïntegratie en de gevolgen daarvan samenhangen met de kenmerken van de arbeidsmarktpositie van de langdurig zieke werknemers. Ook dat is nog weinig tot niet onderzocht. Het werkgeverspanel van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Veerman e.a., 2001) richtte zich bijvoorbeeld uitsluitend op maatregelen op bedrijfsniveau en kon dit niet relateren aan kenmerken op individueel niveau. Dit is nu juist het bijzondere van dit onderzoek: de leidinggevendenden zijn bevraagd naar voor de werkgever cruciale werknemerskenmerken en naar het individuele functioneren van werknemers na terugkeer van de ziekte.

Vraagstelling

In deze bijdrage richten we ons op de volgende vragen:

- 1 Verschilt de aanpak van reïntegratie door de werkgever voor diverse categorieën langdurig zieken? Hierbij onderscheiden we jongeren van ouderen, gemotiveerde van minder gemotiveerde werknemers, zieken die verzuimen wegens psychische klachten van langdurig zieken die verzuimen wegens andere redenen en mannen van vrouwen.
- 2 In hoeverre bestaat er een verband tussen een bepaalde aanpak van reïntegratie van langdurig zieken en de mate waarin reïntegratie succesvol is?
- 3 Verschillen diverse categorieën langdurig

zieken in de mate waarin reïntegratie bij hen succesvol is? Ook hierbij maken we onderscheid tussen jongeren versus ouderen, gemotiveerde versus minder gemotiveerde werknemers, zieken die verzuimen wegens psychische klachten versus wegens andere redenen en mannen versus vrouwen.

Methode

Deze analyse betreft de resultaten van een onderzoek onder 117 werkgevers in het midden- en kleinbedrijf (met minder dan 100 werknemers in dienst) (Van Vuuren e.a., 2000). Deze werkgevers bleken in totaal ca. 240 werknemers in dienst te hebben gehad die 13 weken of langer ziek zijn geweest in 1997. Begin 1999 is bij deze werkgevers nagegaan welke activiteiten zij hadden ondernomen ter bevordering van de reïntegratie van deze werknemers. De bedrijven zijn afkomstig uit het SZW-werkgeverspanel (Schellekens et al., 1999). Het onderzoek is uitgevoerd door middel van mondelinge interviews die in februari en maart 1999 hebben plaatsgevonden. In het merendeel van de gevallen is de directeur/eigenaar of de personeelsfunctionaris geïnterviewd over de ondernomen aanpak van reïntegratie in het verleden.

Een deel van deze langdurige verzuimers had het werk op het moment van het onderzoek inmiddels weer hervat, een deel niet. Hierdoor is het mogelijk te onderzoeken bij welke personeelscategorieën en bij welke aanpak van reïntegratie na een verzuim van 13 weken of meer het meest succesvol is.

Wat voor type mensen waren de langdurig zieke werknemers in dit onderzoek? Het blijkt dat van de 244 langdurig zieken 63% man en 37% vrouw is. De gemiddelde leeftijd van de gehele groep is 43 jaar. De grootste groep langdurig zieken, namelijk 35%, heeft klachten aan het bewegingsapparaat, 30% is vanwege psychische problemen uitgevallen, 10% vanwege hart- en vaatziekten en nog eens 25% vanwege andere of diverse klachten. Het zijn dan ook met name houding- en mentale beperkingen waardoor de werknemers niet meer in staat waren te werken.

Naar de mening van de geïnterviewde werkgevers is iets meer dan de helft (58%) van de langdurig verzuimers *meer dan gemiddeld* ge-

motiveerd om weer aan de slag te gaan. Bij een groot deel van deze langdurig verzuimers lijkt motivatie dus niet echt het probleem.

Overigens blijkt dat vrouwen in deze onderzoeksgroep vaker wegens psychische redenen uitvallen (40%) dan mannen (25%). Ook is opvallend dat werkgevers hun langdurig zieken met psychische klachten significant minder vaak inschatten als 'bovengemiddeld' gemotiveerd. Van degenen die met psychische klachten zijn uitgevallen wordt 54% als niet bovengemiddeld gemotiveerd getypeerd, bij werknemers die wegens andere klachten zijn uitgevallen wordt slechts 37% als niet bovengemiddeld gemotiveerd betiteld.

Over de langdurig zieke werknemers is nauwkeurig per persoon vastgesteld welke reïntegratie-activiteiten het bedrijf heeft ondernomen en welke resultaten zijn bereikt. Door middel van bivariate en multivariate analysemethoden zal worden getoetst of de in de literatuur veronderstelde verbanden ook inderdaad gevonden worden in het onderhavige onderzoek.

Onderzochte variabelen

Aanpak van reïntegratie

Over de aanpak van reïntegratie bij langdurig zieken zijn meerdere vragen gesteld, die betrekking hebben op vijf verschillende aspecten. Deze aspecten verwijzen naar activiteiten van de werkgever die niet zo sterk met elkaar samenhangen dat ze gecombineerd konden worden tot één variabele ($r < 0,25$). Voor de beschrijving van de variabelen en hun onderlinge samenhang verwijzen wij naar tabel 1.

Mate van contact met en over de werknemer. Aan de geïnterviewde werkgevers is voor iedere langdurig zieke werknemer gevraagd of de werkgever contact met en over deze langdurig zieke heeft gehad. Er zijn vragen gesteld of er contact met de zieke tijdens de uitval is geweest, of er contact is geweest over de zieke met de bedrijfsarts en personeelsfunctionaris en of er terugkeergesprekken zijn gevoerd met de zieke werknemer. De score op de schaal is totstandgekomen door het gemiddelde van de antwoorden op deze vier vragen te nemen. De betrouwbaarheid van de schaal is enigszins aan de lage kant, maar acceptabel ($\alpha = 0,62$). De waarde van deze schaal varieert tussen 1 (geen contact onderhouden) en 2 (met allen contact onderhouden).

