



BETERSCHAP DOOR LEIDERSCHAP

EEN VERKENNEND ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN DISABILITY MANAGEMENT

Jeroen Nieuwland
Studentnummer 250523
Erasmus Universiteit Rotterdam
Faculteit Sociale Wetenschappen
Mei 2005

Scriptie Sociologie
Erasmus Universiteit Rotterdam
Faculteit Sociale Wetenschappen
Mei 2005

Door: Jeroen Nieuwland
Onder begeleiding van: Drs. B. Jetten
Tweede beoordelaar: Dr. A.J. Steijn

VOORWOORD

Voor u ligt een scriptie-onderzoek naar de invloed van Disability Management op de verzuimduur binnen organisaties. Door middel van theorie- en praktijkonderzoek heb ik geprobeerd Disability Management meetbaar te maken en de effectiviteit ervan aan te tonen.

Het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek heb ik als bijzonder leerzaam ervaren. Het zelfstandig opzetten van het onderzoek, het contact leggen met organisaties en het in de praktijk brengen van het onderzoek zijn interessante uitdagingen gebleken, die stuk voor stuk een bijdrage hebben geleverd aan het leren van wetenschappelijke vaardigheden. Vooral het praktijkgedeelte van het onderzoek, waarbij interviews met leidinggevenden moesten worden gehouden, heb ik met groot plezier uitgevoerd.

Natuurlijk heb ik bij het schrijven van de scriptie ook moeilijke momenten gekend. De scriptie is het resultaat van een langdurig proces, waarbij sommige fasen in het onderzoeksproces bijzonder veel tijd hebben gekost. Met name de geringe bereidheid tot medewerking aan mijn onderzoek was teleurstellend en heeft tot de nodige vertraging geleid. Het is een 'wetenschappelijke valkuil' gebleken, waarbij veel geduld en doorzettingsvermogen van mij en mijn begeleiders is gevraagd.

Speciale dank bij de totstandkoming van mijn scriptie gaat uit naar Bert Jetten. Zijn betrokkenheid en deskundigheid met betrekking tot het onderwerp zijn van grote waarde geweest voor het voltooien van deze scriptie. De gesprekken in het kader van het onderzoek waren vaak leerzaam en verhelderend.

Daarnaast wil ik Bas Fortuin van Maetis Arbo bedanken. Het contact wat hij heeft gelegd met de onderzoeksafdelingen is van groot belang geweest voor de verdere uitvoering van mijn onderzoek.

Ten slotte gaat mijn dank ook uit naar iedereen binnen Frankeland en Medisch Centrum Rijnmond Zuid die bereid is geweest mee te werken aan mijn onderzoek.

INHOUDSOPGAVE:

VOORWOORD

1. INLEIDING	1
1.1 Inleiding	1
1.2 Reïntegratiebeleid	2
1.3 De probleemstelling	5
1.4 Sociologische relevantie	6
1.5 Opbouw scriptie	7
2. WETTELIJKE REGELGEVING	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Wet op de arbeidsongeschiktheidsregeling	9
2.3 Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsverplichting bij Ziekte	9
2.4 Wet op de reïntegratie arbeidsgehandicapten	10
2.5 Wet Premiedifferentiatie en Marktwerking Bij Arbeidsongeschiktheid	10
2.6 Wet verbetering poortwachter	10
2.7 Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen	12
3. DISABILITY MANAGEMENT	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Introductie Disability Management	13
3.3 Beleidsmaatregelen Disability Management	15
3.4 Voorwaarden Disability Management	16
3.5 Discussie	17
4. HET THEORETISCH KADER	19
4.1 Inleiding	19
4.2 Het beslissingsmodel van Philipsen	20
4.3 Leiderschapsstijlen volgens Hersey	23
4.4 Houdingstypen volgens Grosfeld en Mulder	25
5. DE ONDERZOEKSOPZET	28
5.1 De onderzoeksmethode	28
5.2 Operationalisering afhankelijke variabele	29
5.3 Operationalisering onafhankelijke variabelen	30
5.3.1 Variabele 1: De begeleiding van arbeidsongeschikten door leidinggevendenden	31
5.3.2 Variabele 2: De bereidheid tot aanpassing van de werksituatie	32

5.3.3 Variabele 3: De stijl van leidinggeven	33
5.3.4 Variabele 4: De houding van leidinggevendenden ten opzichte van ziekteverzuim	35
5.4 Conclusie	35
6. DATA-ANALYSE	37
6.1 Inleiding	37
6.2 Introductie onderzoeksgebied	37
6.3 Variabele 1: De begeleiding van arbeidsongeschikten door leidinggevendenden	38
6.3.1 Variabele 1: Frankeland	38
6.3.2 Variabele 1: MCRZ1	40
6.3.3 Variabele 1: MCRZ2	43
6.3.4 Variabele 1: Conclusie	44
6.4 Variabele 2: De bereidheid tot aanpassing van de werksituatie	46
6.4.1 Variabele 2: Frankeland	47
6.4.2 Variabele 2: MCRZ1	48
6.4.3 Variabele 2: MCRZ2	50
6.4.4 Variabele 2: Conclusie	51
6.5 Variabele 3: De stijl van leidinggeven	54
6.5.1 Variabele 3: Frankeland	55
6.5.2 Variabele 3: MCRZ1	56
6.5.3 Variabele 3: MCRZ2	56
6.5.4 Variabele 3: Conclusie	57
6.6 Variabele 4: De houding van leidinggevendenden ten opzichte van ziekteverzuim	57
6.6.1 Variabele 4: Frankeland	58
6.6.2 Variabele 4: MCRZ1	59
6.6.3 Variabele 4: MCRZ2	61
6.6.4 Variabele 4: Conclusie	63
6.7 De verzuimcijfers	66
7. CONCLUSIES	68
7.1 Inleiding	67
7.2 Conclusies	68
7.3 Tot slot	70
LITERATUURLIJST	71
BIJLAGE 1: CONTACTPERSONEN	74
BIJLAGE 2: VRAGENLIJST LEIDINGGEVENDEN	75
BIJLAGE 3: VRAGENLIJST ARBEIDSONGESCHIKTEN	79

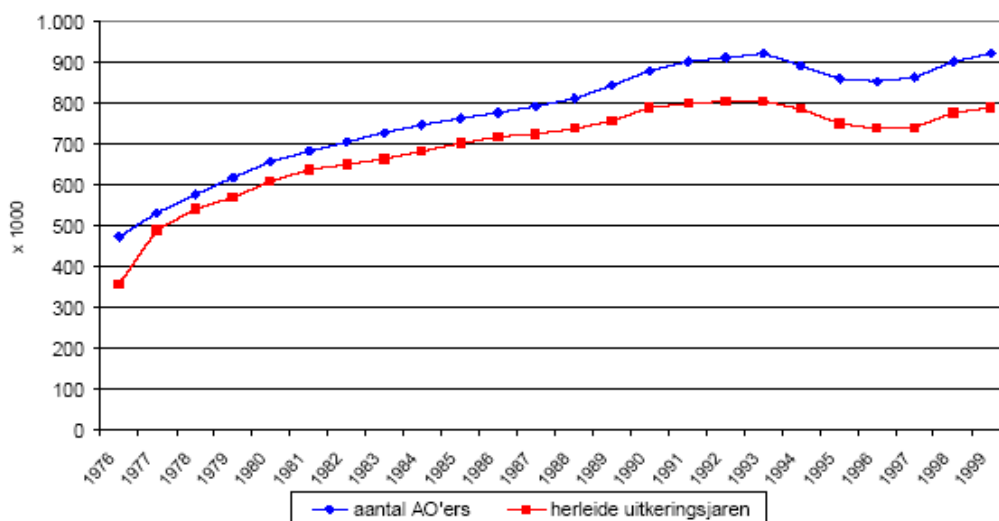
1. INLEIDING

1.1 Inleiding

Het bedenken en afbakenen van een scriptie-onderwerp is in principe het belangrijkste en het meest bepalende onderdeel van de hele scriptie. Natuurlijk heeft ieder gedeelte in de totstandkoming van een scriptie een toegevoegde waarde, maar de keuze van het onderwerp bepaalt uiteindelijk het complete vervolg van de scriptie. Het is dan ook een tijdrovende klus voor mij gebleken, te bedenken waar ik mijn scriptie-onderzoek naar wilde doen. Mijn persoonlijke interesse, actualiteitswaarde en natuurlijk sociologische relevantie stonden voorop bij het kiezen van een thema.

Tijdens de studie Sociologie hebben enkele thema's bijzondere aandacht gekregen. Grootstedelijke vraagstukken, migratiestromen, armoede en de kwaliteit van de arbeid zijn vanuit een sociologische invalshoek behandeld. Intrigerende onderwerpen die een belangrijke maatschappelijke waarde in zich dragen. Toch werd voor mij na een grondig literatuuronderzoek duidelijk dat mijn scriptie-onderwerp zich niet zou richten op één van deze thema's. Ondanks het feit dat dergelijke onderwerpen in mijn ogen zeker de moeite van het onderzoeken waard zijn, kreeg een onderwerp dat in de studie minder aandacht heeft gekregen mijn persoonlijke voorkeur, namelijk de huidige WAO-problematiek. Nu is de term 'huidige' in dit verband misschien een wat dubieuze term, vanwege het feit dat de WAO al tientallen jaren een bron van zorg voor verscheidene kabinetten vormt. In Nederland is het aantal mensen met een WAO- uitkering in de loop der jaren namelijk gestaag gegroeid (zie grafiek 1.1).

Grafiek 1.1: Volume arbeidsongeschiktheid (WAO, WAZ en Wajong) in personen en herleide uitkeringsjaren (1976-1999)



Bron: Lisv, *Kroniek van de sociale verzekeringen*

De nadruk in Nederland heeft lang geleden op het verzorgen van een goede uitkering bij arbeidsongeschiktheid (WAO). De aandacht ging vooral uit naar een goed sociaal vangnet en was in mindere mate arbeidsgericht. Zowel werkgever als werknemer waren in een groot aantal gevallen gebaat bij een uitstroom naar een arbeidsongeschiktheidsregeling, omdat deze voor alle partijen gunstig kon uitpakken. De werkgever werd vrijwel zonder kosten verlost van een probleem op het werk, en de werknemer kreeg tot voor kort tot aan het pensioen een relatief riant uitkering (80 procent van laatst verdiende loon). Dit leidde bij beide partijen tot weinig reïntegratie-inspanningen.

Alle kabinetten van de afgelopen decennia hebben vervolgens geprobeerd de instroom te beperken en de uitstroom te bevorderen, maar lijken daar maar deels of soms helemaal niet in geslaagd.

1.2 Reïntegratiebeleid

Het 'WAO-probleem' is te algemeen en te complex om in zijn totaliteit te onderzoeken. Een wetenschappelijk verantwoord onderzoek dient zich te richten op een helder omschreven probleemstelling. De volgende stap die daartoe bijdraagt is de afbakening van het onderwerp door een inperking van het onderzoeksgebied. Het onderzoek dient zich te richten op één bepaald onderdeel van het WAO-probleem.

Er valt op basis van het eerder beschreven WAO-probleem een onderscheid te maken in een aantal deelproblemen. Deze deelproblemen hangen samen met de fase waarin een werknemer zich bevindt. Aanvankelijk belandt een werknemer van een gezonde uitgangssituatie in een situatie van arbeidsongeschiktheid, om vervolgens weer terug te keren op de werkvloer of in de WAO te belanden.

Op basis van het stadium waarin een arbeidsongeschikte werknemer zich bevindt, maken Gehrels en Lemmens (1993) in hun 'Handboek Verzuimmanagement' een onderscheid tussen drie soorten verzuimbeleid die ieder een fase in het verzuimtraject vertegenwoordigen.

Ten eerste beschrijven zij *preventief* verzuimbeleid. Dit beleid is gericht op het voorkomen van ziekteverzuim. Centraal staat het aanpassen van de arbeidsbelasting en het verhogen van de belastbaarheid van de medewerker, voordat er daadwerkelijk problemen zijn.

Als tweede valt *drempelverhogend* verzuimbeleid te onderscheiden. Dit beleid richt zich op de verzuimdrempel. Dit is de mate waarin iemand moeite heeft zich ziek te melden. Doelstelling is het aantal ziekmeldingen zoveel mogelijk te beperken. Volgens Grosfeld en Mulder (1993) gaat er een drempelverhogend effect uit van onder andere ziekmelding bij de eigen leiding, gerichte aandacht voor arbeidsongeschikten via verzuim- en hervattingsgesprekken en extra controle door de verzekeringsarts. Tevens wordt de verzuimdrempel ook hoger naarmate mensen zich beter bewust zijn van de gevolgen van hun afwezigheid voor de organisatie en hun collega's. Ten slotte kan de leidinggevende ook geconfronteerd worden met medewerkers die misbruik maken van de Ziektewet. In dit soort gevallen dienen zij volgens Gehrels en Lemmens te worden aangesproken en gewaarschuwd, eventueel gevolgd door sancties en ontslag.

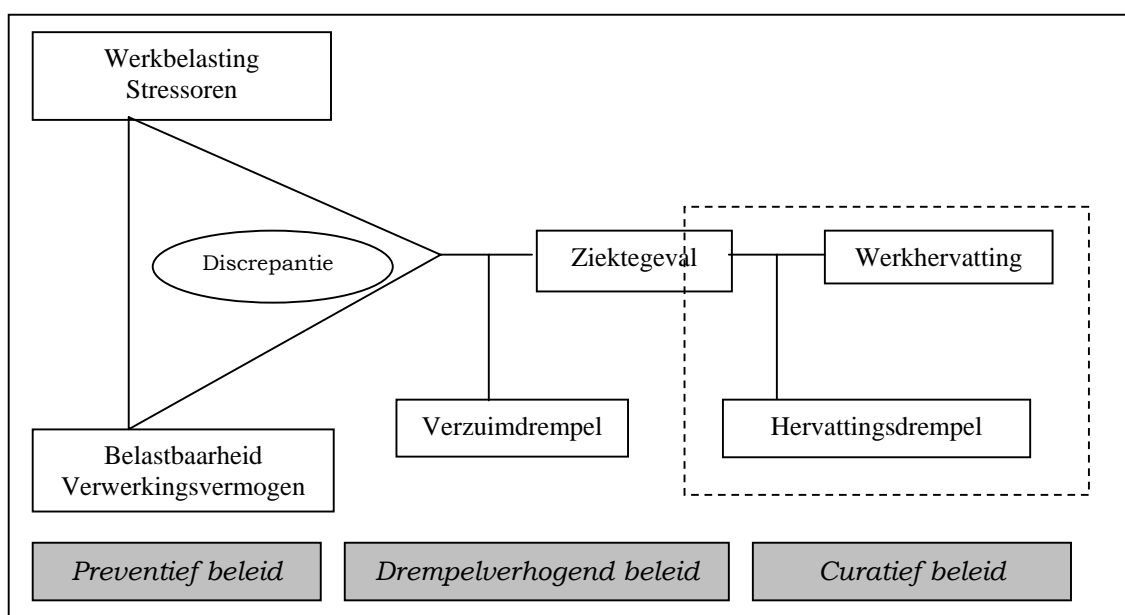
In de *curatieve* beleidsvorm tenslotte, staat de verlaging van de hervattingsdrempel centraal. Hiermee wordt het geheel van factoren bedoeld die van invloed zijn op het ziekteverloop en de werkhervatting. Dit proces wordt volgens Gehrels en Lemmens beïnvloed door persoonlijke en

sociale factoren, het bedrijf en de werkplek. Om de hervattingsdrempel te verlagen kan men de therapie versnellen of mogelijkheden scheppen voor een snellere reïntegratie na een ziekte.

Op basis van mijn literatuurstudie kan worden vastgesteld dat naar de curatieve vorm van beleid nog weinig onderzoek is verricht. Wetenschappelijk onderzoek lijkt zich de afgelopen jaren voornamelijk op de preventieve beleidsvorm te hebben gericht.

Schematisch wordt bovenstaande in model 1.1 weergegeven. Het kader in het model geeft aan op welk onderdeel van het boven beschreven verzuimtraject mijn onderzoek zich richt. Duidelijk zal worden dat ik mij voornamelijk ga bezighouden met de curatieve beleidsvorm, oftewel de reïntegratie van arbeidsongeschikte werknemers vóórdat zij eventueel in de WAO belanden.

Model 1.1 NIA-verzuimbeheersingsmodel



Bron: Veerman en Smulders, 1993: 73

Deze fase is met name interessant om te bestuderen omdat nog relatief weinig onderzoek is gedaan naar deze fase in het proces van reïntegratie. Op basis van de literatuurstudie 'Balans van 30 jaar ziekteverzuimonderzoek', verricht door Smulders in 1984, valt op te maken dat wetenschappelijk onderzoek zich hoofdzakelijk bezig houdt met determinanten van ziekteverzuim. Ook reïntegratiemiddelen voor arbeidsongeschikte werknemers die reeds aanspraak maken op de WAO, of op ziekten zelf, krijgen veel aandacht, in tegenstelling tot de activiteiten die kunnen worden ondernomen om te voorkomen dat arbeidsongeschikten in de WAO belanden.

Voor deze constatering is in mijn ogen geen duidelijke verklaring te vinden. Sterker nog, het belang van dergelijk onderzoek wordt juist benadrukt in de media. In het artikel 'WAO-instroom kan fors minder' uit de Volkskrant van 16 januari 2003 pleit Van der Laan, voorzitter van de hooffdirectie van de Arbo Unie onder andere voor een andere aanpak bij de begeleiding van arbeidsongeschikten. Volgens hem moeten leidinggevenden meer gaan inzien dat het meeste verzuim niet alleen wordt veroorzaakt door een ziekte of ongeval, maar ook door

werkomstandigheden, cultuur en gedrag van mensen en organisaties. Hij spreekt in dit verband van een streven naar ‘ontmedicalisering’ van het reïntegratiebeleid.

Bovendien is het interessant om de periode waarin arbeidsongeschikte werknemers in de Ziektewet lopen te onderzoeken, omdat uit onderzoek blijkt dat juist deze fase voor veel gevallen een beslissende blijkt te zijn. Indien men namelijk in de WAO belandt, blijkt het vaak moeilijk er weer uit te komen. Bovendien is aangetoond dat de kans om in de WAO te belanden vooral vanaf dertien weken ziekte of arbeidsongeschiktheid exponentieel stijgt. De aanpak tijdens de periode die hieraan vooraf gaat blijkt dus essentieel te zijn. Onderzoek door Elsevier, weergegeven in tabel 1.1, wijst hierop:

Tabel 1.1 De kans om in de WAO te komen naar verzuimduur

Verzuimduur (weken)	Kans om in de WAO te komen (%)
0	1.3
2	5.2
4	13.0
6	16.3
13	32.5
35	65.0
52	100.0

Bron: Elsevier Congressen, 2002

Ten slotte is het toespitsen van mijn onderzoek op deze fase gebaseerd op maatschappelijke relevantie en de actualiteitswaarde van deze fase in het reïntegratieproces. Het naderen van de één miljoen arbeidsongeschikten is aanleiding geweest voor het kabinet om de Commissie Donner te vragen een advies op te stellen over de toekomst van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. In de Miljoenennota 2001 concludeert het kabinet dat in de afgelopen jaren van hoogconjunctuur de WAO onverminderd kwetsbaar is gebleken voor een sterke instroom, terwijl van een uitstroom geen sprake is geweest. Op basis van deze bevinding doet de Commissie Donner onderzoek naar de mogelijke oplossingen voor dit probleem. ‘Meer werk maken van arbeidsgeschiktheid om arbeidsongeschiktheid te voorkomen’, luidt het advies van het rapport. Voorop staat wat mensen wél kunnen. De werkgever en werknemer zullen beiden worden aangesproken op hun inspanningen om geschikt werk te vinden voor de reïntegrerende werknemer. Uiteindelijk zal de invoering van de Wet Verbetering Poortwachter een direct gevolg zijn van deze bevindingen, maar daarover zal ik later meer berichten.

Kortom, mijn scriptie gaat hoofdzakelijk over reïntegratie van arbeidsongeschikten. Maar voordat ik toekom aan het formuleren van een probleemstelling zal ik kort de term reïntegratie introduceren. In feite bestaat het proces van reïntegratie uit het bijeenbrengen van twee verschillende componenten: de persoon met zijn mogelijkheden en de eisen die de functie stelt. Doel in dit proces is dat de ziekte of aandoening van de persoon niet of nauwelijks tot beperkingen in het werk mogen leiden. Het uitgangspunt hierbij is dat voornamelijk moet

worden gekeken naar aanpassingen in de werksituatie, en waar dat niet mogelijk is, naar veranderingen in de persoon door bijvoorbeeld training of scholing.

Volgens Nijhuis en Van Lierop (2003) hangt de succeskans van reïntegratie af van de mogelijkheden van de persoon, de organisatie waar hij werkt of zou willen werken, de maatschappelijke omgeving en de kwaliteit van het reïntegratie-instrumentarium gericht op afstemming tussen persoon en werk.

Ook de mate waarin een bedrijf bereid is om aanpassingen aan te brengen voor een werknemer met een arbeidshandicap kan bepalend zijn voor succesvolle reïntegratie. Deze bereidheid wordt ten dele bepaald door de wijze waarop binnen organisaties tegen arbeidsongeschikten wordt aangekeken. Ook wordt dit bepaald door de mate waarin het arbeidsproces moet worden aangepast aan de mogelijkheden van de werknemer.

Kortom, er zijn tal van ideeën en theorieën te onderscheiden, die mogelijk bijdragen tot de reïntegratie van arbeidsongeschikten. Deze verdeeldheid is niet alleen terug te vinden bij onderzoekers, maar ook bij leidinggevenden. In de praktijk wordt als gevolg hiervan een verscheidenheid aan soorten verzuimbeleid gehanteerd. Ieder beleid heeft een eigen idee en eigen pakket maatregelen, maar allen hebben de doelstelling gemeen: het voorkomen of terugdringen van ziekteverzuim.

1.3 De probleemstelling

Om duidelijkheid te verschaffen in het aanbod van mogelijke succesfactoren voor reïntegratie van arbeidsongeschikten, heb ik in het kader van mijn onderzoek één specifiek verzuimbeleid onderzocht, namelijk het 'Disability Management'. Aan de hand van de kenmerken van dit beleid zal worden onderzocht welke succesfactoren bijdragen aan het reïntegreren van arbeidsongeschikte werknemers.

Hiermee ben ik toegekomen aan het formuleren van de probleemstelling. Deze bestaat uit een doelstelling en een logisch daaruit afgeleide vraagstelling, die samen precies vastleggen wat er onderzocht dient te worden (Braster, 2000). De probleemstelling van mijn onderzoek luidt als volgt:

Wat is de invloed van Disability Management op de duur van ziekteverzuim binnen een bedrijf?

Doel van het onderzoek is het vergroten van het inzicht in aan Disability Management gerelateerde factoren die bijdragen aan succesvolle reïntegratie van arbeidsongeschikten. Speciale aandacht zal daarbij uitgaan naar de rol die leidinggevenden spelen bij de reïntegratie. Succesvolle reïntegratie houdt voor mijn onderzoek in, dat de arbeidsongeschikte werknemer bij de eigen werkgever aan het werk gaat of blijft, en als gevolg daarvan de instroom in de WAO wordt voorkomen. De belangrijkste factoren die in het onderzoek aan bod komen bevinden zich op het meso-niveau, oftewel het bedrijfsniveau.

De nadruk bij Disability Management ligt op de resterende mogelijkheden van de werknemer, op de samenwerking tussen en de betrokkenheid van alle partijen, om zo op het individu gericht maatwerk te kunnen leveren en daarmee een snelle terugkeer te bevorderen.

Bovendien is binnen het gedachtegoed van Disability Management een speciale rol weggelegd voor leidinggevend en sluit dit verzuimbeleid daarmee goed aan bij de insteek van mijn scriptieonderzoek.

Het is interessant om deze rol nader te bestuderen omdat de leidinggevende een breed takenpakket heeft. De leidinggevende vormt in feite een schakel in het systeem van het bedrijf, omdat hij zich beweegt tussen top-management en uitvoerenden en dus tussen strategisch en operationeel niveau. De leidinggevende is bij uitstek de persoon die kennis heeft van en inzicht heeft in zowel het bedrijfsproces als het functioneren van de medewerker in zijn omgeving. Bovendien beschikt de leidinggevende over mogelijkheden om de zieke werknemer terug te laten keren, bijvoorbeeld door de werksituatie aan te passen. Ten slotte onderhoudt de leidinggevende ook contacten met de directie, de afdeling Personeel en Organisatie en de Arbodienst. Dit alles maakt hem tot de sleutelfiguur in de beheersing van ziekteverzuim. Deze theorie wordt ondersteund door Ris:

*‘Duidelijk is geworden dat de bedrijfsleiding, inclusief de baas van de betrokken werknemer, een belangrijke positie inneemt bij de begeleiding van langdurige zieken. Een actieve opstelling van de bedrijfsleiding komt tot uiting in een relatief lage frequentie van langere ziektegevallen’.*¹

1.4 Sociologische relevantie

Bij het introduceren van mijn onderzoek mag in mijn ogen het benadrukken van de sociologische relevantie niet ontbreken. Inzicht in organisatieproblemen wordt namelijk niet alleen verschaft door organisatie- en bestuurskunde, maar ook door een directe inbreng vanuit de organisatiesociologie. Vele leidinggevend en kunnen in mijn ogen baat hebben bij inzicht in de sociaal-wetenschappelijke benadering van deze problemen.

Lammers (1983) is van mening dat een bijdrage van de sociologie tot het voorkomen en hanteren van organisatieproblemen is gelegen in het verschaffen van een nuchter, zakelijk denkkader waarmee men ontwikkeling, structuur en functioneren van de organisatie kan ontleden. De begrippen die zijn ontwikkeld in de sociale wetenschap kunnen dienen als instrumenten waarmee complexe gebeurtenissen en processen kunnen worden benoemd en onderscheiden. Hij spreekt in dit verband van de ‘verlichtingsfunctie’ van de organisatiesociologie:

*‘Deze bestaat uit het aanbod van oriënteringsideeën en ‘zachte’ recepten van handswijzen. Dit aanbod aan ideeën behelst dan gegevens, feitelijke informatie over organisatieproblemen, de achtergronden en gevolgen ervan en denkkaders, begrippen en theorieën. Tezamen vormen die informatieve gegevens en denkkaders een denkwijze, welke zelden de grondslag vormt voor ‘harde’ technieken, maar wel een aanzet kan vormen voor diverse ‘zachte’ vormen van probleemhantering’.*²

Organisatiesociologen hebben naast deze verlichtingsfunctie ten aanzien van de direct betrokkenen ook een algemene voorlichtingstaak ten opzichte van het algemene publiek dat

¹Bron: Ris, 1978:74

indirect betrokken is bij de beheersbaarheidsproblemen die organisaties scheppen in de moderne samenleving.

Dit betekent voor de uitvoering van mijn onderzoek dat ik de sociaal wetenschappelijke terminologie en onderzoeksmethoden zoals ik die gedurende mijn studie eigen heb gemaakt, zoveel mogelijk zal toepassen. De organisatorische en personele problemen waarmee de reïntegratie van arbeidsongeschikten gepaard gaan, zullen vanuit een sociologische invalshoek worden belicht.

1.5 Opbouw scriptie

In dit inleidende hoofdstuk heb ik zowel het onderwerp als het daaraan verbonden onderzoeksgebied van mijn scriptie geïntroduceerd. De recente ontwikkelingen in Nederland in het kader van de WAO zijn geschetst en via een afbakening van het beleidsveld omtrent reïntegratie ben ik gekomen tot de formulering van een probleemstelling die ik in het verloop van mijn onderzoek zal legitimeren en proberen te beantwoorden.

Maar daaraan voorafgaand, zal ik in hoofdstuk 2 eerst uitvoerig ingaan op de wettelijke regelingen die de afgelopen jaren door de Nederlandse overheid zijn getroffen om de instroom van arbeidsongeschikten in de WAO te voorkomen en uitstroom te bevorderen. Met name de recent ingevoerde Wet Verbetering Poortwachter zal met het oog op mijn probleemstelling speciale aandacht krijgen.

In hoofdstuk 3 zal ik de term Disability Management nader introduceren. Aangezien dit verzuimbeleid feitelijk het centrale onderwerp van mijn scriptie vormt, is het van groot belang dat duidelijk wordt op welk gebied dit verzuimbeleid zich van ander verzuimbeleid onderscheidt. Daarom zullen de definitie, beleidsmaatregelen en introductievoorwaarden van Disability Management in dit hoofdstuk uitgebreid worden behandeld.

Aan de hand van theorievorming over verzuimbeleid zullen in hoofdstuk 4 hypothesen worden geformuleerd in het kader van de effectiviteit van Disability Management. Achtereenvolgens zullen de theorieën van Philipsen, Hersey en Grosfeld en Mulder worden beschreven.

In hoofdstuk 5 zal vervolgens worden stilgestaan bij de onderzoeksmethoden. Duidelijk zal worden welke variabelen in mijn onderzoek zullen worden gebruikt om de mate van Disability Management in organisaties meetbaar te maken. Bovendien zal worden beschreven hoe elke variabele in de praktijk zal worden onderzocht.

De resultaten van mijn onderzoek zullen in hoofdstuk 6 aan de orde komen. Op basis van de data-analyse zal overzichtelijk worden gemaakt in welke mate Disability Management door de verschillende organisaties wordt toegepast. Daarnaast zullen de verschillende verzuimcijfers onderling worden vergeleken zodat uiteindelijk uitspraken kunnen worden gedaan over de effectiviteit van Disability Management.

² Bron: Lammers, 1983: 69

In hoofdstuk 7 zal tenslotte antwoord worden gegeven op de eerder geformuleerde probleemstelling. Daarmee wordt duidelijk of de causaliteit tussen DM en verzuimduur, zoals deze op basis van de theorie mocht worden verondersteld, ook in de praktijk is waargenomen. Dit zal worden gedaan aan de hand van een aantal conclusies.

2. WETTELIJKE REGELGEVING

2.1 Inleiding

Om het onderzoeksgebied omtrent de reïntegratie van arbeidsongeschikten zo volledig mogelijk te introduceren, zal ik in dit hoofdstuk de wettelijke regelingen die de afgelopen jaren door verschillende regeringen zijn ingevoerd, chronologisch presenteren.

In het inleidende hoofdstuk heb ik reeds beschreven dat 'het WAO-probleem' diepe wortels in onze maatschappelijk geschiedenis heeft. Op basis van de uitgebreide reeks van ingevoerde wettelijke regelingen mag worden geconcludeerd dat het terugdringen van het aantal mensen dat aanspraak maakt op de WAO voor onze maatschappij van groot belang is. Dat komt omdat ziekteverzuim werkgevers namelijk veel geld kost, zoals productietijd, vervangingskosten en boetes als de werknemer in de WAO dreigt te belanden. Bovendien valt te veronderstellen dat het ook door werknemer als zeer vervelend en ongewenst wordt ervaren om arbeidsongeschikt te zijn en aan het arbeidsproces te worden onttrokken.

Meerdere regeringen hebben een diversiteit aan maatregelen genomen, die nauwelijks of slechts tijdelijk effect tot gevolg hadden. De wettelijke aanpassingen inzake arbeidsongeschiktheid brachten niet alleen veranderingen op het gebied van verzuimbeleid met zich mee, maar tevens een andere rolverdeling tussen leidinggevenden en arbeidsongeschikten. Omdat beide componenten een belangrijke rol in mijn onderzoek spelen vind ik het van belang om deze wettelijke maatregelen in mijn onderzoek te betrekken.

2.2 Wet op de arbeidsongeschiktheidsregeling

Op grond van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsregeling (WAO), die in 1967 in werking is getreden, ontving iedere arbeidsongeschikte een uitkering van 80 % van het laatst verdiende loon. Deze uitkering bleef in principe tot de pensioendatum doorlopen. Werkgevers probeerden vooral oudere werknemers te laten afvloeien via de WAO. Iedereen die als gevolg van arbeidsongeschiktheid een jaar afwezig was geweest, stroomde bijna automatisch door naar de WAO. Er werden geen eisen gesteld aan uitkeringsontvangers en er konden geen sancties worden opgelegd als iemand een baan weigerde.

In de jaren '80 kwamen de eerste signalen dat de WAO te duur werd. In 1987 werd het stelsel van de WAO herzien. De uitkeringen werden verlaagd van maximaal 80% naar 70% voor alle bestaande gevallen. Bovendien ontstond er aandacht voor het belang van begeleiding van arbeidsgehandicapten om te voorkomen dat zij tot de pensioendatum in een uitkeringssituatie bleven hangen.

2.3 Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsverplichting bij Ziekte

De Ziektewet is in 1996 geprivatiseerd en sindsdien ingrijpend veranderd. Het voornaamste doel van deze verandering is het terugdringen van het ziekteverzuim. De officiële naam van de wet is nu: Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsverplichting bij Ziekte (Wulbz). De werkgever werd verplicht in geval van arbeidsongeschiktheid wegens ziekte van de werknemer gedurende 52 weken 70 % van het laatstverdiende loon te betalen en ten minste het voor de werknemer geldende wettelijk minimum loon. De bedoeling van de langere loondoorbetalingsplicht van de werkgever was om werkgevers een extra prikkel te geven het ziekteverzuim terug te dringen.

De Ziektewet zou blijven voortbestaan als vangnetvoorziening voor bijzondere groepen werknemers.

2.4 Wet op de reïntegratie arbeidsgehandicapten

Op 1 juli 1998 trad de Wet Rea (Wet op de reïntegratie arbeidsgehandicapten) in werking. Met deze wet wordt beoogd een samenhangend instrumentarium te scheppen waarmee het voor arbeidsgehandicapten makkelijker wordt gemaakt hun weg naar de arbeidsmarkt terug te vinden. De Wet Rea introduceerde onder andere nieuwe reïntegratie-instrumenten en vormde tevens het voorlopig sluitstuk van een groot aantal in de jaren '90 in werking getreden wettelijke maatregelen die het groeiend beroep op de WAO diende te beperken. Op grond van artikel 8 Wet Rea is de werkgever verplicht ervoor te zorgen dat een werknemer die wegens ziekte of gebrek niet in staat is de bedongen arbeid te verrichten, in zijn bedrijf weer aan de slag kan in aangepaste eigen, of andere passende arbeid. Als er in het eigen bedrijf van de werkgever geen mogelijkheden zijn voor de werknemer, dient de werkgever ervoor te zorgen dat de werknemer in het bedrijf van een andere werkgever aan de slag kan. Deze ruimere reïntegratietaak is met ingang van 1 januari 2003 op iedere werkgever van toepassing.

2.5 Wet Premiedifferentiatie en Marktwerking Bij Arbeidsongeschiktheid

In 1998 werd de Wet Premiedifferentiatie en Marktwerking Bij Arbeidsongeschiktheid (Wet Pemba) ingevoerd. Deze wet heeft als doel de WAO instroom te beperken en de reïntegratie te bevorderen. In plaats van de werknemers gaan de werkgevers de premie voor de WAO betalen. Om een lastenverzwaring voor de werkgevers te voorkomen wordt de overhevelingstoelage veranderd. Verder is de WAO-premie gedifferentieerd. Behalve een vaste basispremie betaalt een werkgever een variabele, gedifferentieerde premie, die hoger is naar mate er meer werknemers van het bedrijf in de WAO belanden. De werkgever betaalt 5 jaar lang meer Pemba-premie voor iedere werknemer die in de WAO komt.

2.6 Wet verbetering poortwachter

Op 1 april 2002 is de Wvp (Wet verbetering poortwachter) in werking getreden. Voluit heet de wet: Wet tot verbetering van de procesgang in het eerste ziektejaar en nieuwe regels voor de ziekmelding, de reïntegratie en de wachttijd van werknemers alsmede met betrekking tot de loondoorbetalingsplicht van de werkgever. Deze wet heeft als doel, de reïntegratie van arbeidsongeschikten te bevorderen door werkgever en werknemer samen verantwoordelijk te maken, waarbij de Arbodienst als adviseur optreedt. Dit vraagt om een cultuuromslag binnen een bedrijf. Leidinggevenden en werknemers worden gedwongen anders over ziekte en arbeidsongeschiktheid te praten, om invulling te geven aan hun nieuwe wettelijke verantwoordelijkheden. Het is aan ondernemingen om deze cultuuromslag vorm te geven. Dit resulteert in de volgende verplichtingen en taken voor de werkgever:

- *Melding aan de Arbodienst.* Tegelijk met de Wvp is op 1 april 2002 de Regeling procesgang eerste ziektejaar van kracht geworden. Deze regeling bepaalt dat de werkgever verplicht is aan de Arbodienst tijdig alle noodzakelijke gegevens met betrekking tot het ziekteverzuim van zijn werknemers te verstrekken. Tevens wordt

hierin bepaald dat de werkgever de werknemer 'tijdig' moet ziekmelden. Hiervan zal in principe sprake zijn indien de melding binnen een week na de eerste ziektedag is gedaan.

- *Probleemanalyse en advies.* De Arbodienst moet in gevallen van dreigend langdurig verzuim aangeven wat de oorzaak is van het verzuim (probleemanalyse) en op basis daarvan een advies over de benodigde reïntegratie-inspanningen opmaken. De probleemanalyse moet binnen zes weken na de eerste ziektedag gereed zijn. De probleemanalyse bevat onder andere gegevens die van belang zijn voor herstel, werkhervatting en reïntegratie zoals een beschrijving van de aard van de klachten, de diagnose en behandeling.
- *Plan van aanpak.* De werkgever is verplicht een plan van aanpak op te stellen. In het plan van aanpak worden de te ondernemen activiteiten vermeld gericht op inschakeling in de arbeid. Tevens wordt er in het plan van aanpak een *casemanager* aangewezen die de overeengekomen activiteiten begeleidt en fungeert als contactpersoon tussen werknemer, werkgever en Arbodienst. De werkgever is verplicht het plan van aanpak periodiek te evalueren zodat bekeken kan worden of men wat de reïntegratie betreft nog steeds op de juiste weg zit. Indien werkgever en werknemer van mening verschillen over de te nemen maatregelen, kan een *second opinion* worden gevraagd aan het UWV.
- *Ziekmelding bij UWV.* Als de werknemer 13 weken ziek is, moet de werkgever de werknemer ziek melden bij het UWV. Als de werkgever dit nalaat, dan wordt de 52-wekenperiode, gedurende welke de werkgever het loon moet doorbetalen verlengd met de periode van vertraging.
- *Reïntegratieverslag.* De werkgever is verplicht uiterlijk na 39 weken arbeidsongeschiktheid een reïntegratieverslag op te stellen. In dit verslag wordt als het ware verantwoording afgelegd van de activiteiten die in het eerste ziektejaar hebben plaatsgevonden. Een werknemer heeft het verslag nodig om een WAO-uitkering te kunnen aanvragen. De Arbodienst geeft in het reïntegratieverslag een actueel oordeel over de functionele beperkingen en mogelijkheden van de werknemer tot het verrichten van arbeid en over de aanwezigheid van passende arbeid bij de werkgever. De werkgever heeft in de Wvp de verplichting om zijn arbeidsongeschikte werknemers passende arbeid te laten verrichten. Onder passende arbeid wordt '*alle arbeid die voor de krachten en bekwaamheden van werknemer is berekend, tenzij aanvaarding om redenen van lichamelijke, geestelijke of sociale aard niet van hem kan worden gevergd*' verstaan. Deze omschrijving is ontleend aan de WW. Het UWV beoordeelt aan de hand van het reïntegratieverslag of de werkgever en werknemer in het afgelopen ziektejaar voldoende reïntegratie-inspanningen hebben verricht. Indien het reïntegratie verslag niet compleet is of er onvoldoende inspanningen zijn geweest kan het UWV een speciale sanctie opleggen (Spruit, 2003).

2.7 Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen

Om te zorgen dat gedeeltelijk arbeidsongeschikten zoveel mogelijk aan het arbeidsproces blijven deelnemen, zal de Wet op de Arbeidsongeschiktheid (WAO) in 2006 plaats maken voor de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). Deze wet bestaat uit een regeling voor volledig en langdurig arbeidsongeschikten (IVA) en een regeling voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WGA). Inhoudelijk gaat het om de volgende maatregelen:

- Werknemers die volledig arbeidsongeschikt zijn en geen zicht op herstel hebben, komen in aanmerking voor een uitkering van 70 procent van het laatst verdiende loon. Ook werknemers die volledig arbeidsongeschikt zijn en een geringe kans op herstel hebben, krijgen een uitkering van 70 procent van het laatste loon. Zij worden de eerste vijf jaar jaarlijks herkeurd om te zien of herstel optreedt.
- Gedeeltelijk arbeidsongeschikten krijgen recht op hulp bij het weer aan de slag komen plus een loonaanvulling, waardoor het loon hoger uitvalt indien men (meer) werkt.
- De nieuwe wet bevat financiële prikkels en middelen om werkhervatting te bevorderen.
- Zowel werknemer als werkgever krijgen een grotere verantwoordelijkheid om aan het werk te blijven.¹

Per 1 oktober 2004 is in dit kader een herkeuring door de uitkeringsinstantie UWV van ongeveer 350.000 duizend WAO'ers van start gegaan. Iedereen die jonger is dan vijftig jaar moet voldoen aan nieuwe, strengere WIA-normen. Bovendien moeten WAO'ers vanaf 2006 eenvoudig PC-werk kunnen verrichten en de Nederlandse taal beheersen. Ook als functies worden gevonden met andere of meer werkuren, moet de WAO'er aan de slag. Verder kijkt de verzekeringsarts naar meer mogelijke banen voor de WAO'er dan vroeger. UWV verwacht dat ongeveer 80.000 mensen hun uitkering geheel of gedeeltelijk zullen verliezen.²

Al met al blijkt het effect van eerder genomen maatregelen beperkt, met uitzondering van de Wvp. Het is dan ook interessant om te onderzoeken welke factoren bepalend zijn bij het reïntegreren van arbeidsongeschikte werknemers. Met name de rollen die leidinggevend en arbeidsongeschikten hierbij spelen lijken van significant belang en dienen daarom in het belang van mijn onderzoek nader te worden onderzocht. Het onderzoeken van reïntegratie vanuit hun perspectief levert een beeld op van hun ervaringen en opvattingen, zodat beleid beter kan worden aangepast aan de praktijk.