Werkaanpassingen. Ten tweede is gevraagd welke werkaanpassingen er verricht zijn om te trachten de terugkeer van de langdurig zieke te vergemakkelijken. De score op de schaal kan variëren tussen 0 (geen enkele werkaanpassing ingezet) tot 19 (alle mogelijke soorten werkaanpassingen ingezet). De betrouwbaarheid van deze schaal is eveneens enigszins aan de lage kant, maar acceptabel ($\alpha = 0,62$).

Terugkeerplan opgesteld. Over iedere langdurig zieke werknemer is ten derde de vraag gesteld of er voor deze persoon een voorlopig reïntegratieplan is opgesteld (ja = 1, nee = 0).

Extra nazorg. In het geval de werknemer weer aan het werk is, is ten vierde gevraagd of de leidinggevende extra aandacht aan de nazorg van de werknemer heeft besteed (ja = 1, nee = 0).

Ingeschakelde hulp voor werknemer. Ten vijfde is gevraagd of deskundigen zijn ingeschakeld binnen en/of buiten het bedrijf (bijv. PZ-functionaris of iemand buiten het bedrijf zoals de bedrijfsarts of iemand van de uvi) voor de werknemer (ja = 1, nee = 0).

Werknemerskenmerken

Onderscheid is gemaakt naar de volgende kenmerken:

Leeftijd; continue variabele (gemiddelde leeftijd = 43 jaar. In tabel 3 is een dichotome variabele leeftijd gecreëerd: boven de gemiddelde leeftijd is de groep 'oudere werknemers', ondergemiddeld is de groep 'jonge werknemers').

Motivatie van de langdurig zieke werknemer volgens oordeel werkgever, namelijk wel of niet bovengemiddeld (bovengemiddeld = 1, ondergemiddeld = 0).

Psychische klachten of niet volgens oordeel werkgever (psychische klachten = 1, andere klachten = 0).

Sekse; (vrouw = 1, man = 0).

Succesmaten

Ten slotte is onderzocht met welke succesmaten de aanpak van reïntegratie samengaat. Als succesmaten zijn onderzocht:

Mate van herstel, met andere woorden is de langdurig zieke werknemer hersteld (3), gedeeltelijk hersteld (2) of niet hersteld (1).

Niveau van functioneren volgens werkgever. In het geval de werknemer weer (gedeeltelijk) aan het werk is door tien verschillende aspecten van het werk voor te leggen aan de werkgever. Deze gaf aan of de werknemer naar zijn mening wat betreft deze aspecten minder goed (1), beter (3) of gemiddeld (2) functioneert in vergelijking met de andere werknemers (Cronbach's alpha is 0,83);

Oordeel van werkgever over mate waarin bij betreffende werknemer de baten van Reïntegratie tegen de kosten opwegen (ja = 2, nee = 1);

Oordeel van werkgever of de (voormalig) langdurig verzuimer nog steeds een Risicogeval is (ja = 2, nee = 1).

Zoals blijkt uit tabel 2 hangen de verschillende succesmaten vrij sterk met elkaar samen. Langdurig zieken die niet of gedeeltelijk hersteld zijn, functioneren minder goed, van hen vindt de werkgever dat de kosten niet tegen de baten opwegen en verwacht hij dat de werknemers een risicogeval blijven. De werkgevers van de werknemers die goed functioneren vinden juist wel dat de baten tegen de kosten opwegen en verwachten minder vaak dat de werknemer een risicogeval blijft. Werkgevers die werknemers als een risicogeval beschouwen vinden weer minder vaak dat de kosten tegen de baten opwegen.

Resultaten

Aanpak van reïntegratie

De eerste onderzoeksvraag betreft mogelijke

Tabel 1 Vijf variabelen aanpak van reïntegratie: beschrijving en onderlinge samenhang

	min-max	Mean	Std. dev.	n	Werkaanpassingen	Terugkeerplan	Extra nazorg	Hulp aan werknemer
Mate van contact	1-2	1,82	0,26	243	.16	.02	.22	.18
Werkaanpassingen	1-9	2,48	2,30	244		-.03	.18	.26
Terugkeerplan	1-2	1,86	0,35	239			.07	.14
Extra nazorg	1-2	1,60	0,49	176				.17
Hulp aan werknemer	0-6	1,86	1,47	244				

Tabel 2 Samenhang tussen de succesmaten

	<i>wel/niet gedeeltelijk hersteld</i>	<i>niveau van functioneren</i>	<i>kosten vs baten</i>	<i>risicogeval</i>
niet/gedeeltelijk/ wel hersteld	1.00			
niveau van functioneren	.27**	1.00		
kosten vs baten	.31**	.41**	1.00	
risicogeval	-.36**	-.24	-.25**	1.00

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

verschillen in aanpak van reïntegratie voor diverse categorieën langdurig zieken. In tabel 3 staan voor alle langdurig zieke werknemers én voor de afzonderlijke groepen aangegeven welke activiteiten hun werkgevers ondernemen om het ziekteverzuim te bekorten.

Contact

De werkgevers blijken gemiddeld van bijna alle mogelijkheden (minimumscore is 1 en maximumscore is 2) gebruik te maken om contact met én over de zieke werknemer te onderhouden. Naast contact met de werknemers tijdens de ziekte en het houden van terugkeergesprekken, onderhoudt de gemiddelde werkgever of (de leidinggevende namens de werkgever) ook contact met de bedrijfsarts en de personeelsfunctionaris.

De mate waarin de werkgevers contact met en over de zieken opnemen blijkt voor bijna alle categorieën gelijk te zijn. Alleen bij werknemers die ouder zijn dan 43 jaar blijken de werkgevers wat meer contact te onderhouden dan voor werknemers die jonger zijn dan 43 jaar. Dit komt omdat de werkgevers met vrijwel alle oudere werknemers contact hebben tijdens de ziekte (97%), maar minder met de jongere werknemers (85%). Ook nemen de werkgevers vaker over de oudere werknemers contact op met de personeelsfunctionaris.