¹Bron: www.szw.nl

²Bron: Volkskrant 04-03-2005

3. DISABILITY MANAGEMENT

3.1 Inleiding

Na een kennismaking met het onderzoeksgebied, vervolg ik mijn scriptie met een nadere introductie van een specifieke vorm van verzuimbeleid, het Disability Management (DM). Omdat DM in mijn onderzoek een centrale rol speelt, zal ik in dit hoofdstuk zo nauwkeurig mogelijk verslag doen van de inhoudelijke kenmerken die dit verzuimbeleid typeren. Vanwege het feit dat de term DM in Nederland nog geen grote bekendheid heeft verworven, heeft er nog maar weinig theorievorming over plaatsgevonden en is er slechts op beperkte schaal onderzoek naar verricht. Dat kan in het kader van mijn onderzoek zowel positief als negatief worden geïnterpreteerd. Enerzijds is het des te interessanter om de effecten van DM te onderzoeken. Anderzijds blijkt het moeilijk om een scherpe typering van het beleid te geven, omdat, zoals nog zal blijken, onduidelijk is aan welke kenmerken verzuimbeleid dient te voldoen om DM te mogen worden genoemd. Enige opheldering inzake DM is mij wel verschaft middels een gesprek met Femke Reijenga. Zij geldt in Nederland als deskundige op het gebied van DM.

3.2 Introductie Disability Management

Sinds het eind van de vorige eeuw is het overheidsbeleid sterk gericht op het vergroten van de wederzijdse bereidheid van werkgever en werknemer om het dienstverband te blijven voortzetten, ondanks een bij de werknemer aanwezige ziekte of beperking. De grootste kans hierop bestaat wanneer de hiervoor benodigde activiteiten in een zo vroeg mogelijk stadium worden gestart. Dit vraagt om een specifiek organisatiebeleid; in de Engelstalige literatuur benoemd als Disability Management (Akabas, Gates en Galvin, 1992)¹. Hierbij zijn niet alleen de persoon, de aandoening en de medische begeleiding belangrijk, maar ook de begeleiding vanuit de werk- en sociale omgeving van de arbeidsongeschikte.

‘Disability Management’ (DM) is als werkwijze ontwikkeld in de VS en Canada en richt zich op de inzetbaarheid van mensen met *gemanifesteerde* arbeidshandicaps in het arbeidsproces te behouden en te verbeteren. DM kan op verschillende niveaus gestalte krijgen: op microniveau, waarbij DM gezien wordt vanuit de individuele werknemer, op mesoniveau waarbij DM gehanteerd wordt op bedrijfsniveau en op macroniveau, waarbij DM wordt gezien vanuit de gehele infrastructuur en wetgeving rondom arbeidsongeschiktheid (Shrey, 1998; Reijenga, 1999)². Ik richt mij in mijn onderzoek voornamelijk op het mesoniveau.

Voor de term ‘Disability Management’ zijn in de literatuur meerdere definities te vinden. Definities die inhoudelijk sterke overeenkomsten vertonen, maar telkens anders worden geformuleerd. Zo hanteert het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) als definitie:

*‘Het regisseren van de optimale inzetbaarheid van arbeidsgehandicapte werknemers, rekeninghoudend met hun functionele beperkingen’.*³

¹Bron: Nijhuis en Van Lierop, 2003

²Bron: Bosselaar en Nijhuis, 2000

³Bron: www.szw.nl

De definitie die ik echter in mijn onderzoek hanteer is geformuleerd door Nijhuis en Van Lierop (2003:174) en luidt als volgt:

‘Een pro-actief, structureel en systematisch gecoördineerd beleid binnen een organisatie, gericht op het voorkomen en verkleinen van het risico van uitval en gericht op het in dienst houden van werknemers met een (chronische) ziekte of beperking. Uitgangspunt daarbij is dat de arbeidsmogelijkheden van de betreffende werknemer behouden of, indien mogelijk, vergroot moet worden’.

In feite bestaat DM dus uit drie componenten, namelijk het geheel van activiteiten die gericht zijn op het voorkomen van uitval van werknemers (primaire preventie), op het ondersteunen van het herstelproces (regiefunctie) en op het ontwikkelen van reïntegratieactiviteiten. Feitelijk kan DM dus worden beschouwd als een gecoördineerde samenhangende strategie, gericht op kosteneffectieve preventie en vroege interventie. Het probeert zowel de oorzaken van arbeidsongeschiktheid weg te halen als de werknemer te ondersteunen bij het zo snel en effectief mogelijk hervatten van werk. Daarbij is DM gericht op werknemers met een chronische en/of functionele beperking, op het herstellen van iemands arbeids- en functionele capaciteiten, maar ook op het voorkomen van een achteruitgang van de individuele capaciteiten. Bovendien benadrukt DM het ontwikkelen en versterken van iemands eigen mogelijkheden en het probeert het de belemmeringen in de omgeving van de werknemer die de functionele capaciteiten reduceren te beperken. Kortom, de werknemer met een beperking staat centraal, waarbij het beleid gericht is op het leren omgaan met de beperking en op het reïntegreren in het werk. Daarbij gaat de aandacht vooral uit naar de continuïteit van de relatie tussen werknemer met zijn beperking en zijn werkgever. Met andere woorden, het beleid is erop gericht om een snelle werkhervatting binnen de eigen organisatie te realiseren (Akabas, 1992)⁴.

Eerder heb ik aangegeven dat mijn onderzoek zich richt op het geheel van factoren die van invloed zijn op het ziekteverloop en de werkhervatting, oftewel de curatieve beleidsvorm. In feite gaat het dus om de fase van het reïntegratietraject waarbinnen werknemers reeds arbeidsongeschikt zijn en waar voorkomen dient te worden dat zieke werknemers in de WAO belanden. In mijn onderzoek leg ik derhalve de nadruk op het onderdeel van DM dat zich bezighoudt met het ondersteunen van het herstelproces en op het ontwikkelen van reïntegratieactiviteiten.

Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid formuleert met betrekking tot DM de volgende doelstellingen:

- het verlagen van het langdurig ziekteverzuim
- het verminderen van de WAO-instroom
- een grotere participatie van arbeidsongeschikten.

Kortom, DM probeert de verzuimduur van arbeidsongeschikte werknemers zo beperkt mogelijk te houden. Alle drie de doelstellingen zijn gericht op een zo spoedig mogelijke terugkeer op de werkvloer. DM onderscheidt zich daarbij van ander verzuimbeleid door de nadruk te leggen op de resterende mogelijkheden van de werknemer, op de samenwerking tussen en de

⁴Bron: Nijhuis en Van Lierop, 2003

betrokkenheid van alle partijen om zo op het individu gericht maatwerk te kunnen leveren en daarmee een snelle terugkeer te bevorderen.

3.3 Beleidsmaatregelen Disability Management

DM streeft het na om de regie inzake verzuimbeleid bij de organisatie zelf te houden. Niet de Arbodienst of het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen bepalen het verzuimbeleid, maar aan de hand van een nog te beschrijven rolverdeling houdt de organisatie zelf de regie in handen.

Centraal binnen DM staat de terugkeer naar werk in een zo vroeg mogelijk stadium. De eerste stappen binnen een dergelijke aanpak bestaan uit het zoeken, dan wel creëren van een tijdelijke werkplek waar de uitgevallen werknemer in een zo vroeg mogelijk stadium weer aan de slag kan. Uitgangspunt hierbij is dat de uitgevallen werknemer de periode vanaf uitval tot, indien mogelijk, volledig herstel invult met andere werkzaamheden. Binnen het DM-beleid wordt deze specifieke vorm van vroege interventie 'transitiewerk' genoemd.

Transitiewerk is gericht op het bevorderen van de arbeidscapaciteit, onder meer door gerichte training. Het heeft een tijdelijk karakter en er is sprake van een opbouw in werkzaamheden, waarbij een geleidelijke overgang naar de oude werkzaamheden binnen de op dat moment aanwezige mogelijkheden van de zieke werknemer, centraal staan.

Om dat te bereiken, moet er ten eerste een gedegen inschatting plaatsvinden, om de mogelijkheden en capaciteiten te kunnen vaststellen van de uitgevallen persoon. Vervolgens moeten van een groot aantal functies de taakeisen, taakinhoud alsmede de taakbelasting bekend zijn om een optimale afstemming tussen persoon en werk mogelijk te maken. Daarnaast kunnen echter ook alternatieve functies worden ontwikkeld, waarvan de taakeisen, taakinhoud en taakbelasting bekend zijn. Vervolgens moet regelmatige controle plaatsvinden om te kijken in hoeverre er een gezondheidsverbetering is opgetreden en de werkzaamheden opnieuw kunnen worden aangepast aan de nieuwe omstandigheden, om zo een geleidelijke opbouw naar de oude functie te bewerkstelligen (Shrey en Lacente, 1997). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat het (weer) gaan werken één van de meest gezondheidsverbeterende factoren is. In die zin heeft transitiewerk een dubbele functie. Aan de ene kant is de zieke werknemer productief, aan de andere kant wordt zijn herstel hierdoor bevorderd (Shrey en Lacente, 1997)⁵.

Harlan en Robert (1998)⁶ hebben in dit kader geprobeerd met behulp van kwalitatief onderzoek dieper inzicht te krijgen in de beweegredenen van werkgevers om al dan niet aanpassingen te verzorgen. Zij zoeken de verklaring voor de weerstand van leidinggevend ten aanzien van het verzorgen van aanpassingen onder meer in de behoefte van werkgevers van het behouden van controle. Als bepaalde aanpassingen niet alleen interessant zijn voor de persoon met beperkingen, maar ook voor niet beperkte werknemers, is het risico voor de leidinggevende groot dat anderen dan de persoon met beperkingen deze aanpassing eveneens willen. Daarnaast bestaat bij de leidinggevend de angst dat werknemers met beperkingen die om niet-materiële aanpassingen vragen, daardoor teveel zeggenschap en dus controle krijgen over de invulling van het werk (Van Lierop, 2001:40).

Om DM-beleid in een organisatie te implementeren, moet binnen de organisatie het reïntegratiebeleid gestructureerd en afgestemd worden op de eisen van snelle interventies. De

⁵Bron: Nijhuis en Van Lierop, 2003

⁶Bron: Van Lierop, 2001

eerste stap met betrekking tot het invoeren van een DM-beleid, is volgens Nijhuis en Van Lierop het aanstellen van een DM-commissie die voornamelijk is gericht op vroege interventie door transitiewerk. De commissie bestaat uit werknemers en andere betrokken partijen. De commissie dient intensief samen te werken met de bedrijfsarts en de direct leidinggevende van de arbeidsongeschikte werknemer. Daarnaast onderhoudt de commissie contact met de andere voor snelle reïntegratie van belang zijnde actoren. De door de ziekte uitgevallen werknemer staat centraal en wordt in alle door de commissie ondernomen activiteiten betrokken. Idealiter wordt binnen twee weken na uitval contact opgenomen met de werknemer. De werknemer wordt uitgenodigd voor een oriënterend gesprek, waarin samen met de direct leidinggevende een eerste plan van aanpak wordt vastgesteld.

Hier dient aan te worden toegevoegd dat het aanstellen van een commissie slechts een advies betreft en geen absolute voorwaarde is voor de uitvoering van DM.

Om te bepalen in hoeverre binnen een bedrijf sprake is van DM, moet worden getoetst in welke mate bovenstaande kenmerken aanwezig zijn. De mate waarin de organisatie het herstelproces ondersteund en reïntegratieactiviteiten ontwikkeld, waaronder het aanpassen van werksituaties, is daar bepalend voor. In hoofdstuk 5, waarin de onderzoeksmethoden zullen worden beschreven, zal uitvoerig worden ingegaan op de vraag hoe DM meetbaar gemaakt kan worden en hoe de invloed van DM op de verzuimduur zal worden onderzocht.

3.4 Voorwaarden Disability Management

TNO Arbeid heeft in opdracht van het ministerie van SZW het project “Succesfactoren voor Disability Management” uitgevoerd. Daarbij werd geprobeerd antwoord te krijgen op de vraag: *Hoe wordt DM in koploperbedrijven vormgegeven en wat zijn de voorwaarden voor de in- en uitvoering van DM?* Bij de beantwoording van deze centrale onderzoeksvraag is gefocust op de drie centrale elementen van DM: de optimale inzetbaarheid van arbeidsgehandicapten, de regie en het rekening houden met functionele beperkingen. Vervolgens is naar de organisatorische voorwaarden voor DM gekeken.

Op basis van het verslag blijken de belangrijkste voorwaarden voor *invoering* van DM (Bosselaar & Reijenga, 2000):

- Alle werknemers zijn voor het bedrijf belangrijk;
- De mogelijkheden van de werknemers zijn belangrijker dan hun beperkingen;
- Er is onderling vertrouwen tussen leidinggevenden en medewerkers;
- Gezondheid is een wezenlijk en vanzelfsprekend onderdeel van het sociaal beleid van de onderneming;
- Voor DM wordt tijd, geld en menskracht uitgetrokken.

Voor de *uitvoering* van DM daarentegen, blijkt een aantal rollen essentieel. Door deze rollen in het bedrijf te vervullen krijgt het DM gestalte. In sommige bedrijven worden de rollen door één en dezelfde persoon vervuld, in andere bedrijven door 3 of 4 verschillende functionarissen. Als de rollen effectief worden vervuld, dan vormen ze tezamen de bouwstenen van het DM-beleid. De rollen zijn achtereenvolgens:

- De rol van *eindverantwoordelijke*. De direct leidinggevende is en blijft primair verantwoordelijk voor het begeleiden of herplaatsen van langdurig zieke werknemers.
- De rol van *resultaatbewaker*. De resultaatbewaker bewaakt de inspanningen van de organisatie inzake de inzetbaarheid en belastbaarheid, het verzuim en/of de reïntegratie van de werknemers. Dit kan door het registreren en uitdraaien van verzuimcijfers en het bespreken hiervan.
- De rol van *regelaar*. De taak van de regelaar houdt in dat er snel actie wordt ondernomen ten behoeve van de reïntegratie van een werknemer. Concreet komt dat neer op het regelen van werkaanpassingen, het aanvragen van subsidies, het bemiddelen tussen leidinggevendenden om herplaatsing gerealiseerd te krijgen, het regelen van begeleiding of therapie.
- De rol van *adviseur*. De adviseur heeft kennis van de taken en functies in een bedrijf, inzicht in de belastbaarheid van functies, in werkplekken en de mogelijkheden van mensen, maar adviseert ook met betrekking tot reïntegratievoorzieningen en de valkuilen bij reïntegratietrajecten.
- De rol van *netwerker*. Voor het optimaal reïntegreren van arbeidsgehandicapte werknemers én voor het aannemen van arbeidsgehandicapten wordt een extern netwerk van bemiddelaars, beslissers en 'toeleveranciers' noodzakelijk geacht. Het opbouwen en beheren van dit netwerk is de taak van de netwerker.

Hoe de rollen concreet worden ingevuld, is een beslissing van iedere organisatie zelf. De uitvoering van deze rollen dient echter wel een consistent geheel te vormen.

Om na te gaan in hoeverre bedrijven aan bovengenoemde randvoorwaarden voldoen, is door TNO Arbeid in samenwerking met onderzoeksbureau Meccano een DM-spiegel opgesteld. Aan de hand van vragen over de cultuur, het beleid en de verantwoordelijkheidsverdeling binnen een organisatie kan worden nagegaan of DM past binnen de organisatie. De uitkomst van deze DM-spiegel zegt dus niets over de aan- of afwezigheid van DM zelf binnen een bedrijf.

3.5 Discussie

Onder andere uit het gesprek met Femke Reijenga blijkt, dat het begrip Disability Management in Nederland (nog) niet vaak wordt gehanteerd. Waar dat wel gebeurt, roept de term wel discussie op. Sommigen vinden dat DM het begrip 'handicaps' te veel op de voorgrond plaatst. Reijenga en Piek (2004) daarentegen, ervaren het juist als positief dat het begrip een doelgroep centraal stelt, namelijk mensen met een arbeidshandicap die voor gelijke inzetbaarheidskansen is aangewezen op specifieke aandacht. Op basis van de definitie, geformuleerd door het ministerie van SZW richt DM zich enkel op arbeidsongeschikten, waaruit kan worden afgeleid dat DM geen preventief karakter in zich draagt. Wel kan het voorkomen van uitval als gevolg van arbeidsongeschiktheid preventief worden genoemd, maar dan wel als reeds sprake is van een aandoening. De definitie van Nijhuis en Van Lierop beschrijft DM daarentegen als een *pro-actief* beleid waarbij het risico van uitval voorkomen dient te worden. Een opvallende constatering vanwege het feit dat de nadruk binnen DM blijkt te liggen op arbeidsongeschikten en slechts op beperkte schaal aandacht wordt besteed aan arbeidsgeschikten, oftewel, werknemers die (nog) geen functionele beperkingen hebben.

Verder dient te worden opgemerkt dat, ondanks een uitgebreid literatuuronderzoek, Disability Management inhoudelijk onduidelijk en onvolledig blijft. Het regisseren van optimale inzetbaar

wordt nagestreefd, maar een bijbehorende werkwijze blijft achterwege. De voorwaarden waaraan een organisatie wat betreft de invoering en uitvoering van DM moet voldoen worden uitvoerig beschreven, maar het beleid zelf wordt naar mijn mening weinig geëxpliciteerd. Op basis van de literatuur kan worden geconcludeerd dat organisaties een eigen invulling kunnen geven aan de wijze waarop ze DM hanteren. Terwijl juist het uiteenzetten van DM-beleid mij voor organisaties van significant belang lijkt omdat daarmee een pakket aan concrete maatregelen inzake arbeidsongeschiktheid kan worden aangereikt in plaats van globale richtlijnen die het effect van DM 'optimaliseren'.

De onduidelijkheid omtrent DM blijkt ook uit het feit dat er tot op heden geen methode is ontwikkeld waarop het beleid zelf meetbaar kan worden gemaakt. Het onderzoek naar de 'koplopers in DM' bestudeert weliswaar de kenmerken van organisaties die koploper zijn op het gebied van preventie, verzuimbegeleiding, reïntegratie en het werven van arbeidsgehandicapten in het algemeen, maar onderzoek naar DM als afgebakend en hanteerbaar beleid blijft achterwege. Het verslag beschrijft op welke wijze organisaties invulling aan DM geven, wat wederom suggereert dat er geen sprake is van één vorm van DM-beleid.

Gezien de ruimte die de term DM voor interpretatie laat, is de meetlat die ik voor DM in mijn onderzoek zal samenstellen, gebaseerd op mijn eigen interpretatie van DM. Omdat de beschikbare literatuur geen uitsluitsel geeft over de term DM, heb ik zelf een aantal kwantificeerbare variabelen geselecteerd, die DM-beleid in mijn ogen het beste weergeven. Daarbij heeft het wetenschappelijk kwantificeerbaar maken van DM de hoogste prioriteit. In hoofdstuk 5 zal duidelijk worden op basis waarvan deze meetlat zal worden samengesteld.

Ten slotte dient te worden opgemerkt dat Disability Management, ondanks de beschreven discussiepunten, wel in toenemende mate in de belangstelling van het internationale bedrijfsleven staat. In het kader van mijn scriptie heb ik een bezoek gebracht aan het 'International Forum on Disability Management' (IFDM) in Maastricht. Door middel van werkgroepen en plenaire discussies met internationale deelnemers werd tijdens deze conferentie een poging gedaan om het inzicht in de mogelijkheden van Disability Management te vergroten. Uiteraard is de informatie die dit bezoek mij heeft opgeleverd verwerkt in mijn onderzoek naar de inhoud en effectiviteit van Disability Management.

4. HET THEORETISCH KADER

4.1 Inleiding

Bij de theoretische onderbouwing voor mijn onderzoek dient te worden benadrukt dat bij de totstandkoming hiervan verschillende afwegingen zijn gemaakt. Om Disability Management in mijn onderzoek meetbaar te maken, zal het noodzakelijk zijn een aantal variabelen te selecteren die in mijn ogen dit verzuimbeleid het beste weergeven. De keuze van de variabelen, die in hoofdstuk 5 uitgebreid zullen worden beschreven, zal worden gemaakt aan de hand van theorievorming omtrent de inhoudelijke kenmerken van Disability Management. Door middel van dit theoretisch kader zal het onderbouwende gedachtegoed van DM zelf tegen het licht gehouden, en kunnen voorspellingen worden gedaan omtrent de effectiviteit van DM. Aan de hand van deze analyse kan vervolgens later antwoord worden gegeven op de probleemstelling.

Er heeft op het gebied van werkhervatting na een ziekte weinig expliciete theorievorming plaatsgevonden. Veel onderzoek naar verzuimbeïnvloedende factoren vindt plaats op maatschappelijk of individueel niveau, in plaats van op bedrijfsniveau. Bovendien ligt de nadruk van onderzoek vaak op de oorzaken van arbeidsongeschiktheid of reïntegratie-middelen voor arbeidsongeschikten die aanspraak maken op de WAO, in plaats van op de effectiviteit van verzuimbeleid bestemd voor arbeidsongeschikten in de Ziektewet. Ook de relatie tussen verzuimbeleid en verzuimduur heeft tot op heden weinig aandacht gekregen. Verbazingwekkend, omdat in mijn ogen juist dit verzuimcijfer een goed beeld geeft over de effectiviteit van beleid. Ook Smulders (1984: 40) wijst op het belang van dergelijk onderzoek:

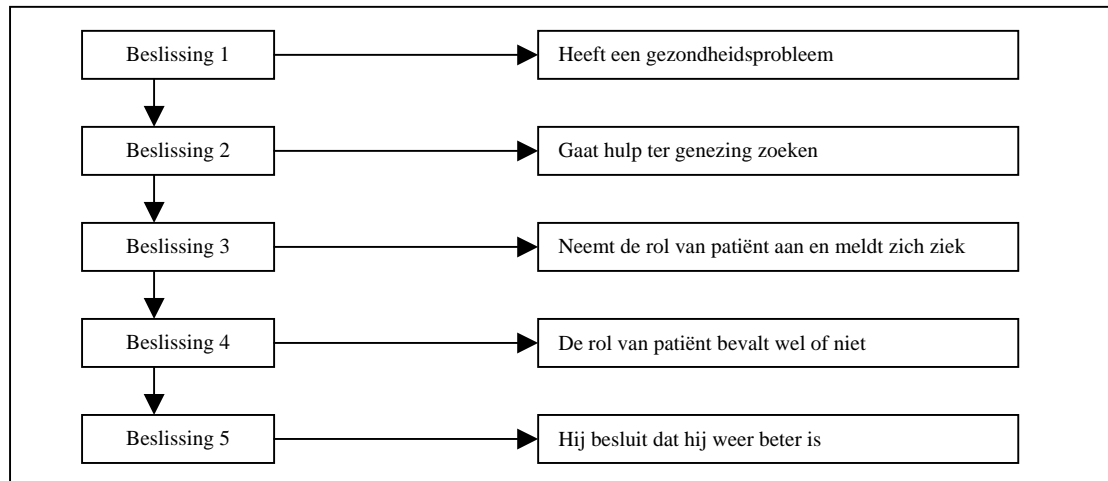
“Het lijkt waardevol toekomstig onderzoek meer dan voorheen te richten op duurcomponenten van het verzuim, mede gezien het feit dat de duur een grotere stempel op het verzuimpercentage drukt dan de frequentie”.