Werkaanpassingen

De terugkeer naar het werk wordt vaak vergemakkelijkt door het werk aan te passen. Deze aanpassingen hebben overigens vaak een tijdelijk karakter, zoals het op arbeidstherapeutische basis beginnen met werk. Een aantal werkaanpassingen is ook permanent, zoals de aanschaf van aangepast meubilair of plaatsing in een andere functie. Bij 31% van de langdurig zieken is geen werkaanpassing ingezet, bij de

overigen waren er een of meer aanpassingen noodzakelijk. Het aantal gerealiseerde aanpassingen varieerde van nul tot negen per persoon van de negentien mogelijke werkaanpassingen. Tabel 3 toont dat gemiddeld twee tot drie werkaanpassingen per persoon zijn toegepast. Voor werknemers die meer dan gemiddeld gemotiveerd zijn, voor werknemers die niet vanwege psychische redenen uitvallen en voor mannen zetten werkgevers vaker werkaanpassingen in.

Gemiddeld zetten werkgevers voor meer dan gemiddeld gemotiveerde werknemers om het werk te hervatten, drie werkaanpassingen in tegen twee werkaanpassingen voor op dit punt minder gemotiveerde werknemers. Het verschil ligt in de extra begeleiding die de werkgevers voor hen inzetten. Minder gemotiveerde werknemers in de ogen van de werkgevers krijgen minder begeleiding dan meer gemotiveerde werknemers.

Afgerond naar boven ontvangen werknemers met psychische klachten twee werkaanpassingen, voor werknemers met andere klachten worden gemiddeld drie aanpassingen getroffen. Werkaanpassingen die minder vaak worden ingezet bij psychische klachten zijn niet alleen de aanschaf van hulpmiddelen of meubilair – wat logisch is – maar ook wordt er minder gebruikgemaakt van het 'weglaten van taken', terwijl dit juist bij psychische klachten een geschikte maatregel zou kunnen zijn om de zieke weer langzaam aan het werk te laten wennen.

Bij vrouwen worden significant minder werkaanpassingen ingezet. Gemiddeld worden om de reïntegratie te bevorderen voor de langdurig zieke mannen drie werkaanpassingen gebruikt tegenover twee werkaanpassingen voor de vrouwen. Als er gekeken wordt welke aanpassingen bij vrouwen minder ingezet worden geeft dit een verrassend beeld. Het zijn name-

lijk niet zozeer technische werkaanpassingen, maar ook sociale aanpassingen die bij mannen vaker ingezet worden. Zo wordt bij mannen vaker het werktempo verlaagd, wordt vaker aangegeven dat zij extra hulp van collega's ontvangen en worden er vaker taken weggelaten uit hun takenpakket. Daarnaast wordt er voor mannelijke langdurig zieken vaker hulpmiddelen aangeschaft.

Terugkeerplan

Wettelijk zijn werkgevers verplicht voor hun langdurig zieke werknemers een reïntegratieplan op te stellen. Na 13 weken ziekte dient een voorlopig reïntegratieplan te worden opgesteld en na 39 weken – of eerder als al voorzien kan worden dat het ziekteverzuim langer dan een jaar gaat duren – moet een volledig reïntegratieplan worden ingediend. Bij de overgrote meerderheid van de gevallen (84%) is na 13 weken ziekte een voorlopig reïntegratieplan ingediend bij de uitvoeringsinstelling (uvi). Een volledig reïntegratieplan is minder vaak opgesteld (bij 72%). Dit was dan ook vaak niet meer nodig omdat de werknemer inmiddels het werk had hervat. De werkgevers blijken, zoals tabel 3 laat zien, voor iedere personeelscategorie even vaak een voorlopig reïntegratieplan op te stellen.

Extra nazorg

Nazorg kan alleen geboden worden als de werknemer weer geheel of gedeeltelijk aan de slag probeert te gaan. Bij ruim de helft van de langdurig zieken die trachten het werk te hervatten, besteden de werkgevers extra aandacht aan de werknemer om er zo voor te zorgen dat die werkhervatting ook zo soepel mogelijk verloopt. De werkgevers maken hierbij geen onderscheid naar categorie zieken. De werkgevers geven iedereen evenveel aandacht.

Ingeschakelde hulp

De werkgevers blijken diverse deskundigen voor hun werknemers in te schakelen om de verzuimduur te bekorten van hun werknemers. Het betreft het inschakelen van interne ondersteuning zoals de personeelsfunctionaris of andere medewerkers binnen het bedrijf tot het inschakelen van externe deskundigen zoals de bedrijfsarts van de arbodienst, een rugadviescentrum of psycholoog.

Meer hulp wordt ingeschakeld voor vrouwe-

Tabel 3 T-Toets: Gemiddelde aanpak van langdurig verzuim voor totale groep en per categorie langdurig zieken

	N	Totaal M	Jonger dan 43 jaar	Ouder dan 43 jaar	Boven- gemiddeld gemotiveerd	Niet boven- gemiddeld gemotiveerd	Niet- psychisch	Psychisch	Man	Vrouw
Mate van contact met en over de werknemer	243	1,82	1,79**	1,86**	1,84	1,80	1,83	1,80	1,83	1,81
Aantal ingezette werkaanpassingen	244	2,49	2,36	2,63	2,81*	2,09*	2,70*	1,99*	2,70*	2,00*
Voorlopig terugkeerplan opgesteld	239	0,86	0,90	0,78	0,86	0,85	0,87	0,83	0,87	0,83
Extra nazorg	176	1,60	1,60	1,59	1,61	1,58	1,60	1,60	1,59	1,61
Ingeschakelde hulp voor werknemer	229	0,83	0,90**	0,78**	0,83	0,83	0,81	0,90	0,79**	0,91**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

lijke en jongere langdurig zieke werknemers. Vrijwel alle vrouwen ontvangen volgens de werkgevers hulp bij de reïntegratie (92%), tegen 79% van de mannen. Oudere werknemers krijgen minder vaak hulp bij de reïntegratie (77%) dan jongere werknemers (90%).

Aanpak en het succes van reïntegratie

Uit het bovengaande kan geconcludeerd worden dat werkgevers inderdaad minder werk-aanpassingen treffen voor vrouwen, werknemers met psychische klachten en werknemers die – volgens het oordeel van de werkgever – minder dan gemiddeld gemotiveerd zijn om het werk te hervatten. Wel geldt dat voor vrouwen meer hulp wordt ingeschakeld. De groep ouderen springt er tegen onze verwachting in wat bepaalde opzichten betreft gunstiger uit; met en over hen onderhoudt de werkgever juist meer contact, maar in andere opzichten worden zij wat benadeeld, zo krijgen zij minder hulp van derden. De vraag is in hoeverre een verschillende aanpak van reïntegratie ertoe leidt dat de reïntegratiekansen van bepaalde categorieën langdurig zieken toenemen of verminderen.

In dit onderzoek zijn vier succesmaten gebruikt ter indicatie van de resultaten van het reïntegratieproces. Op de eerste plaats is het directe effect van reïntegratie nagegaan; is er sprake van succesvolle herplaatsing, met andere woorden: is de langdurig zieke werknemer hersteld, gedeeltelijk hersteld of niet hersteld.

Op de tweede plaats is het niveau van functioneren van de werknemer zoals beoordeeld door de werkgever vastgesteld. Deze maat kan alleen worden bepaald bij diegenen die (gedeeltelijk) hersteld zijn. Op de derde plaats is onderzocht in hoeverre de geïnterviewde werkgever de baten van het reïntegratieproces vindt opwegen tegen de kosten. Op de vierde plaats is de vraag gesteld of de werkgever de langdurig zieke werknemer (die nog steeds in dienst is) nog steeds beschouwt als een risicogeval. Deze laatste drie maten geven de kwaliteit van de terugkeer aan en kunnen meer als indirect effect van het reïntegratieproces worden beschouwd.

De vraag is in hoeverre de aanpak van reïntegratie ertoe leidt dat de reïntegratiekansen van bepaalde categorieën zieken toenemen of verminderen. Om deze vraag te beantwoorden

zijn regressie-analyses uitgevoerd ter voorspelling van de succesmaten om de bèta's – de gestandaardiseerde gewichten gecorrigeerd voor de invloed van de overige variabelen – vast te kunnen stellen.

Tabel 4 geeft de mate aan waarin de reïntegratie van de langdurig zieke werknemer een succes is voor de totale groep en per categorie langdurig zieken. Bij twee van de vier regressie-analyses voor de voorspelling van de mate van herstel en de afweging van de kosten/baten is de mate waarin de werkgever extra aandacht aan de nazorg besteedt, niet meegenomen in de analyse. Dit omdat deze vraag alleen beantwoord is voor degenen die gedeeltelijk dan wel geheel hersteld zijn. Hierdoor zou niet meer het verband tussen de overige aspecten van de aanpak van reïntegratie bij niet-herstelden kunnen worden onderzocht. Deze blijven hierdoor immers dan buiten de analyse.

Mate van herstel

De meest cruciale vraag wat betreft de mate waarin de reïntegratie succesvol is verlopen is of de werknemers het werk hebben hervat of niet. Gemiddeld blijken de meeste langdurig zieken het werk na verloop van tijd gedeeltelijk (score 2) of geheel (score 3) hervat te hebben.

Uit tabel 4 blijkt dat naarmate er meer werk-aanpassingen worden ingezet, er vaker sprake is van gedeeltelijk dan wel volledig herstel van de langdurig zieke. Het verband kan overigens op twee manieren worden geïnterpreteerd. Het is mogelijk dat meer aanpassingen het herstel en terugkeer bevorderen, maar het omgekeerde kan ook het geval zijn. Bij sommige niet herstelde werknemers kan de gezondheid zo slecht zijn dat er geen werkaanpassingen kunnen worden ingezet. De overige onderzochte aspecten van de aanpak van reïntegratie bij langdurig zieke werknemers leiden niet tot meer of minder werkhervatting.

Geen van de groepen langdurig zieken blijkt een grotere reïntegratiekans te hebben dan een andere groep. Jongere werknemers herstellen even vaak als oudere werknemers, meer dan gemiddeld gemotiveerde werknemers even vaak als minder dan gemiddeld gemotiveerde werknemers, werknemers die uitvallen wegens psychische redenen even vaak als werknemers die uitvallen vanwege andere redenen en mannen even vaak als vrouwen.

Tabel 4 Verbanden tussen aanpak langdurig zieken, de verschillende categorieën zieken en de effecten van reïntegratie (r = Pearson's correlatie, β is gestandaardiseerd gewicht gecontroleerd voor de invloed van de overige variabelen)

	<i>niet/gedeeltelijk/wel hersteld</i>	<i>functioneren</i>	<i>kosten/baten</i>	<i>risicoeval</i>
Aanpak langdurig zieken	β	β	β	β
Contacten	-0,07	-0,17*	-0,07	0,11
Werkaanpassingen	0,16*	0,01	0,18*	0,13
Terugkeerplan	0,09	-0,06	0,09	0,15
Extra aandacht	n.v.t.	-0,13	n.v.t.	-0,03
Hulp werknemer	0,09	0,05	-0,11	0,24**
Leeftijd	-0,00	-0,04	0,10	0,08
Motivatie	-0,06	0,22*	0,26**	-0,01
Psychisch	0,03	0,01	0,14	0,03
Geslacht	-0,03	0,09	0,00	-0,04
R ²	0,05	0,11	0,13	0,11
N	206	130	184	122