Ondanks het feit dat deze uitspraak gedateerd is, heeft zijn bewering nog altijd actualiteitswaarde. Nog altijd wordt in onderzoek naar ziekteverzuim het accent op de frequentie gelegd in plaats van op de factoren die de duur van het ziekteverzuim bepalen. Op basis van onderstaande theorieën kunnen verwachtingen worden uitgesproken over de effectiviteit van beleidsmaatregelen met betrekking tot de verzuimduur van arbeidsongeschikten.

4.2 Het beslissingsmodel van Philipsen

Het beslissingsmodel van Philipsen (1969) is gericht op het individu; ziek zijn wordt gezien als een beslissing van de werknemer. Het model richt zich dus op het moment van ziekmelden. De medewerker bepaalt wanneer en waarom hij zich ziek meldt, hoe lang hij ziek zal blijven en op welk moment hij weer aan het werk gaat. In feite neemt de medewerker vijf maal een beslissing, zoals weergegeven in model 4.1.

Model 4.1 De vijf beslissingen weergegeven in een schema



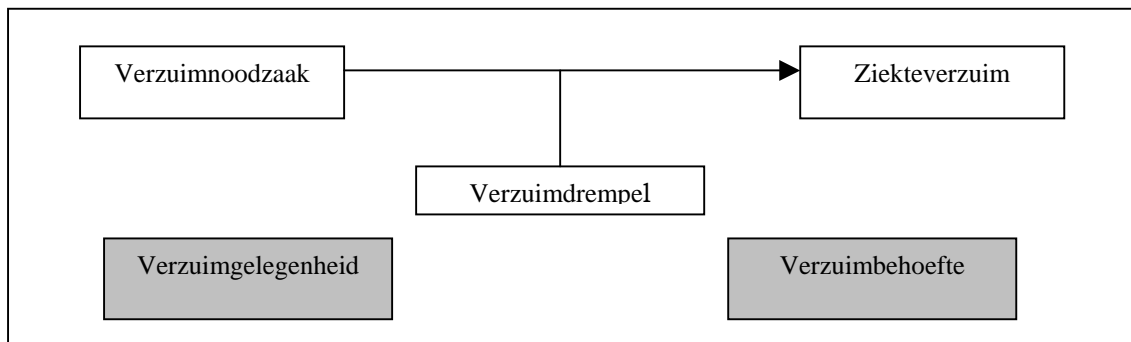
Bron: *Gehrels en Lemmens, 1993:61*

De basis van het beslissingsmodel is gelegd door De Groot (1958), die vier omstandigheden onderscheidde welke de verzuimbeslissing beïnvloeden: de verzuimnoodzaak, -behoefte, -gelegenheid en –mogelijkheid. Deze begrippen leggen achtereenvolgens accent op medische, psychologische, sociologische en economische aspecten, waarmee wordt aangeduid dat het hier een multidisciplinaire theorie betreft.

Aan de nadere uitwerking van het model is vooral de naam verbonden van Philipsen (1969). Hij voegde in feite de begrippen verzuimbehoefte, -gelegenheid, en –mogelijkheid samen tot een begrip van een drempel die moet worden overschreden alvorens men besluit te verzuimen. Deze wordt aangeduid als de 'verzuimdrempel'; deze drempel geeft het punt aan waarop de gezondheidsklachten een zekere grens overschrijden, waarboven men zich ziek zal melden. De gezondheidsklachten zelf worden aangeduid met de term 'verzuimnoodzaak'. De verzuimdrempel is niet een zuivere subjectieve, persoonlijke zaak maar wordt ook beïnvloed door omstandigheden buiten de persoon.

In feite bestaat de verzuimdrempel dus uit verzuimbehoefte en verzuimgelegenheid. De daaruit afgeleide theorie is dan heel kort te formuleren als: 'Een bepaalde verzuimnoodzaak zal tot ziekteverzuim leiden, onder conditie dat de verzuimdrempel wordt overschreden'.

Model 4.2 Het beslissingsmodel van Philipsen



Bron: Veerman en Smulders, 1990: 62

Bij de verzuimgelegenheid gaat het om regelingen en omstandigheden die min of meer los van de persoon bestaan. Zo kunnen formele regelingen rond ziekteverzuim, de verzuimcultuur in een organisatie en de misbaarheid van de persoon een rol spelen.

De verzuimbehoefte verwijst vooral naar de subjectieve waardering van het werk. Vaak wordt in dit kader de term 'binding met het werk' gebruikt. Aan deze binding zijn drie aspecten te onderscheiden:

- De *ideële* binding: identificatie met de doelstellingen van de organisatie
- De *instrumentele* binding: identificatie met de inhoud van het werk zelf
- De *sociale* binding: de verstandhouding tussen collega's, leidinggevenden en klanten

In aanzet biedt de beslissingstheorie een integraal verklaringskader voor ziekteverzuim. In de praktijk heeft deze theorie vooral geleid tot aandacht voor de sociologische aspecten van de ziekmelding.

Het beslissingsmodel zoals door Philipsen ontwikkeld, omvat in beginsel zowel het begin, de duur en de beëindiging van een ziektegeval. Toch is in de feitelijke toepassing van dit model het moment van beëindiging slechts zijdelings verwerkt. Weliswaar spelen in de beslissing tot werkhervatting ook vele factoren mee die bij de ziekmelding van belang zijn, maar werkhervatting is veel meer dan een 'spiegelbeeld' van de beslissing tot ziekmelding.

Onderzoek van Wolvetang (1974), die overigens de term 'hervattingsdrempel' introduceerde, toont aan dat de oorzaken van arbeidsongeschiktheid veranderen naarmate een werknemer langer aan het arbeidsproces onttrokken is. Er treden na verloop van tijd nieuwe factoren op de voorgrond die de weg naar reïntegratie belemmeren.

Als eerste factor noemt Wolvetang de invloed van de Ziektewet-controle. In Nederland geldt een scheiding van behandeling en controle van arbeidsongeschikte werknemers. Behandelende medici behartigen de belangen van de patiënt. Daarnaast waken controlerende geneesheren over het medisch terecht en correct toekennen van uitkeringen op grond van de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. De ene controle-arts stuurt zijn patiënten sneller aan het werk dan andere, maar wie dat in de ogen van de patiënt te snel doet, betaalt het met herhaling van de ziektemelding. Ook op basis van onderzoek van Smulders (1984) en De Groot (1970) kan geconcludeerd worden dat verzuimcontrole de verzuimduur beïnvloedt. Vooral het tijdstip van controle is van belang. Uit onderzoek van De Groot blijkt, dat indien er in de eerste 14 dagen van het ziektegeval niet gecontroleerd wordt, dit tot verlenging van de verzuimduur leidt.

Bovendien blijkt de aard van de controle het meest gebaat bij een ‘begeleidend’ karakter (Smulders, 1984).

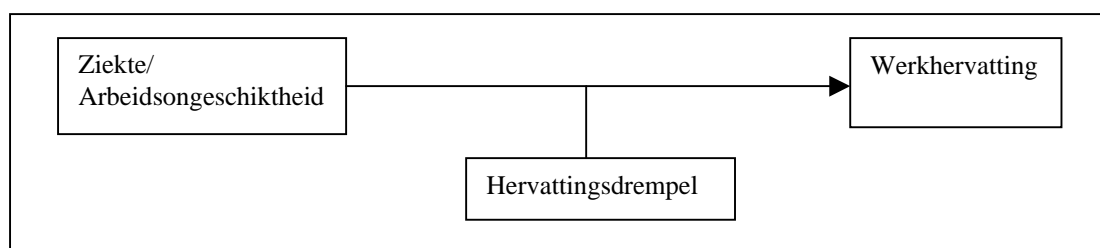
Ten tweede blijkt de gezondheidszorg zelf van invloed op de werkhervatting. Er kan sprake zijn van duurverlengende processen zoals wachttijden. Volgens de Stichting van de Arbeid (1999) kan zeven procent van het ziekteverzuim worden toegeschreven aan lange wachttijden voor diagnoses en behandelingen. Naast wachttijden constateert de Stichting van de Arbeid een gebrekkige samenwerking en informatie-uitwisseling tussen verschillende medische behandelaars en verzekeringsartsen (Geurts, 2003).

Als derde factor wordt de eerder beschreven binding van arbeidsongeschikten met een bedrijf genoemd. Volgens Wolvetang kan deze binding gedurende hun afwezigheid van de werkplek een heel ander karakter krijgen. Het werk van de langdurig zieke is waarschijnlijk overgenomen door collega’s of uitzendkrachten. Hierdoor kan de zieke medewerker het gevoel krijgen niet gemist te worden. Omdat hij of zij enige tijd afwezig is, is het sociale contact met collega’s minder geworden en wordt de hervattingsdrempel steeds hoger.

Als laatste factor noemt Wolvetang de invloed van het bedrijfsbeleid. Hiermee wordt de wijze waarop een bedrijf met arbeidsongeschikten omgaat bedoeld. Als de medewerker sociaal-medisch begeleid wordt, zal dat geïnterpreteerd worden als aandacht van de werkgever, waardoor hij of zij zich minder snel overbodig voelt. Wel dient hierbij te worden opgemerkt dat begeleiding en contacten inhoudelijk sterk uiteen kunnen lopen, namelijk van onbaatzuchtige hulp tot regelrechte drukuitoefening. Om het effect van begeleidingsactiviteiten te onderzoeken moet duidelijk zijn waar de begeleiding precies uit bestaat.

Door zulke processen is de werkhervatting grotendeels een ander soort beslissing dan de ziekmelding. Belangrijk is dat het ‘drempel’-begrip dat door Philipsen is geïntroduceerd, ook op de werkhervatting kan worden toegepast. De uiteenlopende factoren die hierop inwerken kunnen samen worden aangeduid als de ‘werkhervattingsdrempel’. De logische structuur van deze benadering is dus: ‘Bij herstel na ziekte gaat men pas weer aan het werk, wanneer de werkhervattingsdrempel is overschreden.

Model 4.3 De hervattingsdrempel



Bron: Veerman en Smulders, 1990:69

4.3 Leiderschapsstijlen volgens Hersey

De stijl van leiding geven en het ziekteverzuimgedrag van de medewerkers hangen sterk met elkaar samen. Volgens Gehrels en Lemmens (1993) wordt er steeds een relatie gelegd tussen een bepaalde stijl van leiding geven (het gedrag van de leidinggevende) en het effect daarvan op het gedrag en de prestaties van de medewerkers. De 'stijl van leiding geven' wordt gedefinieerd als

'het gedragspatroon (de woorden en daden) van degene die leiding geeft, zoals dat door andere mensen wordt ervaren'.¹

Het gaat dus om de manier waarop de leider door de ogen van anderen wordt gezien. Het gaat er niet om hoe hij zichzelf ziet, maar hoe hij overkomt bij degenen wier gedrag hij probeert te beïnvloeden.

Hersey (1984) stelt in zijn boek vast dat de eerste theoretici die zich met management bezighielden een schaal ontwierpen, waarvan de uitersten twee totaal tegengestelde leiderschapsstijlen voorstelden, namelijk autocratisch tegenover democratisch. Naarmate meer managers konden worden geobserveerd en hun gedrag werd geregistreerd, werd het steeds duidelijker dat deze etiketten geen toereikende omschrijving waren voor de manier waarop zij de zaken aanpakten. Dit leidde ertoe dat het gedrag van managers werd geassocieerd in twee categorieën: 'sturing' (taakgericht gedrag) en 'ondersteunend' (relatiegericht gedrag).

Sturing laat zich daarbij definiëren als 'de mate waarin de leider zich bezig houdt met het specificeren van de plichten en verantwoordelijkheden van een individu of groep'. Tot deze gedragingen behoren handelingen als mensen instrueren wat hen te doen staat, en hoe, wanneer, waar zij iets moeten doen en wie iets moeten doen. Ondersteuning laat zich daarnaast omschrijven als 'de mate waarin een leider de tweerichtingscommunicatie (of verschillende richtingen als er meer mensen bij betrokken zijn) onderhoudt'. Dit gedrag omvat luisteren, aanmoedigen, voorwaarden scheppen, toelichten, begrip tonen en op anderen ingaan.

Managers die in hun werksituatie werden geobserveerd gebruikten een verschillende mate van zowel sturing als ondersteuning om hun mensen te beïnvloeden. Dit maakte een beter hanteerbaar raamwerk noodzakelijk. Op deze manier werd het mogelijk het gedrag van de leidinggevende op meerdere manieren te beschrijven.

Situationeel leiding geven is gebaseerd op de wisselwerking tussen:

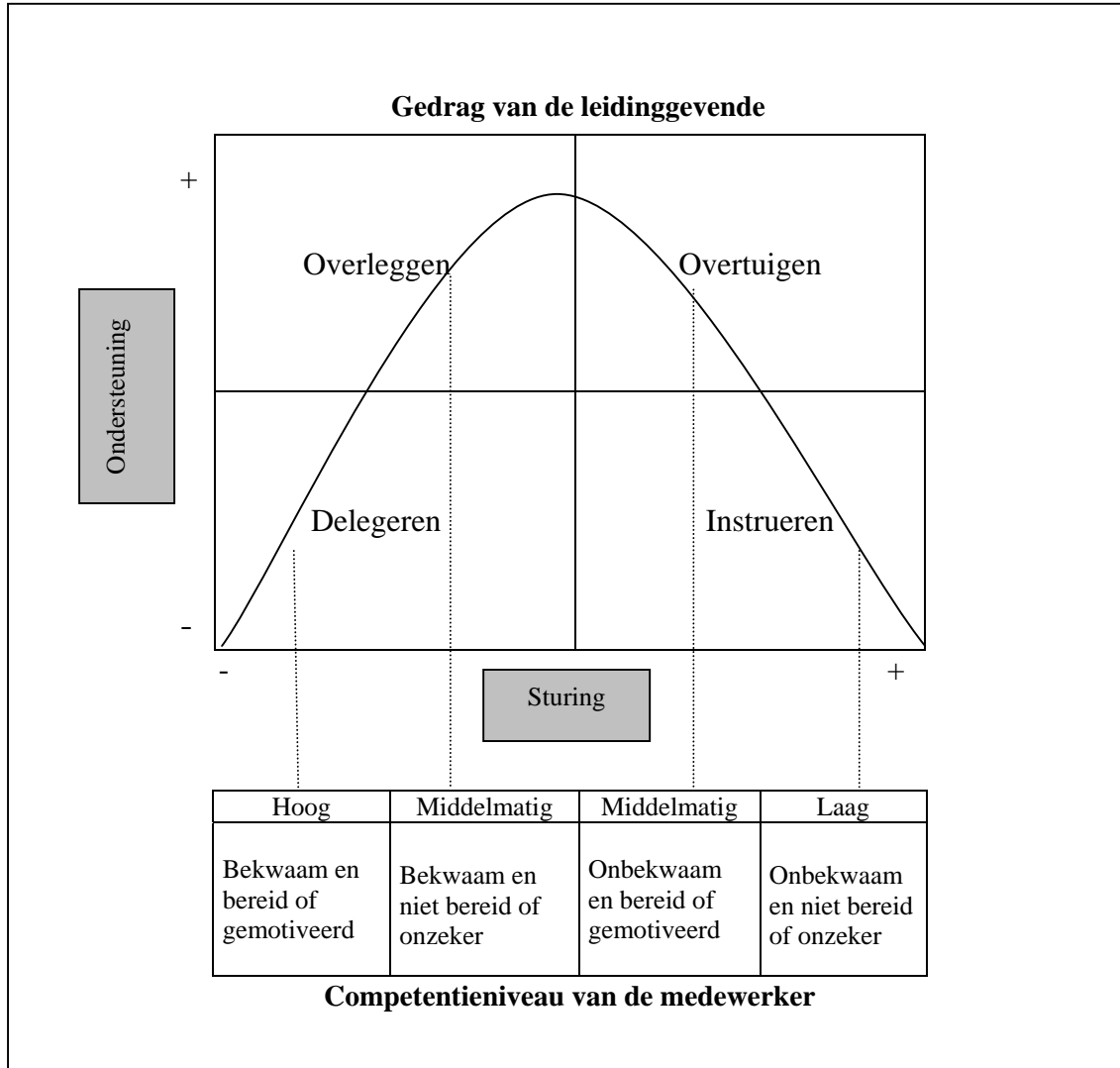
1. de mate van sturing die de leidinggevende uitoefent
2. de mate van ondersteuning die de leidinggevende biedt
3. het competentieniveau dat de medewerker toont bij het uitvoeren van een specifieke taak.

Het competentieniveau is steeds een combinatie van de bereidheid en de bekwaamheid waarmee iemand een taak verricht. De mate van bereidheid en bekwaamheid laten zich grofweg door middel van vier typering indelen, te weten: onbekwaam en niet bereid, onbekwaam maar bereid, bekwaam maar niet bereid en bekwaam en bereid. Bij iedere situatie zal in ogenschouw moeten worden genomen om te zien welke van deze vier stijlen het meest toepasselijk is.

¹Bron: Hersey, 1984: 35

Binnen het model voor situationeel leiding geven worden de vier verschillende competentieniveaus gekoppeld aan de vier basisstijlen van leiding geven. Hiermee wordt men niet alleen in staat gesteld het gedrag van een medewerker in te schatten, maar tevens om die stijl van leiding geven te kiezen die de meeste kans biedt op succes.

Model 4.4 De verschillende vormen van leiderschap



Bron: Hersey, 1984:72

De kromme door de vier stijlen van leidinggeven belichaamt de kansrijke combinaties van sturing en ondersteuning. Deze combinaties corresponderen met de onder het schema weergegeven competentieniveaus. Om dit model te gebruiken, dient een punt op de competentieschaal te worden gekozen dat overeenkomt met het competentieniveau van de medewerker, om vervolgens een loodlijn naar de kromme te trekken. Dit punt geeft de hoeveelheid sturing en ondersteuning van de leidinggevende aan die het beste in die specifieke situatie past.

Op basis hiervan zijn vier verschillende stijlen van leidinggeven te onderscheiden:

1. *Instrueren*. Deze stijl is van toepassing als gepoogd wordt medewerkers met een laag competentieniveau te beïnvloeden. Er wordt van instrueren gesproken omdat de leider

hen zegt wat zij moeten doen, en waar, wanneer en hoe dat moet gebeuren. Er is sprake van een hiërarchische situatie, waarin de leidinggevende het initiatief neemt. De leider dient voorzichtig te zijn met de dosering van ondersteunend gedrag, om het belonen van onvoldoende prestaties te voorkomen

2. *Overtuigen*. Deze stijl is van toepassing wanneer geprobeerd wordt medewerkers met een middelmatig competentieniveau te beïnvloeden. Er wordt gesproken van overtuigen omdat de leider hier nog steeds sturing geeft en richtlijnen verstrekt. Door hen het waarom uit te leggen en de taak toe te lichten, probeert hij zijn medewerkers te overtuigen zodat ze erachter kunnen staan. Zowel de leidinggevende als de medewerker kan het initiatief nemen. Wel staat de leidinggevende boven de medewerker.
3. *Overleggen*. Deze is van toepassing als er een poging wordt gedaan medewerkers met een vrij hoog competentieniveau te beïnvloeden. Er wordt gesproken van overleggen, omdat de leider en medewerker ieder hun aandeel leveren in het richting geven en sturen. De belangrijkste taak van de leider bestaat uit het aanmoedigen van inbreng en betrokkenheid van de medewerker.
4. *Delegeren*. Delegeren is van toepassing als de leider een poging doet medewerkers met een hoog competentieniveau te beïnvloeden. Er wordt gesproken van delegeren, want de leider draagt zijn verantwoordelijkheid voor het nemen en uitvoeren van besluiten over aan de medewerker. De verhoudingen zijn gelijkwaardig, de communicatie is horizontaal.

De omschrijvingen die Hersey in zijn model gebruikt geven niet altijd even nauwkeurig de intenties weer. In het geval van 'overtuigen' kan volgens Hersey ook 'verhelderen' of 'uitleggen' worden gebruikt. Het is van belang te onderkennen dat het zelfvertrouwen en de prestatieverbetering van medewerkers die onbekwaam zijn maar wel gemotiveerd, het gevolg zijn van de richtlijnen en de feedback die hun leidinggevende heeft verstrekt. Het betekent niet dat zij nu de bekwaamheid en het zelfvertrouwen bezitten om dezelfde taak zelfstandig uit te voeren.