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ *Mate van functioneren*

De werkgevers zijn over het algemeen van oordeel dat de werknemers die langdurig ziek zijn geweest net wat onder het gemiddelde niveau (score 2) van werknemers in hun organisatie functioneren. Tabel 5 toont de verschillende aspecten waarop de voormalig langdurig zieke werknemers zijn vergeleken met hun collega's. Aspecten die de werkgevers als niet bijzonder afwijkend beschrijven (ongeveer evenveel onder- als bovengemiddeld, terwijl de meerderheid een gelijk niveau bezit) zijn: de kwaliteit van het afgeleverde werk, het herstellen van fouten, de betrouwbaarheid van werken en de zelfstandigheid. De werksnelheid blijkt het meest afwijkende aspect te zijn: ruim veertig procent van de (gedeeltelijk) teruggekeerde werknemers werkt, volgens de werkgever, langzamer dan gemiddeld. Ook de productiviteit wordt minder positief beoordeeld: bijna veertig procent is minder productief dan gemiddeld.

Uit tabel 4 blijkt dat het onderhouden van meer contacten met en over de langdurig zieke werknemers samengaat met minder goed functioneren van de herstelde of gedeeltelijk herstelde werknemer. De oorzaak/gevolg-relatie ligt ook hier waarschijnlijk andersom dan verwacht: vermoedelijk is het niet zo dat meer contacten van de werkgever met en over de zieke leiden tot het slechter functioneren van de werknemer, maar omdat het reïntegratieproces

moeizaam verloopt en de teruggekeerde langdurig verzuimer problemen heeft in het functioneren, moet de werkgever meer contacten opnemen met en over de werknemer. Verder toont tabel 4 dat naar het oordeel van de werkgevers werknemers met een sterkere motivatie om het werk te hervatten, beter functioneren dan de werknemers met een zwakkere motivatie. De vraag is uiteraard in hoeverre het oordeel over het functioneren van de werknemers het oordeel van de werkgever over de mate waarin de werknemers gemotiveerd was om terug te keren heeft beïnvloed. Niet uit te sluiten is, omdat beide oordelen op hetzelfde moment zijn gevraagd, dat er sprake is van contaminatie.

Afweging van kosten/baten

Werkgevers oordelen over de meerderheid van de reïntegratiegevallen dat de baten van reïntegratie tegen de kosten opwegen. Hoe meer werkaanpassingen zijn aangewend voor de reïntegratie van de langdurig zieke, hoe vaker de baten de kosten overtreffen zo laat tabel 4 zien. Extra aanpassingen kosten weliswaar meer, maar leveren kennelijk ook hun baten op, namelijk dat het de terugkeer van de langdurig zieke werknemer mogelijk maakt.

Ook vinden werkgevers vaker dat bij werknemers die in hun ogen meer dan gemiddeld gemotiveerd zijn om terug te keren naar het werk er sprake is van een gunstiger kosten/baten-verhouding dan bij minder gemotiveerde werk-

Tabel 5 Functioneren van reïntegrerende werknemers vergeleken met het gemiddelde niveau van werknemers in dezelfde organisatie, in procenten

Aspect kwaliteit werk reïntegrerende werknemer	Boven gemiddeld	Gelijk	Onder gemiddeld	N
Productiviteit	11,1	51,5	37,4	171
Kwaliteit afgeleverde werk	14,0	69,8	16,3	172
Fouten herstellen	11,6	71,2	17,1	146
Betrouwbaarheid van werken	14,6	68,4	17,0	171
Snelheid van werken	10,6	46,5	42,9	170
Zelfstandigheid	18,2	62,9	18,8	170
Flexibiliteit ander(e) product/gegevens/klant	10,2	58,5	31,4	118
Flexibiliteit andere taak/bewerking	16,5	49,6	33,9	127
Flexibiliteit werken met andere collega's	13,2	65,9	20,9	129
Flexibiliteit andere werktijden	12,9	59,5	27,6	116

nemers. Bij de overige groepen zien zij geen verschillen in de kosten/baten-verhouding van reïntegratie.

Risicogeval of niet

Voor de werkgevers blijven de gereïntegreerde werknemers vaak wel een risicogeval, ook al zijn ze weer volledig aan het werk. Tweederde van de werknemers wordt nog als een risicogeval beschouwd, dat wil zeggen dat de kans op herhaalde langdurige uitval aanwezig is.

Twee aspecten van de aanpak van reïntegratie bij langdurig zieke werknemers blijken samen te hangen met het oordeel van de werkgever dat de langdurig zieke na zijn of haar werkhervatting nog steeds een risicogeval vormt. Hoe meer contacten de werkgever met en over de betreffende langdurig zieken heeft onderhouden en of de werkgever hulp voor hen heeft ingeschakeld, hoe vaker de werkgever inschat dat de kans op uitval groot is bij deze werknemer. Een actievere aanpak ten behoeve van de terugkeer van de langdurig zieken lijkt dus samen te gaan met het waarnemen van een groter risico op uitval door de werkgever. Ook hier kan de oorzaak/gevolg-relatie andersom liggen dan verwacht: vermoedelijk is het niet zo dat meer contacten van de werkgever met en over de zieke en vaker hulp aan de zieke tot resultaat heeft dat de werknemer vaker beschouwd wordt als risicogeval, maar omdat de werknemers vaker in de ogen van de werkgever een risico op herhaalde terugval inhoudt, neemt de werkgever meer contacten op en schakelt hij extra hulp in voor de werknemer.

De interne arbeidsmarktpositie van de langdurig zieken lijkt geen gevolgen te hebben voor

de mate waarin werkgevers van mening zijn dat de langdurig zieke een risicogeval is. Werkgevers denken namelijk niet dat bij een bepaalde categorie langdurig zieken het risico groter is dan bij een andere categorie (zie tabel 4).