Tenslotte is inzicht verwerven in de behoefte van een medewerker volgens Hersey van groot belang. Naarmate de taakspecifieke competentie van mensen toeneemt, zullen hun behoeften met betrekking tot het gedrag van hun leider mee veranderen.

4.4 Houdingstypen volgens Grosfeld en Mulder

Volgens Grosfeld en Mulder (1993) wordt verzuim bepaald door verzuimredenen. Daar is volgens hen op vier manieren iets aan te doen. Ten eerste kan men de oorzaken van de aandoeningen en problemen wegnemen of verminderen (bronbestrijding). Ten tweede kan men de gevolgen van de aandoening en problemen verminderen ('symptoombestrijding'). Een derde weg is de snelheid van de oplossing van aandoeningen en problemen vergroten. Met name deze maatregel is voor mijn onderzoek van toepassing, aangezien het hier gaat over de beperking van de verzuimduur. Tenslotte kan men alternatieve oplossingen van aandoeningen en problemen aangeven.

Volgens Grosfeld en Mulder is het belangrijk bij een effectieve aanpak van ziekteverzuim dat de leidinggevende zich niet beperkt tot één bepaalde werkwijze, maar dat ook andere mogelijkheden worden beproefd. Een effectieve verzuimaanpak moet zo breed mogelijk zijn. Voordat een keuze gemaakt wordt voor een bepaald traject, moet aan twee voorwaarden worden voldaan. Leidinggevendens moeten zowel beschikking hebben over verzuimcijfers van de organisatie en de daar werkzame werknemers, als over een vastbeslotenheid om het verzuimprobleem aan te pakken, ondanks de weerstand die dat bij sommige leidinggevendens oproept.

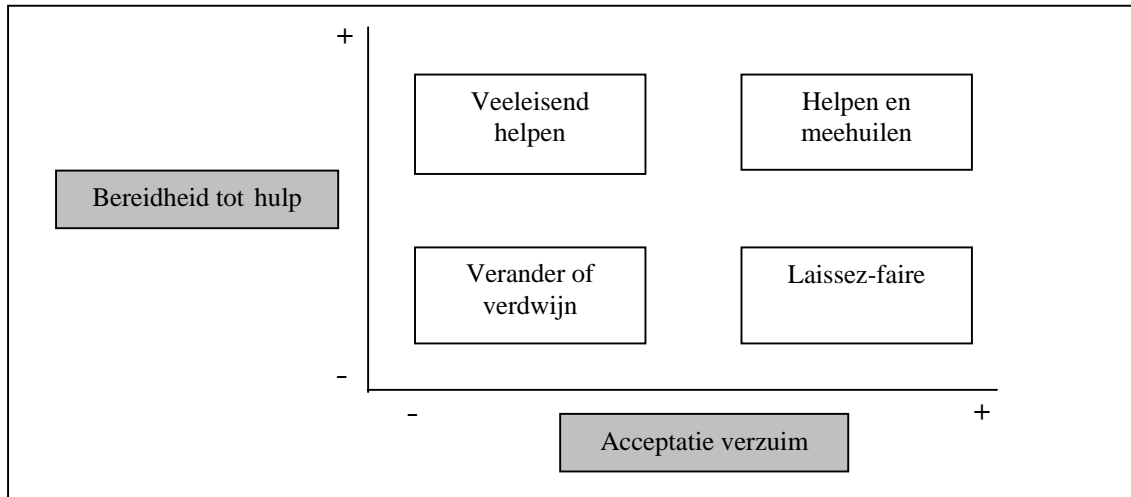
De tweede voorwaarde in ogenschouw nemend, stellen Grosfeld en Mulder vast, dat men als leidinggevende verschillende houdingen kan aannemen. Daarbij zijn twee aspecten te onderscheiden:

1. De bereidheid bij de leidinggevende om een medewerker te helpen. De bereidheid kan per leidinggevende, maar ook per verzuimgeval, variëren van ‘geheel afwezig’ tot ‘zeer vergaand’.
2. De acceptatie van het verzuim door de leidinggevende. Ook deze kan per leidinggevende en per ziektegeval variëren van ‘volledig’ tot ‘volstrekt niet’.

Aan de hand van deze aspecten zijn volgens Grosfeld en Mulder vier houdingen met betrekking tot verzuim te definiëren:

1. *Veel acceptatie verzuim / weinig bereidheid tot hulp.* Deze houding wordt gekenmerkt door onverschilligheid, zowel naar de organisatie als naar de werknemer. Verzuim wordt beschouwd als een gegeven waarmee je moet leven en waar over je je niet druk moet maken. Kortom, een ‘*laissez-fair*’ houding.
2. *Veel acceptatie verzuim / veel bereidheid tot hulp.* In deze houding overheerst het willen helpen en belangstelling tonen. De problemen van de medewerker staan centraal in de belevingswereld van de leidinggevende. Hij heeft echter nauwelijks oog voor de belangen van de organisatie. Met andere woorden: een houding van ‘helpen en meehuilen’.
3. *Weinig acceptatie verzuim / weinig bereidheid tot hulp.* Leidinggevendens met deze houding hebben alleen oog voor de gevolgen van het verzuim voor de organisatie. Ze eisen laag verzuim van het personeel, maar hebben geen begrip en aandacht voor de problemen van de medewerkers. Met andere woorden: een houding van ‘verander of verdwijn’.
4. *Weinig acceptatie verzuim / veel bereidheid tot hulp.* Deze houding wordt gekenmerkt door aan de ene kant werknemers op alle mogelijke manieren willen helpen, maar ook een veeleisende opstelling ten aanzien van verzuimvermindering: een helpende en eisende houding.

Model 4.5 Verschillende houdingstypen



Bron: Grosfeld en Mulder, 1993:29

Volgens Grosfeld en Mulder biedt de 'helpende en eisende' houding de grootste kans op succes. De leidinggevende kiest in plaats van een 'of-of-benadering', een keuze voor de belangen van de medewerker of die van het bedrijf, voor een 'en-en-benadering'. De verzuimbegeleiding bestaat enerzijds uit een daadwerkelijke belangstelling voor de persoon, met de bereidheid om alles wat redelijkerwijs mogelijk is te doen aan de achterliggende problemen. Anderzijds wordt geprobeerd de arbeidsongeschikten te stimuleren tot oplossing van problemen en het aannemen van een andere verzuimhouding (en wanneer nodig corrigerend optreden). Een dergelijke aanpak vergt indringende verzuimgesprekken, gericht op verzuimvermindering en daadkracht en creativiteit bij de leiding om de problemen aan te pakken en de medewerker te helpen.

Uit een onderzoek van Bruggeman² (1991) wordt gevonden dat de attitude van werkgevers de belangrijkste factor blijkt voor het al dan niet aannemen van personen met beperkingen. Dit gegeven wordt bevestigd door Kenny³ (1995), die concludeert dat een negatieve attitude ten aanzien van werknemers met beperkingen de aanname ervan belemmert.

In een onderzoek van Veerman en Cavé (1993) wordt gevonden dat de houding ten aanzien van het in dienst hebben van arbeidsongeschikte werknemers, over het algemeen niet negatief blijkt te zijn. Een gunstig of in ieder geval neutraal beeld hebben de werkgevers met name wat betreft de acceptatie door collega's, de gemotiveerdheid en de productiviteit. Ongunstig wordt vooral gedacht over de nodige extra begeleiding die deze werknemers zouden moeten krijgen en de kans op langdurige uitval. (Van Lierop, 2001:40)

²Bron: Van Lierop, 2001

³Bron: Van Lierop, 2001

5. DE ONDERZOEKSOPZET

5.1 De onderzoeksmethode

Voor het beantwoorden van mijn probleemstelling maak ik gebruik van een casestudie. Daar wordt een onderzoeksstrategie onder verstaan, waarvan het voornaamste kenmerk is dat sprake is van een intensieve bestudering van een sociaal verschijnsel bij één of enkele onderzoekseenheden (Braster, 2000: 21). Binnen de casestudie vindt de bewijsvoering plaats door een verschijnsel binnen zijn natuurlijke situatie te bestuderen.

De onderzoeksmethode zal voornamelijk kwantitatief zijn. Kwantitatief onderzoek richt zich grotendeels op de mate waarin sociale verschijnselen bepaalde eigenschappen, gesteldheden en karakters bezitten en de mate waarin binnen en tussen die zaken overeenkomsten, verschillen en (causale) relaties kunnen worden gevonden (Van den Heuvel, 1995)¹. Het kwantitatieve gedeelte van mijn onderzoek zal bestaan uit het in kaart brengen van de mate van DM binnen een organisatie. Tevens zal het analyseren van verzuimcijfers, bestaande uit de gemiddelde verzuimduur en verzuimfrequentie, kwantitatief van aard zijn.

Het kwantificeren van de rol die leidinggevenden spelen bij de uitvoering van Disability Management ligt gecompliceerder. Aangezien de theorie inzake DM daar geen expliciete invulling aan geeft, is het noodzakelijk om op basis van de theorieën over leidinggevenden, zelf een invulling aan de rol van leidinggevenden te geven. Zodoende kan ook dit onderdeel van mijn onderzoek gekwantificeerd worden. Later in dit hoofdstuk zal aan de orde komen hoe ik dit in de praktijk zal brengen.

Voor de praktische uitvoering van mijn onderzoek, maak ik gebruik van data-triangulatie. Dat houdt in dat meerdere databronnen worden gebruikt, zoals diepte-interviews, vragenlijsten en bestaande gegevens. Met behulp van triangulatie kan worden geverifieerd of de theoretische concepten op een correcte wijze in de empirie zijn vastgesteld (Braster, 2000:65). Voor mijn onderzoek zal ik gebruik maken van vier verschillende soorten data:

1. *Het verzuimprotocol*. Aan de hand hiervan zal kunnen worden vastgesteld welk verzuimbeleid binnen een organisatie is opgesteld en in hoeverre de te onderzoeken variabelen op papier zijn vastgelegd.
2. *Diepte-interviews*. Aan de hand van een interview met de Zorgmanager van een organisatie of afdeling moet worden bepaald in hoeverre het beleid zoals dat in het protocol wordt vermeld ook daadwerkelijk in de praktijk wordt gebracht.
3. *Vragenlijsten*. Om de stijl van leidinggeven vanuit het perspectief van de medewerkers te onderzoeken zal hen worden gevraagd een vragenlijst in te vullen. Bovendien zal aan de hand van de beantwoording van de vragenlijst kunnen worden nagegaan of leidinggevende en arbeidsongeschikten er met betrekking tot de begeleiding van arbeidsongeschikten verschillende inzichten op na houden. Ongeveer 20 werknemers per organisatie zullen worden gevraagd de vragenlijst in te vullen. De respondenten moeten voldoen aan de volgende eisen:

¹Bron: Den Uijl, 2002

- De medewerker moet in dienst zijn van één van de betreffende onderzoekseenheden
- De medewerker moet de afgelopen vijf jaar ten minste één keer arbeidsongeschikt zijn geweest
- De duur van de arbeidsongeschiktheid moet tussen de 7 en 365 dagen liggen
- De periode van arbeidsongeschiktheid moet inmiddels zijn afgerond

4. *Verzuimcijfers*. Om vast te stellen wat de invloed van de variabelen is op de verzuimduur binnen een organisatie, zal ik via de Arbodienst beschikking krijgen over de verzuimcijfers. Daarbij gaat het om de gemiddelde verzuimduur en verzuimfrequentie van de verschillende organisaties.

Voor de uitvoering van mijn onderzoek is het noodzakelijk een vergelijkende studie te maken tussen drie organisaties. De benadering van deze organisatie vindt plaats via de Arbo-dienst. Voor een wetenschappelijk verantwoorde vergelijking is het van belang dat iedere organisatie ongeveer van gelijke grootte is en actief is in dezelfde branche.

Echter, ter nuancering dient te worden opgemerkt dat de interpretatie van de samenhang tussen reïntegratie-inspanningen in het algemeen en werkhervatting moeilijk is aan te tonen.

Zo is de causaliteitsvraag lastig te beantwoorden: heeft men het werk hervat omdat er inspanningen zijn verricht voor deze werkhervatting, of werden er inspanningen verricht voor en door degene die veel mogelijkheden tot werkhervatting hadden?

Bovendien zijn er binnen wetenschappelijk onderzoek altijd interveniërende factoren van invloed die de validiteit van de onderzoeksuitkomsten ondermijnen. Niet alle interne en externe factoren zijn op het moment van onderzoeken bij alle afdelingen exact gelijk te houden. Uiteraard is wel zoveel mogelijk moeite gedaan om de meest manifeste factoren gedurende mijn onderzoek constant te houden.

5.2 Operationalisering afhankelijke variabele

Om de term 'ziekteverzuim' te operationaliseren, dient eerst een onderscheid te worden gemaakt tussen 'ziekte' en 'verzuim'. 'Ziekte' houdt namelijk niet automatisch in dat er sprake is van ziekteverzuim. 'Ziekte' verwijst naar ziek zijn in de medische zin van het woord. 'Verzuim' daarentegen verwijst naar 'ziek melden' als vorm van gedrag (Geurts, 2003).

Ziekteverzuim wordt gedefinieerd als '*de afwezigheid van het werk, terwijl er een beroep gedaan wordt op de Ziektewet*' (Heemskerk, 1993). De Ziektewet voorziet in een uitkering aan die verzekerde werknemers die niet in staat zijn hun eigen werk te verrichten ten gevolge van ziekte of gebrek, inclusief gevolgen van ongevallen. De oorzaak van ziekte doet er niet toe; er wordt geen onderscheid gemaakt tussen bedrijfsongevallen en overige ziekten die niet door het werk zijn veroorzaakt. Pas wanneer de ziekteverschijnselen in conflict komen met de eisen die het werk stelt, en doorwerken niet meer redelijk kan zonder schade voor de huidige of toekomstige gezondheid, is sprake van arbeidsongeschiktheid.

De gemiddelde verzuimduur, in dit onderzoek de afhankelijke variabele, geeft aan hoe lang medewerkers gemiddeld ziek zijn en kan als volgt worden berekend:

'het aantal verzuimde kalenderdagen (van de beëindigde verzuimgevallen) in de observatieperiode gedeeld door het aantal beëindigde verzuimgevallen in die periode'.²

Het is van belang een onderscheid te maken in verzuimduur, omdat uit onderzoek blijkt dat kort- en langdurende ziektegevallen niet alleen vaak andere oorzaken hebben, maar ook een verschillende aanpak vergen. De duur van de ziekte is te benoemen met behulp van de termen kortdurend, middellang en langdurig verzuim. De indeling is afgeleid van wettelijke regelingen en daarmee algemeen aanvaard.

- *Kortdurend* verzuim kan van 1 tot 7 kalenderdagen duren;
- *Middellang* verzuim kan van 8 tot 43 kalenderdagen duren;
- *Langdurig* verzuim kan van 43 tot 365 kalenderdagen duren.

Om een volledig beeld te krijgen van het effect dat de aanwezigheid van DM op de verzuimcijfers heeft, is het interessant om ook de gemiddelde meldingsfrequenties en de gemiddelde verzuimpercentages van de verschillende organisaties bij mijn onderzoek te betrekken. Deze twee soorten verzuimcijfers geven in mijn ogen een goed beeld van de ontwikkelingen op het gebied van verzuim binnen een organisatie. De gemiddelde meldingsfrequentie kan als volgt worden berekend:

'Het aantal meldingen in de periode gedeeld door het gemiddeld aantal werknemers in dienst over de periode'.³

Voor het gemiddelde verzuimpercentage geldt:

'Het totaal aantal verzuimde kalenderjaren gedeeld door het totaal aantal beschikbare kalenderdagen in de periode'.⁴

5.3 Operationalisering onafhankelijke variabelen

Alvorens te kunnen bepalen *wat* de invloed van Disability Management is op de verzuimduur moet eerst worden vastgesteld *hoe* de mate van DM binnen een organisatie kan worden gemeten. Op basis van de drie centrale elementen van DM, te weten de optimale inzetbaarheid van arbeidsgehandicapten, de regie en het rekening houden met functionele beperkingen, kan worden bepaald in hoeverre DM binnen een organisatie aanwezig is.

Op basis van theorieën met betrekking tot verzuimbeleid, omschreven in hoofdstuk 4, blijken vele variabelen met betrekking tot bovenstaande elementen van invloed op de verzuimduur. Ze zijn echter niet allemaal relevant voor de beantwoording van de probleemstelling. Daarom zijn enkele variabelen uit de literatuur geselecteerd die de rol van DM het beste weergeven bij het terugdringen van de verzuimduur binnen een bedrijf. Bovendien ligt de nadruk van het

²Bron: Gehrels en Lemmens, 1993

³Bron: Gehrels en Lemmens, 1993

⁴Bron: Gehrels en Lemmens, 1993

onderzoek op de rol van leidinggevend en bij het uitvoeren van verzuimbeleid, en niet op verzuimbeleid in het algemeen.

In mijn onderzoek wordt de mate van DM enerzijds bepaald door de begeleiding van en controle op de gezondheidsverbeteringen van de gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemer aan de hand van het soort, de frequentie en het moment van de gesprekken tussen arbeidsongeschikten en leidinggevende (5.3.1). Anderzijds wordt de mate van DM bepaald door het totaal aantal en soort aanpassingen van werksituaties binnen een organisatie (5.3.2).

Naast de mate van DM wil ik, zoals vermeld, ook onderzoeken welke wijze van leidinggevend en het meest effectief is bij de uitvoering van dit verzuimbeleid. Om dat te bepalen zullen zowel de 'stijl van leidinggevend en' (5.3.3) en de 'houding van leidinggevend en ten opzichte van ziekteverzuim' (5.3.4) worden bestudeerd. Wanneer het in mijn onderzoek overigens gaat over 'leidinggevend en', worden daar de *direct* leidinggevend en van werknemers mee bedoeld. Kortom, om diegenen die in de organisatie direct boven de te onderzoeken (arbeidsongeschikte) werknemers staan.

Resumerend ben ik op basis van de theorie tot de volgende selectie van variabelen gekomen:

1. De begeleiding van arbeidsongeschikten door leidinggevend en
2. De bereidheid tot aanpassing van de werksituatie (transitiewerk)
3. De stijl van leidinggevend en tijdens het ziekteverzuim
4. De houding van leidinggevend en ten opzichte van ziekteverzuim

5.3.1 Variabele 1: De begeleiding van arbeidsongeschikten door leidinggevend en.

In de theorie wordt verondersteld, dat als het verzuim wat langer duurt en de aard van de ziekte dit toelaat, het van groot belang is dat de afwezige werknemer wordt begeleid. Daar valt de frequentie en wijze van communiceren met arbeidsongeschikten onder, maar ook de voorbereiding van de terugkeer en de opvang van arbeidsongeschikten.

De verzuimbegeleiding door direct leidinggevend en vindt voor een belangrijk deel plaats via gesprekken. De moeilijkheid van deze gesprekken is dat ze zich kenmerken door grote variatie en onvoorspelbaarheid. Globaal zijn er vier soorten gesprekken te onderscheiden (Van Duijn, 1998);

1. *Het ziekmeldingsgesprek.* Dit houdt het gesprek in dat de direct leidinggevende heeft tijdens of zo spoedig mogelijk na de ziekmelding van de werknemer. Doel van het gesprek is het informeren van de leidinggevende inzake de aard en ernst van de arbeidsongeschiktheid. Op basis hiervan kan een inschatting worden gemaakt van de te verwachte duur van de afwezigheid van de werknemer.
2. *Het hervattingsgesprek.* Dit gesprek vindt plaats met de werknemer die zich weer beter heeft gemeld en is bedoeld om zowel belangstelling te tonen als om bij te praten over eventuele gebeurtenissen of wijzigingen op het werk, zodat werkhervatting succesvol kan plaatsvinden
3. *Het contactgesprek.* Naast het onderhouden van contact met een medewerker die al langdurig afwezig is, heeft het contactgesprek vooral het onderzoeken van de mogelijkheden tot werkhervatting ten doel.

4. *Het verzuimgesprek.* Door middel van dit gesprek wordt geprobeerd de oorzaken van (frequent) verzuim te achterhalen en samen met de werknemer tot een oplossing te komen.

De aard van de relatie tussen leidinggevende en werknemer en de reden voor het verzuim zullen voor een groot deel bepalend zijn voor het verloop en de inhoud van het gesprek.

Het contact kan telefonisch worden gelegd of met een huisbezoek. Het primaire doel van deze zorg is het tonen van belangstelling voor de werknemer en ervoor te zorgen dat deze binding houdt met het bedrijf. Zodoende hoopt de leidinggevende te bereiken dat de drempel om terug te keren laag blijft. Volgens Westendorp (1982) dient in dit verband vermeden te worden dat het contact door de zieke werknemer wordt opgevat als een soort controle. Het is daarom zinvol om na te gaan of het de zieke werknemer schikt dat de leidinggevende langskomt.

De mate van begeleiding van arbeidsongeschikte werknemers kan in mijn onderzoek worden bepaald door te kijken welk *soort* gesprekken de direct leidinggevende met de arbeidsongeschikte voert en de *frequentie* daarvan. Naarmate meerdere soorten gesprekken worden gevoerd en met een hogere frequentie, leidt dat in mijn onderzoek tot de conclusie dat er sprake is van meer begeleiding.

5.3.2 Variabele 2: De bereidheid tot aanpassing van de werksituatie.

Indien de handicap van de werknemer relevant is voor het werk dat moet worden verricht, kan het een oplossing zijn om de werksituatie aan te passen. Naarmate de met het werk samenhangende omstandigheden tijdelijk of definitief gewijzigd kunnen worden, is de kans op een snellere werkhervatting groter.

De methode Paswerk, ontwikkeld door de afdeling Preventie en Gezondheid van TNO, heeft als doel om werkaanpassingen te creëren voor werknemers die als gevolg 'van gezondheidsklachten problemen in het werk ondervinden'.⁵ De werknemer moet weer aan het werk kunnen, ondanks de aanwezigheid van een ziekte of aandoening. Uitgangspunt van de methode is niet het gezondheidsprobleem van de werknemer, maar de concrete werksituatie. De problemen in het werk of arbeidshandicaps kunnen onder de volgende zes hoofdcategorieën vallen:

1. *Kennis en vaardigheden.* Het gaat hierbij om de vooropleiding en verdere capaciteiten om de functie uit te kunnen oefenen: onder meer met betrekking tot leesvaardigheid, begrijpen, taalvaardigheid, vakmatige kennis en beperkte leercapaciteit.
2. *Werk- en rusttijden.* Bij werktijden gaat het om problemen die de hele functie betreffen. Rusttijden kunnen ook per taak bekeken worden. Hieronder vallen onder meer problemen vanwege het moeilijk 's nachts kunnen werken, niet lang achtereen kunnen werken en niet zonder een bepaalde rusttijd kunnen.
3. *Taakhoud / organisatie.* Belangrijke onderdelen zijn autonomie, functionele contacten, verantwoordelijkheid en tijdsdruk.
4. *Lichaamshouding en beweging of wel 'werkhouding algemeen'.* Dit heeft betrekking op de belasting van het bewegingsapparaat en hangt sterk samen met mogelijke lichamelijke beperkingen. Men kan last hebben van tillen, bukken, lopen en dergelijke.

⁵Bron: De Vos e.a., 1996: 88

5. *Mentaal en emotioneel*. Onderdelen hiervan zijn concentratie, geheugen en visuele informatie. De categorie verwijst naar problemen op het werk ten aanzien van mentale belasting, visuele informatieverwerking, auditieve informatieverwerking, concentratie, leiding geven en besluitvorming.
6. *Chemische, fysische en sociale omgeving*. Deze categorie verwijst naar omstandigheden waaronder wordt gewerkt. Onder chemische / fysische problemen in het werk vallen die ten aanzien van warmte, koude of vochtigheid, gas, of blootstelling aan stoffen die allergische reacties kunnen veroorzaken of blootstelling aan geluid. Bij de sociale werkomgeving gaat het om mogelijke problemen of bezwaren met verandering in de bedrijfscultuur, problemen met collega's of bezwaren tegen werkzaamheden die men wordt geacht te verrichten.

De methode Paswerk gaat uit van hoofdcategorieën van werkaanpassingen voor mensen met een arbeidshandicap. Hoewel zij een spiegelbeeld vormen van de voorgaande opsomming, is er geen sprake van een één op één relatie tussen een arbeidshandicap en een werkaanpassing. Er zijn vijf hoofdcategorieën te onderscheiden:

1. *Werkaanpassingen gericht op kennis en vaardigheden*. Hieronder vallen aanpassingen zoals extra begeleiding bij geschreven teksten voor degene die niet kan lezen, extra instructie en begeleiding bij het uitvoeren van de werkzaamheden.
2. *Werkaanpassingen gericht op werk en rusttijden*. Deze aanpassingen hebben onder meer betrekking op werken op therapiebasis, andere werktijden, vermindering van het aantal werkuren en aanpassing van het dienstrooster.
3. *Werkaanpassingen gericht op taakhoud / organisatie*. Hieronder vallen meer of minder autonomie, minder tijdsdruk, meer tijd voor het uitvoeren van werkzaamheden. Voorbeelden van beperkingen van taakhoud zijn: geen werk met tempodruk, begeleiding bij het nemen van beslissingen, minder functionele contacten, minder lichamelijk belastende taken. Voorbeelden van taakverandering zijn het verschuiven naar een ander type machine en afwisseling.
4. *Werkaanpassingen gericht op werkhouding algemeen*. Hier onder vallen werkplekaanpassingen gericht op houding en beweging, zoals verschuiving van staand naar zittend werk en speciaal meubilair of hulpstukken.
5. *Werkaanpassingen gericht op chemische, fysische of sociale omgeving*. Onder meer betere verlichting, betere klimaatbeheersing, acceptatie door collega's of beïnvloeding van de cultuur op de werkvloer (De Vos e.a., 1996:6).

Naarmate er een hogere frequentie en grotere verscheidenheid van werkaanpassingen in een organisatie plaatsvindt, leidt dat in mijn onderzoek tot de conclusie dat er sprake is van een grotere bereidheid tot werkaanpassing bij de leidinggevende.

5.3.3 Variabele 3: De stijl van leidinggeven

De rol van leidinggeven binnen het DM-beleid zal worden vastgesteld aan de hand van de stijl van leidinggeven en de houding van leidinggevendenden ten opzichte van ziekteverzuim. Het onderscheid tussen beiden is evident, omdat bij een *stijl* van leidinggeven sprake is van vorm van gedrag, terwijl het bij een *houding* van leidinggevendenden gaat om een attitude. Deze twee

elkaar aanvullende variabelen geven in mijn ogen een volledig beeld van de rol van leidinggeven gedurende het ziekteverzuim.

Op basis van de theorie van Hersey, beschreven in hoofdstuk 3, is situationeel leiderschap gebaseerd op de wisselwerking tussen:

1. De mate van *sturing* die de leider uitoefent. Tot deze gedragingen behoren handelingen als mensen instrueren wat hen te doen staat, en hoe, wanneer, waar zij iets moeten doen en wie iets moeten doen.
2. De mate van *ondersteuning* die hij biedt. Dit gedrag omvat luisteren, aanmoedigen, voorwaarden scheppen, toelichten, begrip tonen en op de andere ingaan.
3. Het competentieniveau dat de medewerker toont bij het uitvoeren van een specifieke taak. Het competentieniveau is steeds een combinatie van de bereidheid en de bekwaamheid waarmee iemand een taak verricht. De mate van bereidheid en bekwaamheid laten zich grofweg in vier niveaus indelen, te weten: onbekwaam en niet bereid, onbekwaam maar bereid, bekwaam maar niet bereid en bekwaam en bereid.

Voor mijn onderzoek dient te worden vastgesteld in welke mate binnen een organisatie sprake is van situationeel leiderschap. Kortom, ook de mate waarin de sturing en ondersteuning van leidinggevend wordt aangepast aan het competentieniveau van de werknemer is in mijn onderzoek bepalend voor de mate van Disability Management binnen een organisatie. Benadrukt dient te worden dat zal worden onderzocht of een leidinggevende überhaupt de stijl van leidinggeven aanpast aan de veranderde gezondheidssituatie van werknemers. Naarmate er binnen een organisatie een grotere variëteit in de mate van sturing en begeleiding door leidinggevend wordt aangetoond, zal dit in mijn onderzoek leiden tot de conclusie dat er sprake is van een grotere aanwezigheid van situationeel leidinggeven. Deze variëteit zal worden vastgesteld aan de hand van een variatie in de beantwoording van de vragen met betrekking tot de sturing en begeleiding door hun leidinggevend. Het is daarbij voor mijn onderzoek van ondergeschikt belang of een leidinggevende voldoet aan de ideaaltypische stijl van leidinggeven volgens Hersey.

Het onderzoeken van deze variabele onderscheidt zich van het onderzoeken van variabele 1, de begeleiding van arbeidsongeschikten door leidinggevend. De stijl van leidinggeven heeft namelijk betrekking op het leidinggeven aan alle medewerkers en niet alleen op de begeleiding van arbeidsongeschikten. Bovendien is de waardering van consistentie bij beide variabelen verschillend. Bij variabele 1 leidt inconsistentie tot de conclusie dat van elementaire onderdelen binnen DM niet structureel worden uitgevoerd, terwijl dat bij het onderzoeken van variabele 4 wijst op een bepaalde flexibiliteit bij leidinggevend. Bij variabele 1 gaat het dus meer om de *inhoud* van verzuimbeleid, terwijl het in variabele 4 meer gaat om de *uitvoering* van verzuimbeleid. Tenslotte zal variabele 1 worden onderzocht aan de hand van interviews met leidinggevend, terwijl voor variabele 4 zowel leidinggevend als medewerkers zullen worden geraadpleegd.

Op basis van theorievorming over DM mag worden aangenomen dat bij aanpassingsbereidheid van werksituaties en specifieke begeleiding van arbeidsongeschikten een flexibele stijl van leidinggeven gebaat is. Naarmate er binnen een organisatie een hogere mate van situationeel leidinggeven wordt vastgesteld, leidt dat in mijn onderzoek tot de conclusie dat er meer DM wordt gehanteerd.

5.3.4 Variabele 4: De houding van leidinggevenden ten opzichte van ziekteverzuim

Volgens Grosfeld en Mulder (1993) kan worden verondersteld dat de *houding* van leidinggevenden van invloed is op de verzuimduur. Met name de acceptatie van arbeidsongeschiktheid en de bereidheid tot hulp van leidinggevenden zijn bepalend voor de lengte van het ziekteverzuim.

De houding van leidinggevenden ten opzichte van ziekteverzuim kan volgens Grosfeld en Mulder enerzijds worden afgeleid uit de mate waarin zij ziekteverzuim *accepteren* en anderzijds uit de mate waarin zij *bereid zijn* om hulp te bieden tijdens het ziekteverzuim.

Acceptatie van het ziekteverzuim door de leidinggevende blijkt uit het feit dat de problemen van de werknemer voor hen centraal staan. De leidinggevende toont aandacht en begrip voor de arbeidsongeschikten en beschouwt ziekteverzuim als iets waar je als leidinggevende mee moet leven. Er wordt niet alleen gekeken naar de gevolgen van verzuim voor de organisatie.

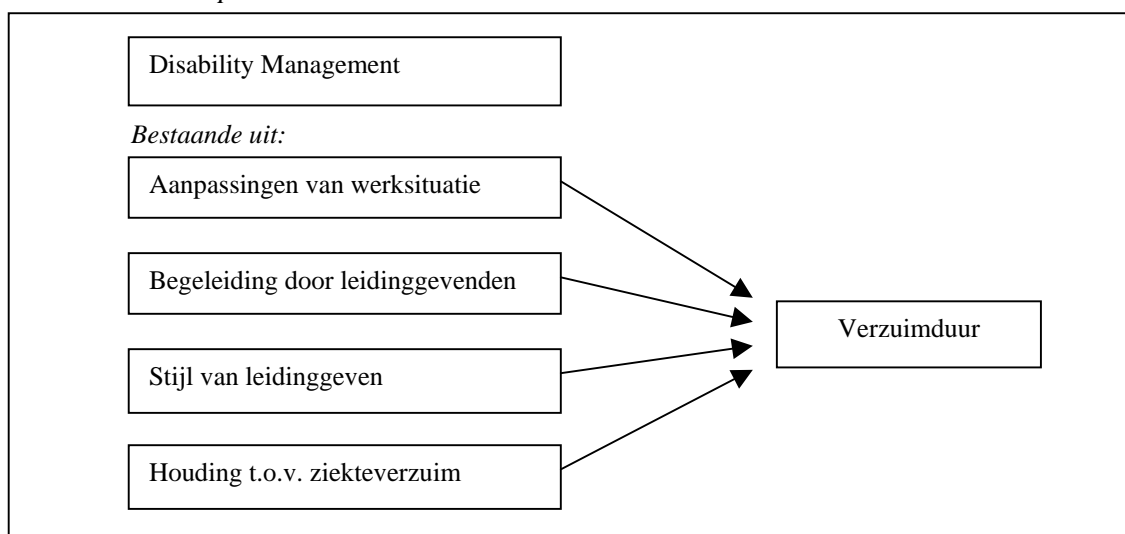
De bereidheid van leidinggevenden tot het bieden van hulp tijdens het verzuim kan worden afgeleid uit de pogingen die leidinggevenden ondernemen om arbeidsongeschikte werknemers te helpen stimuleren tot het oplossen van problemen en het aannemen van een positieve verzuimhouding. Bovendien zijn een sfeer van vertrouwen tussen leidinggevende en personeel en een ondersteuning in de privé-sfeer door leidinggevenden ook indicatoren voor de bereidheid tot hulp.

Eerder heb ik beschreven dat volgens Grosfeld en Mulder de ‘helpende en eisende’ houding van leidinggevenden de grootste kans op succes biedt. Tevens sluit deze houding ook het beste aan bij de theorie van DM. Naarmate leidinggevenden meer voldoen aan de kenmerken die dit houdingstype onderscheiden, dus een hoge mate van aanpassingsbereidheid en een lage mate van acceptatie, leidt dat in mijn onderzoek tot de conclusie dat sprake is van meer DM.

5.4 Conclusie

Het schematisch weergeven van bovenstaande informatie levert het volgende conceptueel model op:

Model 5.1: Conceptueel model



Op basis van de theorievorming valt te veronderstellen dat alle vier de variabelen negatief gecorreleerd zijn met de verzuimduur. Kortom, naarmate binnen een organisatie meer werkaanpassingen plaatsvinden, arbeidsongeschikten intensiever worden begeleid, er meer situationeel leiding wordt gegeven en meer kenmerken worden geconstateerd die getuigen van een 'helpende en eisende' houding bij leidinggevend, heeft dat naar verwachting een kortere verzuimduur tot gevolg.

Tevens is de verwachting dat de variabelen onderling ook correleren. Een hogere mate van situationeel leidinggeven gaat vermoedelijk samen met een hogere mate van werkaanpassing binnen een organisatie.

6. DATA-ANALYSE

6.1 Inleiding

Na de onderzoeksmethode in het voorafgaande hoofdstuk te hebben gepresenteerd, vervolg ik mijn scriptie met de weergave van de data-analyse. In dit hoofdstuk zullen de onderzochte afdelingen eerst kort worden geïntroduceerd, waarna vervolgens verslag zal worden gedaan van de aanwezigheid van de te onderzoeken variabelen binnen deze afdelingen. Elke variabele zal per afdeling worden gepresenteerd. Tevens zal de data-analyse van een variabele worden afgesloten met het formuleren van conclusies.

6.2 Introductie onderzoeksgebied

Voorafgaand aan de kennismaking met de onderzochte afdelingen, zal ik kort verslag doen van de wijze waarop ik met deze afdelingen in contact ben gekomen.

Om de kans op medewerking van organisaties te vergroten, leek het mij zinvol om mijn onderzoek in samenwerking met een Arbodienst te doen. Mede omdat Arbodiensten beschikken over kennis van het onderzoeksveld en de toegang tot verzuimcijfers door de samenwerking kan worden gegarandeerd, verhoogt deze werkwijze de kwaliteit van mijn onderzoek.

Na het aanschrijven van tientallen Arbodiensten ben ik in contact gekomen met Maetis Arbo. Naar aanleiding van een gesprek waarin ik mijn wensen en voorwaarden voor mijn onderzoek aan de Regiomanager Zuid en West heb mogen presenteren, heeft deze organisatie mij in contact gebracht met contactpersonen binnen twee organisaties in de Zorgsector, te weten Frankeland en Medisch Centrum Rijnmond Zuid. Omdat deze organisaties niet van gelijke grootte bleken te zijn, heb ik ervoor gekozen binnen Medisch Centrum Rijnmond Zuid twee zorgafdelingen te onderzoeken.

Frankeland

Frankeland is een centrum voor verzorgd wonen, verpleging en welzijn, en bestaat inmiddels 150 jaar. De oorspronkelijke naam voor het centrum is Sint Liduinastichting. Het aanbod bestaat uit wonen, verzorging, verpleging en recreatie. De zorgvisie van Frankeland is 'zo gewoon mogelijk', waarbij autonomie en keuzemogelijkheden centraal staan. Er zijn 450 mensen in dienst, die gezamenlijk 272 voltijdbanen vervullen. In het kader van mijn onderzoek heb ik gesproken met de manager Zorg en Verpleging van Frankeland. In het vervolg van mijn scriptie zal zij worden getypeerd als 'respondent 1'.

Medisch Centrum Rijnmond-Zuid (MCRZ)

MCRZ is op 1 januari 2000 ontstaan uit een 'kwaliteitsfusie' tussen het St. Clara Ziekenhuis en het Zuiderziekenhuis. Feitelijk houdt deze fusie in, dat de samenwerking niet op basis van dwang van bijvoorbeeld de overheid tot stand is gekomen, maar vanwege de gezamenlijke overtuiging dat samenwerking tot betere kwaliteit en efficiency in de zorg leidt. In 2003 zijn er in totaal 3172 personeelsleden in dienst en 817 bedden beschikbaar.

In het verzuimprotocol van het MCRZ worden 2 uitgangspunten inzake arbeidsomstandigheden- en verzuimbeleid geformuleerd:

- Ziekteverzuimbeleid binnen MCRZ is een verantwoordelijkheid van zowel de medewerker als de leidinggevende. Het accent daarbij ligt op de begeleiding van de arbeidsongeschikte medewerker naar de werksituatie.
- Bovendien streven werkgever en werknemer samen naar optimale arbeidsomstandigheden op het gebied van veiligheid, gezondheid en welzijn.

Gedurende het verdere verloop van mijn onderzoek zal ik met betrekking tot MCRZ een onderscheid maken tussen twee verschillende zorgeenheden. De eerste zorgeenheid, getypeerd als MCRZ1, bestaat uit de afdelingen Chirurgie en het Brandwondencentrum en bestaat uit 126 fte's. Binnen MCRZ1 heb ik interviews gehouden met de manager van deze zorgeenheid en de teamleider van het brandwondencentrum, die ik in het verdere verloop van mijn onderzoek respectievelijk 'respondent 2' en 'respondent 3' zal noemen. Daarnaast onderzoek ik de zorgafdelingen van Gynaecologie, Obstetrie en de Kinderafdeling, getypeerd als MCRZ2. Deze zorgeenheid bestaat in totaal uit 180 fte's. Ik heb voor mijn onderzoek gesproken met de manager van deze zorgeenheid, die in het vervolg zal worden omschreven als 'respondent 4'.

6.3 Variabele 1: de begeleiding van arbeidsongeschikten door leidinggevend

In hoofdstuk 3 is vast komen te staan dat Disability Management in feite uit drie componenten bestaat, namelijk het geheel van activiteiten die gericht zijn op het voorkomen van uitval van werknemers (primaire preventie), op het ondersteunen van het herstelproces (regiefunctie) en op het ontwikkelen van reïntegratieactiviteiten (Akabas, 1992)¹. In het kader van de regiefunctie, de ondersteuning van het herstelproces, heb ik de begeleiding van arbeidsongeschikten door leidinggevend gedurende hun verzuimperiode onderzocht.

Deze verzuimbegeleiding door directe leidinggevend vindt voor een belangrijk deel plaats via gesprekken die hij of zij met arbeidsongeschikten voert.

In hoofdstuk 5 heb ik beschreven dat op basis van de theorie van Van Duijn (1998), vier verschillende soorten gesprekken te onderscheiden vallen, te weten het ziekmeldingsgesprek, contactgesprek, hervattingsgesprek en verzuimgesprek. In deze paragraaf zal ik onderzoeken in hoeverre deze gesprekken binnen mijn onderzoekseenheden zijn gevoerd en met welke frequentie.

Ook zal worden beschreven wat er tijdens de gesprekken inhoudelijk wordt besproken. Het is namelijk in het kader van Disability Management ook van belang dat de reïntegratie zo spoedig mogelijk aanvangt. Snelle reïntegratie kan in mijn ogen alleen plaatsvinden indien de leidinggevende voortdurend op de hoogte is van de mogelijkheden van de arbeidsongeschikten. Daarom is het van belang dat de leidinggevende hier regelmatig inhoudelijk gesprekken met de medewerker over voert.

6.3.1 Variabele 1: Frankeland

Het ziekmeldingsgesprek

Binnen Frankeland moeten ziekmeldingen op de eerste ziektedag telefonisch worden doorgegeven aan de direct leidinggevende of diensthoofd en aan de receptie van Frankeland. Bij dit ziekmeldingsgesprek wordt direct door de leidinggevende gevraagd naar de resterende

¹Bron: Nijhuis en Van Lierop, 2003

mogelijkheden van de werknemer. Daarnaast wordt de ernst en de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid vastgesteld. Indien werknemers namelijk in staat zijn om ander werk te verrichten, wordt van hen verwacht dat ze diezelfde dag nog aanvangen met zogenoemde ‘arbeidstherapeutische werkzaamheden’. Samen met de leidinggevende worden hier direct afspraken over gemaakt. Indien de werknemer vanwege immobiliteit niet zelfstandig in staat is naar Frankeland te komen, dan wordt door de leidinggevende vervoer tussen woon- en werkplek geregeld.

Indien de zieke werknemers niet in staat zijn tot het verrichten van werkzaamheden, dan wordt hen gevraagd om telkens na 2 dagen contact met Frankeland op te nemen, tenzij de aard van arbeidsongeschiktheid dit niet toelaat. Doorgaans is dit enkel het geval bij ernstige psychische klachten of lichamelijke aandoeningen bij werknemers.

Het contactgesprek

Contactgesprekken hebben in mijn onderzoek, naast het onderhouden van contact met medewerkers die al lange tijd afwezig zijn, ook het onderzoeken van de mogelijkheden tot werkhervatting ten doel.

Binnen Frankeland wordt door middel van contactgesprekken tussen leidinggevende en arbeidsongeschikte geïnformeerd naar eventuele doktersbezoeken en herstel van arbeidsongeschikten. Bovendien wordt een volgend contactmoment afgesproken. Dit contact wordt telefonisch gelegd en vindt de eerste week om de twee dagen plaats. Kortom, zijn werknemers langer dan een week ziek, dan is er doorgaans al drie keer contact met de afdeling geweest.