Conclusie en discussie

In deze bijdrage zijn we nagegaan in hoeverre de aanpak van reïntegratie door de werkgever uiteenloopt voor diverse categorieën langdurig zieken. Hierbij hebben we jongeren van ouderen onderscheiden, gemotiveerde van minder gemotiveerde werknemers, zieken die verzuimen wegens psychische klachten van verzuimders wegens andere redenen en mannen van vrouwen.

Over het algemeen blijkt de aanpak van de reïntegratie van langdurig zieke werknemers in de vorm van contact onderhouden met en over de werknemer, werkaanpassingen treffen, een voorlopig reïntegratieplan opstellen, nazorg bieden bij terugkeer en hulp inschakelen van binnen en buiten voor de zieke werknemer, los te staan van de persoon van de langdurig verzuimende werknemers. Wel verschilt het aantal werkaanpassingen dat wordt aangewend om reïntegratie mogelijk te maken, voor diverse personeelscategorieën. Werkgevers zetten minder werkaanpassingen in voor vrouwen, werknemers die vanwege een psychische reden zijn uitgevallen en werknemers die in de ogen van de werkgever minder gemotiveerd zijn om terug te keren naar het werk. Ook verschilt de aanpak van reïntegratie afhankelijk

van de leeftijd van de langdurig zieken. Zo onderhoudt de werkgever zelf met en over ouderen juist meer contact, maar schakelt hij voor hen minder hulp in van derden.

Vervolgens hebben we onderzocht in hoeverre er een verband bestaat tussen een bepaalde aanpak van reïntegratie en de mate waarin deze reïntegratie succesvol is. Onder een succesvolle reïntegratie verstaan we een aanpak die leidt tot herstelde of gedeeltelijk herstelde werknemers die volgens hun werkgever goed functioneren en niet (meer) als een risico op uitval worden beschouwd en waarbij de baten van de reïntegratie-inspanningen tegen de kosten opwegen. Geen van de onderzochte aspecten van de aanpak van reïntegratie, namelijk het contact onderhouden, werkaanpassingen treffen, een voorlopig terugkeerplan opstellen, aandacht besteden aan nazorg en zorgen dat de werknemer extra hulp krijgt, heeft alle genoemde succesmaten tot gevolg. Wel draagt het inzetten van meer werkaanpassingen bij tot een grotere mate van herstel en een positiever oordeel over de kosten/baten-verhoudingen van de reïntegratie-activiteiten. Daarentegen gaat het onderhouden van meer contacten samen met een lager dan gemiddeld niveau van functioneren volgens de werkgever en het oordeel van de werkgever dat de (voormalig) langdurig zieke nog steeds een risicogeval is. Ook het inschakelen van extra hulp voor de werknemer hangt samen met het waarnemen van een groter risico op uitval door de werkgever. Het opstellen van een voorlopig reïntegratieplan en het extra aandacht besteden aan de nazorg bij werkhervatting heeft geen enkel aanwijsbaar resultaat tot gevolg.

Ten slotte zijn we ingegaan op de vraag of de diverse categorieën langdurig zieken verschillen in de mate waarin reïntegratie bij hen succesvol is. De eerder gevonden verbanden maken het aannemelijk dat dit het geval zou kunnen zijn. We vinden immers dat hoe meer werkaanpassingen worden toegepast, hoe meer er sprake is van herstel en een gunstiger kosten/baten-verhouding van de reïntegratie-aanpak bij de betreffende werknemers. Bovendien zagen we dat bij vrouwen, werknemers die psychische klachten hebben en werknemers die minder gemotiveerd overkwamen bij hun werkgever minder werkaanpassingen worden ingezet.

We zouden daarom kunnen verwachten dat er bij deze categorieën wellicht minder sprake is van herstel en een ongunstiger werkgeversoordeel over de kosten en baten van reïntegratie.

Het blijkt echter dat geen van de groepen langdurig zieken een grotere kans op herstel heeft dan een andere groep. Wel vinden wij dat werkgevers vaker van mening zijn dat bij werknemers die in hun ogen minder dan gemiddeld gemotiveerd zijn om terug te keren naar het werk, er sprake is van een ongunstiger kosten/baten-verhouding dan bij de meer dan gemiddeld gemotiveerde werknemers. Ook komt uit het onderzoek naar voren dat over de minder gemotiveerde werknemers de werkgevers eveneens oordelen dat zij minder goed functioneren in hun werk na terugkeer dan de meer gemotiveerde langdurige verzuimers. Voor het overige blijken er geen verschillen in het succes van de reïntegratie te zijn tussen de categorieën langdurig zieken. De kans op succes van reïntegratie blijkt dus grotendeels gelijk voor alle langdurig zieke werknemers.

Dit laatste is een opvallende conclusie en gaat in tegen wat eerder in andere onderzoeken over reïntegratie na WAO-intrede is gevonden. Daaruit bleek dat uitgevallen werknemers die jong, sterk gemotiveerd of vanwege andere dan psychische redenen uitvallen een grotere reïntegratiekans na het eerste ziektejaar hebben dan uitgevallen werknemers die oud, minder gemotiveerd of een psychische aandoening hebben. Wat betreft de reïntegratiekansen van mannen en vrouwen veronderstelden wij dat vrouwen een kleinere kans zouden hebben dan mannen. Hier waren echter al twijfels over. Zo meenden Van der Giezen e.a. (1998) dat de reïntegratiekansen voor mannen en vrouwen gelijk waren. Het hogere arbeidsongeschiktheidsrisico van vrouwen is volgens hen een gevolg van het feit dat vrouwen zich vaker ziek melden en vervolgens even vaak of zelfs vaker langdurig ziek zijn dan mannen en niet een gevolg van een kleinere kans om terug te keren naar het werk. Ons onderzoek laat inderdaad geen verschillen zien in reïntegratiekansen tussen mannen en vrouwen en ondersteunt in dat opzicht de hypothese van Van der Giezen en collega's.