Ook als medewerkers geen werkzaamheden kunnen verrichten, wordt hen doorgaans gevraagd bij Frankeland langs te komen en een praatje met de leidinggevende en collega’s te maken. Daarbij is de leidinggevende zich bewust van de waarde van het contact tussen leidinggevende en arbeidsongeschikte:

*“De ervaring leert dat als je niet regelmatig contact hebt met de zieke werknemer, het moeilijk blijkt om hen aan Frankeland te binden”.*²

Naast het houden van contact heeft het contactgesprek binnen Frankeland als doel om, indien nog niet bekend, de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid te achterhalen, en op de hoogte te blijven van het herstel van arbeidsongeschikten. Op basis van deze informatie kan dan een inschatting worden gemaakt van de te verwachten duur van het verzuim.

Tijdens de afwezigheid wordt de arbeidsongeschikte werknemer op de hoogte gehouden van de stand van zaken op het werk door middel van een nieuwsbulletin dat wordt toegezonden. In sommige gevallen kan de werknemer ook op belangstelling van de afdeling rekenen.

Het hervattingsgesprek

Met mensen die terugkomen op de werkplek wordt een hervattingsgesprek gehouden. In samenwerking met de bedrijfsarts wordt een opbouwschema opgesteld. Er wordt een inschatting gemaakt van het aantal uren dat iemand in staat is om arbeid te verrichten. Daarbij wordt de vinger aan de pols gehouden om het aantal uren af te stemmen op de belastbaarheid van de werknemer. Vervolgens wordt iemand doorverwezen naar de leidinggevende van de afdeling

² Bron: Respondent 1

om een hervattingsgesprek te hebben. In dat gesprek wordt zowel het opbouwschema in werkuren als het bijbehorende inhoudelijke stappenplan besproken.

Het verzuimgesprek

Het verzuimgesprek, in mijn onderzoek gedefinieerd als ‘het gesprek waarin de oorzaken van frequent verzuim en de mogelijkheden om tot een oplossing te komen worden onderzocht’, vindt binnen Frankeland één keer per jaar plaats. Er wordt een uitdraai gemaakt van alle werknemers die zich in dat jaar meer dan drie keer hebben ziek gemeld. Wie het verzuimgesprek afneemt is afhankelijk van het aantal ziekmeldingen van de medewerker. Bij drie ziekmeldingen per jaar krijgen werknemers een verzuimgesprek met de leidinggevende, bij 4 meldingen volgt een gesprek met Coördinator Algemene Zaken en bij 5 meldingen wordt een gesprek met de Manager Zorg en Verpleging gehouden. Het doel van dat gesprek is te onderzoeken welke oorzaak aan het verzuim ten grondslag ligt en te onderzoeken wat Frankeland kan doen om de werknemer zich ‘gezonder te laten voelen’. Bovendien wordt onderzocht wat de werknemer er toe kan bewegen om op een andere manier met hun ziekte om te gaan.

Bij het verzuimgesprek wordt de werknemer aan de hand van een formulier ondervraagd. Er wordt een analyse van het verzuim gemaakt op basis van een keuzelijst van oorzaken van het verzuim. Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt in een sociaal-medische oorzaken, oorzaken in de arbeidsinhoud, -omstandigheden, -voorwaarden, -verhoudingen of oorzaken in de privé-sfeer. Tevens worden eventuele toelichtingen, conclusies en afspraken genoteerd.

6.3.2 Variabele 1: MCRZ1

In het kader van deze variabele is het interessant om te vermelden dat in het verzuimprotocol, van toepassing op alle medewerkers van MCRZ, een aantal afspraken staat geformuleerd met betrekking tot de begeleiding van arbeidsongeschikte medewerkers door leidinggevendenden.

- De leidinggevende is te allen tijde verantwoordelijk voor de begeleiding van arbeidsongeschikte medewerkers. Hierbij kan de leidinggevende ondersteund worden door de bedrijfsarts of andere adviseurs van de afdeling Arbozorg.
- Tevens is de leidinggevende verantwoordelijk voor de begeleiding naar de werkplek van de arbeidsongeschikte werknemer.³

Zoals eerder aangegeven maak ik in mijn onderzoek een onderscheid tussen MCRZ1, bestaande uit de afdeling Chirurgie en het Brandwondencentrum, en MCRZ2, bestaande uit de afdelingen Gynaecologie, Obstetrie en de Kinderafdeling. In het vervolg van dit hoofdstuk zullen de handelwijzen van beide afdelingen apart worden onderzocht en vergeleken. Wanneer ik MCRZ echter analyseer aan de hand het verzuimprotocol, dan gelden de betreffende statuten en reglementen voor beide zorgeenheden, en valt op basis van die informatie geen onderscheid te maken.

Het ziekmeldingsgesprek

Ziekmelding door arbeidsongeschikten vindt binnen MCRZ zowel centraal, via een apart telefoonnummer, als bij de afdeling plaats. Indien de teamleider op dat moment niet aanwezig

³Bron: Verzuimprotocol MCRZ

is, wordt afgesproken dat diezelfde dag alsnog contact met hem of haar wordt opgenomen. In ongeveer 80% van de gevallen heeft de teamleider op de dag van de ziekmelding contact met de arbeidsongeschikte. Het doel van dit gesprek is het vastleggen van de melding en de reden van ziekmelding. Daarnaast wordt een inschatting gemaakt van de te verwachten duur van de afwezigheid en een volgend contactmoment afgesproken. Het protocol meldt bovendien dat de leidinggevende tijdens dit gesprek ook met de arbeidsongeschikte overlegt of anderen het werk moeten overnemen.

Afhankelijk van de aard van de ziekmelding beslist de leidinggevende zijn of haar volgende stap bij het ziekmeldingsgesprek. Bij psychische klachten wordt vaak door de leidinggevende hulp aangeboden, bij lichamelijke klachten wordt voornamelijk naar de bedrijfsarts doorverwezen.

Echter, onderzoek in het brandwondencentrum wijst op een gebrek aan consistentie binnen MCRZ1. Daar wordt niet direct bij de ziekmelding, maar na ongeveer 4 dagen vastgesteld of het om een langdurige arbeidsongeschiktheid gaat of niet. De vervolgactiviteiten hangen af van de persoon in kwestie. De medewerkers zijn bij de leidinggevendenden bekend en mede op basis van hun verzuimgeschiedenis wordt een inschatting gemaakt over de te verwachten duur. Bij diegenen die vaker ziek zijn wordt eerder actie ondernomen dan bij iemand die nooit ziek is.

“Ik ken de werknemers redelijk goed, en mede op basis daarvan maak ik een inschatting naar de te verwachten duur van hun verzuim. De ervaring leert dat bij bepaalde personen verzuim vaker voorkomt en wat langer duurt dan gemiddeld. Bij diegenen zal ik dan wat eerder actie gaan ondernemen. Bij iemand die daarentegen nooit ziek is zullen de klachten reëel zijn”⁴

Die actie bestaat, indien is vastgesteld dat het om langdurig verzuim gaat, uit doorverwijzing naar de arbo-arts of bedrijfsmaatschappelijk werker. Bij het opstellen van deze diagnose wordt nog niet gekeken naar de ernst of oorzaak van het verzuim. Ook met het oog op transitiewerk, wordt het oordeel van de bedrijfsarts afgewacht.

Het contactgesprek

Volgens het verzuimprotocol van MCRZ is de medewerker verantwoordelijk voor het op de hoogte houden van de leidinggevende van de voortgang van het herstel. Van de medewerker wordt verwacht dat regelmatig na de ziekmelding (telefonisch) contact met de leidinggevende wordt gelegd. Dat contact zal de eerste zes weken voornamelijk telefonisch plaatsvinden, waarbij de leidinggevende vooral aandacht zal besteden aan de medewerker en de arbeidsongeschiktheid. Na zes weken arbeidsongeschiktheid, maakt de leidinggevende een afspraak voor een huisbezoek. Ook tijdens dit huisbezoek zal de medewerker en de arbeidsongeschiktheid centraal staan en zal er informatie uitgewisseld worden over de ontwikkelingen op het werk.

Het protocol vermeldt bovendien dat bovenstaande het minimum met betrekking tot de contacten tussen leidinggevende en langdurig arbeidsongeschikte medewerkers betreft:

In veel gevallen zal er sprake zijn van vaker contact tussen de medewerker en leidinggevende, maar door deze contacten in het protocol op te nemen is wel gegarandeerd dat er contact tussen de arbeidsongeschikte medewerker en het MCRZ blijft.⁵

⁴Bron: Respondent 3

⁵Bron: Verzuimprotocol MCRZ

Binnen MCRZ1 hebben arbeidsongeschikten en de leidinggevendenden gedurende de eerste verzuimweek om de 2 dagen contact. Bij middellang en langdurig verzuim wordt er om de week contact gelegd. Bij ieder contact tussen leidinggevende en arbeidsongeschikte wordt een volgend contactmoment afgesproken. Volgens de zorgmanager kan het initiatief daartoe, en daarmee tevens de verantwoordelijkheid, bij beide partijen liggen. Dat is in strijd met het protocol, dat zoals eerder vermeld, de verantwoordelijkheid alleen bij de leidinggevende legt. Ook kan bij langdurig verzuim iemand anders van de afdeling contact met de arbeidsongeschikte leggen. Bij kortdurend verzuim is dit contact overwegend telefonisch, bij langdurig verzuim worden mensen uitgenodigd om op het werk langs te komen. Het uiteindelijke doel van deze handelswijze is logischerwijs een zo snel mogelijk terugkeer van de arbeidsongeschikte werknemer naar de werkvloer.

De middelen om dit doel te bereiken worden als volgt geformuleerd:

- Het tonen van belangstelling voor de situatie van de arbeidsongeschikte medewerker door de leidinggevende.
- De arbeidsongeschikten het gevoel geven nog altijd onderdeel van de organisatie uit te maken.

Echter, volgens de zorgmanager is het effect van deze middelen beperkt, omdat langdurig verzuim vaak een ernstige oorzaak heeft, en dus niet beïnvloedbaar is door leidinggevendenden. Respondent 3 voegt hier nog aan toe, dat tijdens ieder contactgesprek op individueel niveau wordt gepeild wat de mogelijkheden en onmogelijkheden van de arbeidsongeschikte zijn. Op basis daarvan worden vervolgens reïntegratieplannen gemaakt.

Het hervattingsgesprek

Als medewerkers zich in staat voelen het werk te hervatten, dan wordt van hen verwacht dat ze op eigen initiatief, deels of volledig, gaan werken. Daarvoor hoeft geen toestemming of opdracht van wie dan ook te worden afgewacht. Op basis van het verzuimprotocol dient de werknemer zich bij de afdeling Ziekmeldingen op uiterlijk de eerste dag van herstel beter te melden, ook als men die dag niet hoeft te werken. Daarnaast wordt van hen verwacht dat ze zich zo spoedig mogelijk bij de leidinggevende beter melden.

Het protocol meldt tevens dat als de medewerker een langere periode arbeidsongeschikt is geweest, de leidinggevende een werkhervattingsgesprek met de medewerker zal hebben. Er wordt dan mondeling of schriftelijk afspraken gemaakt over de wijze waarop het werk wordt hervat. Echter, onduidelijk blijft of hervattingsgesprekken binnen MCRZ1 ook als zodanig in de praktijk plaatsvinden:

*“Begeleiding bij terugkeer op de werkvloer zou intensiever kunnen. De waan van de dag gaat te snel weer verder”.*⁶

Indien arbeidsongeschikten een opbouwend werkschema hanteren, wordt bij hen wel geïnformeerd naar eventuele vorderingen, maar van een consistente aanpak bij terugkeer op de werkvloer lijkt geen sprake.

⁶Bron: Respondent 2

Daarentegen blijken juist bij het brandwondencentrum, onderdeel van MCRZ1, structureel hervattingsgesprekken plaats te vinden. Daarbij worden twee doelen geformuleerd:

- Het ondersteunen van de werknemer bij de terugkeer naar de werkvloer
- Het informeren van de leidinggevende over de mogelijkheden van de werknemer.

Zowel vóór als na de eerste dienst van de gereïntegreerde arbeidsongeschikte vindt er een kort gesprek tussen de leidinggevende en medewerker plaats. Daarin wordt de werknemer voorafgaand aan de eerste dienst op de hoogte gebracht van de stand van zaken op de werkvloer en wordt na afloop van die dienst kort geëvalueerd. Verloopt de reïntegratie goed, dan wordt de frequentie van evalueren afgebouwd. Gaat de terugkeer naar de werkvloer echter moeizaam, dan wordt wekelijks een gesprek gehouden met betrekking tot de reïntegratie.

Het verzuimgesprek

Zoals eerder vermeld worden verzuimgesprekken in mijn onderzoek gedefinieerd als 'gesprekken waarin wordt geprobeerd zowel de oorzaken van (frequent) verzuim te achterhalen, als samen met de werkgever tot een oplossing te komen' (Van Duijn, 1998).

In het verzuimprotocol van MCRZ staat vermeld, dat als de medewerker zich in het afgelopen jaar een aantal keren arbeidsongeschikt heeft gemeld, de leidinggevende de medewerker kan uitnodigen voor een gesprek over de reden van het verzuim. Een verzuimgesprek vindt plaats als de leidinggevende daar aanleiding toe ziet. De grens om over te gaan tot een verzuimgesprek met de medewerker ligt binnen MCRZ1 bij drie à vier meldingen per jaar. Tijdens dit gesprek wordt geïnformeerd naar de oorzaak van het verzuim en worden afspraken gemaakt met de leidinggevende. Deze noteert deze afspraken. De medewerker kan ook zelf een gesprek over het verzuim aangaan met de leidinggevende.

Is er echter sprake van een hoge verzuimfrequentie op een bepaalde afdeling, dan vindt een gesprek met een hele afdeling plaats, eventueel in aanwezigheid van de bedrijfsarts en de bedrijfsmaatschappelijk werker. Tijdens deze bijeenkomst wordt enerzijds gezamenlijk besproken wat ten grondslag ligt aan het hoge verzuim op de betreffende afdeling en wat er eventueel aan te doen is. Anderzijds wordt de afdeling geïnformeerd over de gevolgen van het ziekteverzuim voor de organisatie, zoals de kosten en organisatorische problemen. Dit moet leiden tot een groter bewustzijn van de consequenties van ziekteverzuim bij de werknemers. Echter, zulke gesprekken vinden niet vaak plaats; de afgelopen 2 jaar, 2 keer. Voorwaarde voor een groeps gesprek is namelijk dat een afdeling een bijzonder hoog verzuim heeft.

6.3.3 Variabele 1: MCRZ2

Het ziekmeldingsgesprek

Binnen MCRZ2 wordt door de leidinggevende tijdens het ziekmeldingsgesprek direct een inschatting gemaakt van de te verwachten duur, omdat er organisatorisch veel geregeld moet worden. Ook wordt gevraagd naar de oorzaak van het verzuim en een volgend contactmoment afgesproken. Men hoopt hierdoor dat de drempel om terug te keren naar het werk laag blijft.

Binnen MCRZ2 gaat men er van uit dat medewerkers op de hoogte zijn van de mogelijkheden die leidinggevendenden hebben tot het regelen van arbeidstherapeutische arbeid en eventueel vervangend vervoer. Op basis van deze aanname mag worden verondersteld dat deze

mogelijkheden alleen worden besproken als de medewerker er aanspraak op wenst te maken. De mogelijkheden tot transitiewerk worden in dit stadium nog niet besproken.

Het contactgesprek

Contactgesprekken vinden binnen MCRZ2 voornamelijk telefonisch plaats. Duurt het verzuim langer, dan wordt de medewerker op de werkplek uitgenodigd. Eventueel is het ook mogelijk dat de leidinggevenden bij de arbeidsongeschikten thuis komen. Bij het leggen van dit contact wordt echter geen afwachtende houding van de arbeidsongeschikte medewerker verwacht. Ook van de kant van de arbeidsongeschikte werknemer wordt in het kader van reïntegratie nadrukkelijk inzet en initiatief verwacht.

Ook bij deze zorgzaamheid hangt de frequentie van contactmomenten tussen leidinggevenden en arbeidsongeschikten af van de aard van de kwaal. Bij de verwachting dat het verzuim kortdurend is wordt af en toe telefonisch contact gelegd om te informeren hoe het gaat en wanneer iemand weer aan het werk kan. Bij langdurig verzuim wordt meer aandacht besteed aan de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid en de resterende mogelijkheden van de medewerker.

Naast het informeren van de leidinggevende door de arbeidsongeschikte, dient de leidinggevende de medewerker tijdens zijn of haar afwezigheid ook op de hoogte te houden van de gang van zaken op het werk. Dat vindt binnen MCRZ op verschillende manieren plaats. Medewerkers krijgen standaard een nieuwsbrief toegezonden, maar bij het brandwondencentrum krijgen medewerkers tevens notulen van vergaderingen toegezonden.

Het hervattingsgesprek

Werkhervatting vindt binnen MCRZ2 vaak ‘spelenderwijs’ plaats. Er wordt wel met enige regelmaat door de leidinggevende of collega’s geïnformeerd hoe het met de gereïntegreerde medewerker gaat, maar van een gestructureerd gesprek is geen sprake.

Het verzuimgesprek

Ook binnen MCRZ2 vinden verzuimgesprekken plaats. Indien werknemers meer dan drie keer per jaar verzuimen, komen zij eerst ter sprake tijdens het Sociaal Medisch Overleg om vervolgens te worden uitgenodigd voor een verzuimgesprek met de teamleider. Afhankelijk van de situatie is de zorgmanager ook bij dit gesprek aanwezig. In dat gesprek worden de verzuimcijfers, de oorzaak van het verzuim en eventuele oplossingen besproken. Hierbij komen ook de mogelijkheden tot eventuele werkaanpassing ter sprake.

6.3.4 Variabele 1: Conclusie

Naarmate meerdere soorten gesprekken worden gevoerd en met een hogere frequentie, leidt dat in mijn onderzoek tot de conclusie dat er sprake is van meer begeleiding en dus van meer Disability Management.

Op basis van de beschikbare informatie ben ik tot het volgende overzicht gekomen (tabel 6.1). De afzonderlijke onderdelen van deze variabele kunnen in mijn onderzoek gewaardeerd worden door middel van plussen en minnen. Een ‘+’ en ‘-’ houdt in dat de variabele voldoet respectievelijk niet voldoet aan de eisen die ik in mijn onderzoek stel aan verzuimbeleid in het kader van Disability Management. Een ‘+/-’ betekent tenslotte dat slechts gedeeltelijk is voldaan aan deze eisen.

Tabel 6.1 De begeleiding van arbeidsongeschikten door leidinggevenden

Gesprekken	Frankeland	MCRZ1	MCRZ2
Ziekmeldingsgesprekken	+	+/-	+
Contactgesprekken	+	+	+
Werkhervattingsgesprekken	+	+/-	+/-
Verzuimgesprekken	+	+	+

Op basis van Tabel 6.1 valt te concluderen dat, wat de begeleiding van arbeidsongeschikten betreft, Frankeland de meeste kenmerken van Disability Management hanteert, gevolgd door MCRZ2 en MCRZ1.

Leidinggevenden binnen Frankeland brengen, wat deze variabele betreft, de theorie van Disability Management grotendeels in de praktijk. Meteen na de ziekmelding wordt de aandacht gevestigd op wat de medewerker nog wel kan. Op basis van die resterende mogelijkheden wordt reïntegratie meteen in de praktijk gebracht, tenzij hun mogelijkheden echt te beperkt zijn. Maar ook dan wordt de medewerker door middel van de contactgesprekken op de voet gevolgd.

Binnen MCRZ1 is op basis van de informatieverzameling vast komen te staan dat er geen sprake is van consistent verzuimbeleid. Respondent 2 en 3 hebben elkaar met betrekking tot de ziekmeldingsgesprekken en werkhervattingsgesprekken tegengesproken. Ondank het feit dat respondent 3 werkhervattingsgesprekken met de werknemers houdt beoordeel ik dit onderdeel met een '+/-', omdat deze gesprekken daarentegen op de afdeling Chirurgie niet plaatsvinden.

De '+/-' binnen MCRZ2 is te wijten aan het feit dat werknemers na terugkeer op de werkvloer weliswaar worden opgevangen, maar er geen sprake is van een structureel gesprek tussen de medewerker en de leidinggevende.

Met betrekking tot de begeleiding van arbeidsongeschikten door leidinggevenden, formuleer ik ten slotte ook enkele problemen zoals die op basis van mijn informatieverzameling naar voren zijn gekomen.

1. *De verwachtingen van leidinggevende en medewerker met betrekking tot reïntegratie kunnen verschillen.*

Leidinggevenden zien de werknemer natuurlijk het liefst zo snel mogelijk weer op de werkvloer. Echter, het herstel van arbeidsongeschikten verloopt nu eenmaal niet altijd zo voorspoedig als de leidinggevende graag zou willen. Dit verschil van inzicht tussen leidinggevenden en arbeidsongeschikten met betrekking tot de reïntegratie kan leiden tot verstoorde onderlinge relaties. Het gevolg hiervan kan zijn dat het ziekteverzuim hierdoor juist langer dan noodzakelijk duurt door een gebrek aan motivatie of vertrouwen bij de medewerker.

Voor de oplossing voor dit probleem verwijs ik naar hoofdstuk 3. Daarin werd beschreven dat er een gedegen inschatting door de arbo-arts dient plaats te vinden, om de mogelijkheden en capaciteiten te kunnen vaststellen van de uitgevallen persoon. Vervolgens moeten van een groot aantal functies de taakeisen, taakinhoud en taakbelasting bekend zijn, teneinde een optimale afstemming tussen persoon en werk mogelijk te maken. Indien beide partijen van een deskundig advies op dit gebied worden voorzien, kunnen problemen als gevolg van de verschillende verwachtingen voorkomen worden.