Van der Giezen (2000) stelt dat de gelijke kans op reïntegratie tijdens het eerste ziektejaar voor mannen en vrouwen betekent dat

een groot deel van het verhoogde arbeidsongeschiktheidsrisico van vrouwen samenhangt met de situatie van de werknemers voordat zij zich ziek melden en in mindere mate met de begeleiding en reïntegratie tijdens het eerste ziektejaar. Het hier gevonden resultaat dat voor vrouwen minder werkaanpassingen worden gebruikt dan voor mannen, wijst er echter op dat de aanpak van reïntegratie toch niet geheel gelijk is, hoewel we inderdaad geen verschillen vinden in de mate waarin vrouwen en mannen herstellen na langdurig verzuim. Kennelijk zijn de verschillen in het aantal toegepaste werkaanpassingen niet zo groot dat dit gevolgen heeft voor de kansen op herstel.

Een interessant aspect waar nader onderzoek over gewenst zou zijn, is het feit dat de motivatie van de werknemer om terug te keren wel van belang lijkt voor de kwaliteit van reïntegratie, maar niet voor de kwantiteit. Meer gemotiveerde werknemers reïntegreren dus wel beter, maar niet meer dan werknemers die minder gemotiveerd zijn om terug te keren naar het werk. De vraag is of dit verband blijft bestaan als motivatie, functioneren en het zijn van een risicogeval op een andere wijze wordt gemeten. In dit onderzoek is de motivatie van de werknemer achteraf vastgesteld door de werkgever en kan er sprake zijn van contaminatie. Het oordeel van de werkgever kan beïnvloed worden door het resultaat van zijn inspanningen. Als een reïntegratie mislukt kan een werkgever dit op conto van een slechte motivatie van de werknemer schrijven. Bovendien geven de huidige operationalisaties alleen de mening weer van de werkgever. Het is goed mogelijk dat de werknemers zelf, de personeelsfunctionaris, de bedrijfsarts en collega's een ander beeld hebben van deze aspecten, waardoor dit verband mogelijk verdwijnt.

Een andere belangrijke conclusie is dat de wettelijke verplichting om een voorlopig reïntegratieplan in te dienen voor het succes van de reïntegratie niet van belang lijkt te zijn. Langdurig zieken waarvoor een terugkeerplan is opgesteld hebben geen grotere kans op herstel dan langdurig zieken waarvoor dat niet is gebeurd. De Wet verbetering poortwachter die per 1 april 2002 in werking zal treden, lijkt in dit licht een goede ontwikkeling. Door middel van een reïntegratieverslag zal meer aandacht worden gegeven aan de werkelijk uitgevoerde

reïntegratiemaatregelen en minder aan de administratieve aspecten.

Het onderzoek kent een aantal beperkingen. De aantallen zijn vanuit analytisch oogpunt klein en het zou wenselijk zijn geweest om de werkgever voorafgaand aan de reïntegratiepoging te bevragen naar motivatie van de werknemer of de werknemers zelf te hebben kunnen bevragen daarover. Een andere beperking van dit onderzoek is dat de aard van de gegevens het niet toelaat om causale gevolgtrekkingen te maken. Dit komt omdat de gegevens op één moment in de tijd verzameld zijn. Het is nu niet mogelijk om bij verbanden aan te geven wat oorzaak en wat gevolg is. Zo vinden we dat als er meer contacten worden onderhouden, de herstelde zieken slechter functioneren en dat er volgens de werkgever nog vaker een risico op herhaalde langdurige uitval aanwezig is. Dit wijst erop dat de oorzaak/gevolg-relatie andersom ligt dan verwacht: waarschijnlijk is het niet zo dat meer contacten van de werkgever met en over de zieke en vaker hulp aan de zieke tot resultaat hebben dat werknemer vaker beschouwd wordt als risicogeval en slechter functioneert, maar omdat de werknemer vaker in de ogen van de werkgever een risico op herhaalde terugval inhoudt en na terugkeer nog minder dan gemiddeld functioneert, de werkgever meer contact opneemt met en over de werknemer.

Bovendien geldt dat zelfs als er geen verbanden worden gevonden, dit nog kan betekenen dat tegengestelde processen aan het werk zijn (Besseling, Van Gent en Brouwers, 1999). Een hoog ziekteverzuim kan bijvoorbeeld leiden tot het nemen van maatregelen en de maatregelen hebben op hun beurt tot gevolg dat het ziekteverzuim afneemt. Als er op één tijdstip gemeten wordt, dan lijkt er geen verband te zijn tussen de maatregelen en de hoogte van het ziekteverzuim, maar de beide processen heffen elkaar op. Alleen longitudinaal onderzoek kan hier inzicht in bieden.

Het bijzondere van dit onderzoek is dat werkgevers zijn bevraagd naar cruciale werknemerskenmerken en naar het individuele functioneren van werknemers na terugkeer van de ziekte. Hierdoor is het mogelijk te onderzoeken in welke mate de aanpak van reïntegratie en de gevolgen daarvan samenhangen met de ken-

merken van de arbeidsmarktpositie van de langdurig zieke werknemers. Geconcludeerd kan worden dat werkgevers in het MKB niet lijken te discrimineren in hun aanpak van reïntegratie voor individuele langdurig zieken. De segmenteringstheorie – verdeling van werknemers naar positie op de arbeidsmarkt binnen en buiten het bedrijf – lijkt in dit verband niet op te gaan. De onderzochte werkgevers maken nauwelijks onderscheid op grond van kenmerken van de persoon. Ook blijkt dat deze persoonskenmerken niet bepalend zijn voor de kans op een succesvolle reïntegratie van de langdurig zieken. Dit alles mag als goed nieuws beschouwd worden: als het gaat om terugkeer na ziekte in het MKB is er sprake van een gelijke behandeling van werknemers.

Literatuur

- Bremer, W., *Theorieën over de arbeidsmarkt en arbeidsmarktgedrag in de bouw* (1991), Groningen: Wolters Noordhoff.
- Besseling, J.J.M., M.J. van Gent & E. Brouwers (1999), *Van TAV tot REA: bedrijfsbeleid en verzuim. Een verkenning naar de relatie tussen arbo en verzuimbeleid van bedrijven en de relatie met het ziekteverzuim in de jaren 1996-1998*, 's-Gravenhage: Elsevier bedrijfsinformatie bv.
- Deursen, C.G.L., E.I.L.M. Schellekens, A.G. ter Huurne, R.A.P. Fux, T.J. Veerman & W.I. van Zwol (1998), *Zara-werkgeverspanel rapportage 1997*, 's-Gravenhage: VUGA.
- Doering P. & M. Piore (1971), *Internal labor markets and manpower analysis*, Lexington: DC Heath.
- Giezen, A.M. van der, Cuelenaere, B. & Prins, R. (1998), *Vrouwen vaker in de WAO?* Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie bv.
- Giezen, A.M. van der (2000), *Vrouwen, (werk)omstandigheden en arbeidsongeschiktheid*, Amsterdam: Lisv.
- Glebbeek A.C. (1993), *Perspectieven op loopbanen*, Assen: Van Gorcum.
- Groen T. (1998), *Ik zou er dolgraag een WAO'er bij willen. Honderdvijftig voorbeelden van succesvolle reïntegratie na een periode van volledige arbeidsongeschiktheid*, Utrecht: Jan van Arkel i.s.m. Stichting FNV-pers.
- Grundemann, R.W.M. & I.D. Nijboer (1998), *WAO-intrede en werkhervatting*, Dissertatie. Amsterdam: NIA TNO.
- Grundemann R.W.M., E.C.M.P. Lourijsen, C.V. van Vuuren & M.A. Ziekemeijer (1998), *Ouderen en reïntegratie*, Amsterdam: NIA TNO.
- Hoof J. van (1987), *De arbeidsmarkt als arena. Arbeidsmarktproblemen in sociologisch perspectief*, Tilburg: Proefschrift Katholieke Universiteit Brabant.
- Huurne A.G. ter, T.J. Veerman, C.G.L. van Deursen, R.A.P. Fux, E.I.L.M. Schellekens & A.M.C. Vissers (1997), *ZARA-werkgeverspanel 1996-1997; Ziekteverzuim, arbeidsomstandigheden, reïntegratie, arbeidsongeschiktheid*, Onderzoek verricht in opdracht van het Ministerie van SZW door Bureau AS/tri te Leiden en IVA Tilburg te Tilburg. Den Haag: VUGA.
- Kers W.C., H.G. van der Stelt, J.G. Fiseler & P.G.M. Molenaar-Cox (1996), *Afvloeiing of herintreding. WAO-toetreding voor en na de stelselherziening 1987*, Onderzoek verricht door GAK/GMD in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en het College van toezicht sociale verzekeringen in het kader van het Project Evaluatie van het herziene Stelsel van sociale zekerheid (PES). 's-Gravenhage, VUGA Uitgeverij BV.
- Mok A.L. (1975), 'Is er een dubbele arbeidsmarkt in Nederland?' in: *Pre-adviezen voor de vereniging van Staatshuishoudkunde*, Leiden: Stenfert Kroese.
- Schellekens E.I.L.M., C.G.L. van Deursen, R.A.P. Fux, A.G. ter Huurne, J. Janssen, A.M.H. Reuling & T.J. Veerman (2000), *SZW-werkgeverspanel rapportage 1997-1998*, 's-Gravenhage Elsevier bedrijfsinformatie bv, 1999. 's-Gravenhage Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- SZW (2000), *Sectoranalyse WAO 1999. Een analyse van 65 sectoren op basis van mesogegevens*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Veerman T.J., E.I.L.M. Schellekens, J.F.L.M.M. Dagevos, J.A. Duvekot, F. Marcelissen & P.G.M. Molenaar-Cox (2001), *Werkgevers over ziekteverzuim, Arbo en reïntegratie*. Eindrapportage van het ZARA/SZW-werkgeverspanel, Elsevier: Doetinchem.
- Verkleij H., S. Andriessen & M. Marcelissen (1997), *Varianten van reïntegratiebeleid; Hoe gaan bedrijven om met gedeeltelijk arbeidsgeschikte werknemers*, Amsterdam, NIA TNO.
- Vinke H., S. Andriessen, S.G. van den Heuvel, I.L.D. Houtman, S. Rijnders, C.V. van Vuuren & C.W.J. Wevers (1999), *Vrouwen en Reïntegratie*, Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Vos E.L. de, S. Andriessen & M.A. Ziekemeijer (1997), *Reïntegratie van arbeidsgehandicapten in het midden- en kleinbedrijf*, Amsterdam: NIA TNO.
- Vuuren C.V. van, F. Verboon & P.C. Buijs (1998), *Voor en na de privatisering van de Ziektewet. Werknemers over veranderingen in de arbo- en verzuimwetgeving*, Amsterdam: NIA TNO.
- Vuuren C.V. van, S. Andriessen, M.J. van Gent, A.A. Smit, H. Vinke & C.W.J. Wevers (2000), *De Baas en ziekte. Ziekte de baas. Reïntegratie in het Midden- en Kleinbedrijf*, Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Zwetsloot, G.I.J.M., F.A. Reijenga, S. Andriessen & F.H.G. Marcelissen (1998), *Een zorgsysteem voor reïntegratie*, Amsterdam: NIA TNO BV.