2. De begeleiding van arbeidsongeschikten kost voor de leidinggevende veel tijd..

Met name de begeleiding van langdurig arbeidsongeschikten in combinatie met frequent verzuim door stress, onrust of frustratie blijkt veel van de leidinggevendenden te vragen. Dit tijdsgebrek heeft tot gevolg dat leidinggevendenden niet iedere arbeidsongeschikte de tijd en aandacht kunnen schenken die ze nodig hebben om zo spoedig mogelijk te reïntegreren.

Uit de theorie van DM blijkt, dat voor de uitvoering van het beleid een aantal rollen essentieel zijn, die niet allemaal door één persoon hoeven te worden vervuld. De rollen van eindverantwoordelijke, resultaatbewaker, regelaar, adviseur en netwerker kunnen door meerdere personen worden vervuld, mits ze een consistent geheel vormen. Als gevolg van het delen van taken die samengaan met reïntegratie zou de leidinggevende genoeg tijd moeten hebben om zijn eigen onderdeel goed te vervullen.

3. Een onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling kan leiden tot een gebrek aan initiatief bij arbeidsongeschikten .

De verantwoordelijkheidsverdeling bij ziekteverzuim binnen MCRZ ligt vastgelegd in het verzuimprotocol. Zoals in paragraaf 6.3.2 beschreven, blijkt de leidinggevende binnen MCRZ ten alle tijden verantwoordelijk voor de begeleiding van arbeidsongeschikte werknemers en hun terugkeer naar de werkvloer. Echter, het protocol maakt ook melding van een gezamenlijke verantwoordelijkheid die de leidinggevende en medewerker samen hebben in het kader van het verzuimbeleid. Daarbij wordt de medewerker verantwoordelijk gehouden voor het op de hoogte houden van de leidinggevende.

Deze vermeldingen zijn in mijn ogen onvolledig, onduidelijk en bovendien tegenstrijdig. Onduidelijk blijft wat er precies van leidinggevendenden en arbeidsongeschikten mag en moet worden verwacht. Deze onduidelijkheid kan in de praktijk tot vervelende situaties leiden.

“Het is mijn plicht om arbeidsongeschikten van alles aan te bieden. Als deze echter aanbiedingen afwijzen omdat ze de wijzigingen niet leuk vinden, dan moet er desondanks tot een oplossing worden gekomen”.⁷

Duidelijkheid omtrent het verantwoordelijkheidsvraagstuk kan worden verschaft door de regelgeving, geformuleerd in de Wet Verbetering Poortwachter (Wvp). Daarin staat vastgesteld dat niet alleen de inspanningen van leidinggevendenden van belang zijn voor de reïntegratie, maar ook die van arbeidsongeschikten zelf. Aan de hand van het reïntegratieverslag wordt namelijk door de UWV beoordeeld of door beide partijen voldoende reïntegratie-inspanningen zijn verricht. Door arbeidsongeschikten te wijzen op hun verantwoordelijkheid kan een doorbraak in het reïntegratieproces worden geforceerd.

6.4 Variabele 2: de bereidheid tot werkaanpassing van de werksituatie

Zoals in hoofdstuk 3 al is geconstateerd, staat binnen Disability Management de terugkeer naar werk in een zo vroeg mogelijk stadium centraal. De eerste stappen binnen een dergelijke aanpak bestaan uit het zoeken, dan wel creëren van een tijdelijke werkplek waar de uitgevallen werknemer in een zo vroeg mogelijk stadium weer aan de slag kan. Om dat te bereiken, moet er ten eerste een gedegen inschatting plaatsvinden, om de mogelijkheden en capaciteiten te kunnen

⁷ Bron: respondent 1

vaststellen van de uitgevallen persoon. Vervolgens moeten van een groot aantal functies de taakeisen, taakinhoud alsmede de taakbelasting bekend zijn, teneinde een optimale afstemming tussen persoon en werk mogelijk te maken.

De bereidheid tot aanpassing van de werksituatie blijkt in mijn onderzoek uit het soort aanpassingen dat binnen een organisatie plaatsvindt en de frequentie daarvan. Interessant in dit verband is om te toetsen of leidinggevenden zich aan de verplichtingen houden zoals die in de Wet Verbetering Poortwachter (Wvp) en de Wet Rea zijn geformuleerd. Zoals in hoofdstuk 2 vermeld, heeft de werkgever namelijk de verplichting om zijn arbeidsongeschikte werknemers passende arbeid te laten verrichten. 'Passende arbeid' wordt in de wet omschreven als:

'alle arbeid die voor de krachten en bekwaamheden van werknemer is berekend, tenzij aanvaarding om redenen van lichamelijke, geestelijke of sociale aard niet van hem kan worden gevergd'.

Zoals vermeld in hoofdstuk 5 maak ik daarbij een onderscheid tussen vijf verschillende werkaanpassingen, gebaseerd op de methode Paswerk. Deze werkaanpassingen zijn achtereenvolgens gericht op: *kennis en vaardigheden, werk- en rusttijden, taakinhoud en organisatie, werkhouding in het algemeen en chemisch, fysische of sociale omgeving.*

Aan de hand van interviews met leidinggevenden zal blijken of deze werkaanpassingen binnen een organisatie plaatsvinden. Per onderzoekseenheid zal ik zowel een oordeel geven over de mogelijkheid tot werkaanpassingen (Ja of Nee), als aangeven met welke frequentie zich een bepaalde werkaanpassing in onderlinge verhouding met andere werkaanpassingen voordoet. Dit zal ik doen aan de hand van de indicatoren 'Weinig', 'Soms' of 'Vaak'.

6.4.1 Variabele 2: Frankeland

Werkaanpassingen gericht op *kennis en vaardigheden* hangen binnen Frankeland af van de mogelijkheden om passend werk voor arbeidsongeschikten te vinden. Indien zij hun eigen taak blijvend niet meer kunnen vervullen, en ook geen andere passende functie voor hen gevonden kan worden, wordt hen incidenteel gevraagd een opleiding in een andere richting te volgen. Daarbij is het wel van belang dat diegene de andere functie zelf ambieert.

Werkaanpassingen gericht op *werk- en rusttijden* komen binnen Frankeland voor. Er wordt in dit verband voornamelijk rekening gehouden met het totaal aantal uren dat deze medewerkers werkt en het duur van hun diensten.

Echter, de meest voor de hand liggende oplossing voor arbeidsongeschiktheid binnen Frankeland wordt gezocht in werkaanpassingen gericht op *taakinhoud en organisatie*. Er zijn in dat kader 'Arbeidstherapeutische Werkzaamheden' gecreëerd. Deze werkzaamheden zijn echter geen vrijblijvende werkzaamheden. Het verzuimprotocol meldt dat in principe iedere zieke werknemer geschikt is om de werkzaamheden te verrichten voor het aantal overeengekomen werkuren. Door reïntegratieplaatsen voor heel Frankeland aan te wijzen, hebben alle locaties mogelijkheden om zieke medewerkers weer aan de slag te krijgen. Als er twijfel is omtrent de mogelijkheden wordt de arbo-arts geraadpleegd.

Kortom, gedeeltelijk arbeidsongeschikten blijven in dienst bij de werkgever en dat betekent dat er passend werk gezocht moet worden. Aangezien Frankeland aan de herplaatsingsverplichting moet voldoen, benoemen zij een aantal werkplekken, die door de aard van het werk geschikt

kunnen zijn voor mensen met beperkte mogelijkheden. Werkplekken die daarvoor in aanmerking komen zijn:

- gastvrouw
- administratief medewerker
- medewerker dagverzorging / dagbehandeling
- assistent activiteitenbegeleider / assistent linnenkamer

De werkplekken zijn ‘doorstroomplaatsen’ waar de zieke medewerker weer langzaam kan wennen aan werken. Het soort doorstroomplaats waar iemand terecht komt is uiteraard afhankelijk van iemands resterende mogelijkheden, maar ook wordt gekeken naar een functie die bij iemand persoonlijkheid past. Bovendien is het belangrijk dat een werknemer zelf met de wijze van reïntegratie instemt. De leidinggevende kan daarbij eventueel morele dwang uitoefenen om arbeidsongeschikten terug op de werkvloer te krijgen, maar van een verplichting is geen sprake.

De lichamelijke en geestelijke mogelijkheden tot een doorstroomplaats worden afgestemd met de bedrijfsarts. De bedoeling is dat de medewerker maximaal 3 maanden gebruik maakt van de doorstroomplaats. Daarna wordt er van de werknemer verwacht dat weer meer eigen taken worden opgepakt. Het komt namelijk voor dat de werknemer de nieuwe werkplek beter waardeert, waardoor het moeilijk wordt terug te keren naar de oude werkplek, terwijl de doorstroomplaats bestemd is voor een eventuele andere zieke medewerker. Ook kunnen deze plaatsen preventief worden benut, door frequent zieken al voordat zij langdurig uitvallen, tijdelijk een andere functie aan te bieden.

Werkaanpassingen gericht op *werkhouding in het algemeen* komen binnen Frankeland voor, maar dan vooral in preventieve zin. Er worden wel eens aanpassingen gedaan, maar men probeert vooral dergelijke klachten te vermijden door tijdig te voldoen aan de eisen die het werk wat dit betreft stelt.

Aanpassingen gericht op *chemische, fysische of sociale omgeving* tenslotte, zijn binnen Frankeland niet mogelijk. De behoefte daaraan is er tot nu toe ook nog niet geweest.

Tabel 6.2 maakt overzichtelijk welke werkaanpassingen binnen Frankeland mogelijk zijn en met welke frequentie zij plaatsvinden.

Tabel 6.2 Werkaanpassingen Frankeland

Werkaanpassingen	Mogelijkheid	Frequentie
Kennis en vaardigheden	Ja	Weinig
Werk- en rusttijden	Ja	Vaak
Taakinhoud en organisatie	Ja	Vaak
Werkhouding	Ja	Soms
Chemische, fysische of sociale omgeving	Nee	N.v.t.

6.4.2 Variabele 2: MCRZ1

Volgens het verzuimprotocol van MCRZ mogen arbeidsongeschikten onder bepaalde omstandigheden werken. De arbodienst en/of de leidinggevende geven hier, afhankelijk van de mate van arbeidsongeschiktheid, toestemming voor. Ook kan het zijn dat de bedrijfsarts aangepast werk adviseert. De arbeidsongeschikte dient dit advies met de leidinggevende te bespreken. Aangepast werk wordt binnen MCRZ als volgt gedefinieerd:

*“Arbeid die de arbeidsongeschikte ondanks de ziekte kan verrichten, zonder dat dit een negatieve invloed heeft op het herstel”.*⁸

Daarnaast maakt het verzuimprotocol melding van werk op *arbeidstherapeutische* basis. Hiermee wordt bedoeld dat de arbeidsongeschikte wel gaat werken maar desondanks ziek gemeld blijft. Het werken op arbeidstherapeutische basis, werken maar ziek gemeld blijven, is bedoeld om de reïntegratie van een (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte medewerker te bevorderen. Tijdens het Sociaal Medisch Overleg (SMO) wordt onderzocht of het werken op arbeidstherapeutische basis aansluit bij de beperkingen van een medewerker. Het kan echter ook als middel dienen om te onderzoeken of een medewerker geschikt is (te maken) voor eventuele passende arbeid. Het is een instrument dat slechts een korte periode wordt gebruikt. Het protocol meldt dat het werknemers meestal beter bevalt om eerst voor een beperkt aantal uren (maar dan ook echt voor die uren beter gemeld) terug te keren naar het werk.

In de praktijk komen de mogelijkheden tot werkaanpassing binnen MCRZ1 pas in een laat stadium aan de orde. Bovendien is het niet altijd de leidinggevende die daar over beslist. Leidinggevendens ervaren het als lastig om zelf een inschatting te maken en laten hun oordeel daarom afhangen van de bedrijfsarts.

Respondent 3 merkt in dat verband op dat er uitstekend contact is tussen het brandwondencentrum en de arbo-afdeling:

*“Er is nauw contact tussen de teamleider, de bedrijfsarts, bedrijfsmaatschappelijk werker en de psycholoog. De lijnen zijn erg kort, waardoor goede zaken kunnen worden gedaan en goede afspraken kunnen worden gemaakt over eventuele werkaanpassing”.*⁹

De belangrijkste afwegingen van leidinggevendens met het oog op transitiewerk binnen MCRZ1 zijn:

- de vermoedelijke duur van het verzuim
- de noodzakelijkheid van de eventuele werkaanpassing
- de kosten en opbrengsten van de eventuele werkaanpassing

Indien de vermoedelijke duur van de afwezigheid van de arbeidsongeschikte is gediagnosticeerd, en de daarbij behorende mogelijkheden en onmogelijkheden zijn vast komen te staan, worden vervolgstappen ondernomen. Met betrekking tot deze variabele wordt, indien een werknemer een blijvende aandoening heeft, werkaanpassing direct overwogen.

⁸Bron: Verzuimprotocol MCRZ

⁹Bron: Respondent 3

Werkaanpassingen gericht op *kennis en vaardigheden* vinden binnen MCRZ1 plaats, al is het niet vaak. Er is wel eens iemand omgeschoold van een staande naar een zittende functie, en ook komen kleine ‘huisopleidingen’ in dit verband incidenteel voor.

Vaker worden aanpassingen gedaan met het oog op *werk- en rusttijden*. Arbeidsongeschikten die terugkomen op de werkvloer werken vaak met een opbouwend urenschema.

Ook bestaat de mogelijkheid tot het aanpassen van de *taakhoud en organisatie*. Met name een werknemer die door omstandigheden een zware tijd doormaakt wordt uit een verantwoordelijke dienst gehaald.

De mogelijkheden tot aanpassingen, gericht op *werkhouding*, zijn binnen MCRZ1 daarentegen beperkt en vinden daarom slecht op beperkte schaal plaats. De meeste werkzaamheden worden staand uitgevoerd, waardoor het vaak onmogelijk blijkt daar aanpassingen aan te doen. Is een dergelijke aanpassing wel mogelijk en voor werknemers noodzakelijk voor het uitvoeren van hun werkzaamheden, dan wordt daar wel iets aan gedaan.

“Als een dergelijke werkaanpassing een voorwaarde is om te kunnen werken, dan vind ik dat je dat als leidinggevende verplicht bent dat voor elkaar te krijgen”.¹⁰

Daar heeft respondent 3 volkomen gelijk in. Zoals beschreven in Hoofdstuk 2, is de werkgever namelijk op grond van artikel 8 Wet Rea verplicht ervoor te zorgen dat een werknemer die wegens ziekte of gebrek niet in staat is de bedongen arbeid te verrichten, in zijn bedrijf weer aan de slag kan in aangepaste eigen, of andere passende arbeid. Opvallend is echter, dat respondent 3 zich eerder *moreel* dan *wettelijk* verplicht voelt tot het doen van deze werkaanpassingen.

Voor aanpassingen gericht op de *chemische, fysische of sociale omgeving* geldt in principe hetzelfde. Binnen MCRZ1 bestaat bijna overal de mogelijkheid, alleen vinden ze op zeer kleine schaal plaats. Binnen het Brandwondencentrum vinden ze echter niet plaats omdat ze daar wat betreft klimaat gebonden zijn aan een bepaalde voorschriften.

Tabel 6.3 geeft een overzicht van de werkaanpassingen binnen MCRZ1.

Tabel 6.3 Werkaanpassingen MCRZ1

Werkaanpassingen	Mogelijkheid	Frequentie
Kennis en vaardigheden	Ja	Weinig
Werk- en rusttijden	Ja	Vaak
Taakhoud en organisatie	Ja	Weinig
Werkhouding	Ja	Soms
Chemische, fysische of sociale omgeving	Ja*	Weinig

*Niet mogelijk in het brandwondencentrum

Op basis van tabel 6.3 valt te constateren dat er binnen MCRZ1 een beperkt aantal werkaanpassingen heeft plaatsgevonden. In feite zijn alle aanpassingen theoretisch wel mogelijk, maar door een gebrek aan alternatieve werkplekken en werkzaamheden blijken met name werkaanpassingen, gericht op de houding of de omgeving van het werk in de praktijk moeilijk te bewerkstelligen.

¹⁰Bron: Respondent 3

6.4.3 Variabele 2: MCRZ2

Binnen MCRZ2 komt werkaanpassing meestal pas in een later stadium aan de orde. Zodra de reïntegratie tijdens de contactgesprekken in zicht komt worden plannen gemaakt om het werk weer te hervatten. Men ziet dit als verplichting. Respondent 4 is zich dus bewust van de eisen die de wetgeving aan leidinggevendenden stelt.

De teamleider brengt de werkhervatting regelmatig in overleg met de Zorgmanager ter sprake, omdat deze een beter overzicht heeft van de mogelijkheden binnen de organisatie. Eventueel kan dan navraag worden gedaan bij andere Zorgmanagers. Over het resultaat van eventuele werkaanpassingen wordt af en toe navraag gedaan. Bij grote aanpassingen wordt daarnaast ook een reïntegratieplan opgesteld.

Binnen MCRZ2 hangt de aanpassing van de werksituatie hoofdzakelijk af van de kosten die ermee gemoeid zijn en de motivatie van de arbeidsongeschikte om weer aan het werk te gaan.

Omdat alle werkaanpassingen uit eigen zak betaald moeten worden moet binnen MCRZ2 nauwkeurig worden afgewogen of het laten terugkeren van een medewerker op een aangepaste werkplek rendabel is. Meestal geeft de medische situatie van de medewerker en het advies van de bedrijfsarts de doorslag in die beslissing.

In de praktijk komen werkaanpassingen, gericht op *kennis en vaardigheden* binnen MCRZ2 komen zelden voor. Er is één keer een werknemer overgestapt van de verpleging naar de administratie.

Werk- en rusttijden worden incidenteel aangepast wanneer een arbeidsongeschikte medewerker reïntegreert. Net zoals bij MCRZ1 wordt er dan een opbouwend schema opgesteld.

Aanpassingen gericht op *taakhoud en organisatie* zijn binnen MCRZ2 in principe mogelijk. De zorgmanager benadrukt in dit verband de verplichting van leidinggevendenden tot het aanbieden van onder andere deze werkaanpassingen. Echter, ook binnen deze zorgenheid zijn slechts een beperkt aantal andere taken te vervullen, waardoor deze aanpassing in de praktijk zelden mogelijk is. Vaak wordt dan in samenwerking met de afdeling Personeelszaken naar een andere oplossing gezocht.

De aanpassingen met betrekking tot de *werkhouding* gaan vaak in overleg met de arbo-arts. Bovendien is er een aantal keren werkplekonderzoek gedaan en is de leidinggevende naar aanleiding daarvan van een advies voorzien. Daaruit mag worden afgeleid dat deze aanpassingen, net als binnen Frankeland, voornamelijk preventief plaatsvinden.

Aan aanpassingen gericht op *chemische, fysische of sociale omgeving* tenslotte is zelden behoefte. Indien die behoefte bestaat, dan vindt ook in dit geval overleg plaats met de arbo-afdeling. In tabel 6.4 zijn de uitkomsten van deze variabele voor MCRZ2 weergegeven.

Tabel 6.4 Werkaanpassingen MCRZ2

Werkaanpassingen	Mogelijkheid	Frequentie
Kennis en vaardigheden	Ja	Weinig
Werk- en rusttijden	Ja	Soms
Taakhoud en organisatie	Ja	Weinig
Werkhouding	Ja	Soms
Chemische, fysische of sociale omgeving	Ja	Weinig

Uit tabel 6.4 is af te lezen dat binnen MCRZ2 de mogelijkheden tot werkaanpassing in principe aanwezig zijn, maar er in de praktijk weinig gebruik van wordt gemaakt.

6.4.4 Variabele 2: Conclusie

Tot slot dient met betrekking tot deze variabele te worden onderzocht wat bovenstaande informatie nu concreet betekent met het oog op de aan- of afwezigheid van Disability Management. Per organisatie is duidelijk geworden of de mogelijkheid bestaat tot de verschillende werkaanpassing en met welke frequentie ze het afgelopen jaar hebben plaatsgevonden. Beide elementen zijn voor de beoordeling van de aanwezigheid van Disability Management binnen de organisatie van belang. Indien de mogelijkheid van een aanpassing binnen de organisatie bestaat en er bovendien regelmatig gebruik van wordt gemaakt, dan resulteert dat in een '+'. Bestaat de mogelijkheid tot een aanpassing maar vindt deze in de praktijk vrijwel niet plaats, dan beoordeel ik deze aanpassing binnen die organisatie met een '+/-'.

De beoordeling met een '-' dient tenslotte nader te worden toegelicht. Indien er binnen een organisatie een bepaalde werkaanpassing niet mogelijk is, terwijl daar op basis van de informatieverzameling geen goed excuus voor aan te voeren is, beoordeel ik dit met een '-'. Worden de mogelijkheden tot werkaanpassingen binnen een organisatie daarentegen door externe factoren, zoals bijvoorbeeld wetgeving, beperkt, dan zal dit een organisatie niet worden aangerekend in de beoordeling.

Tabel 6.5 De bereidheid tot aanpassing van de werksituatie

Aanpassingen	Frankeland	MCRZ 1	MCRZ 2
Kennis en Vaardigheden	+/-	+/-	+/-
Werk- en Rusttijden	+	+	+/-
Taakinhoud en Organisatie	+	+/-	+/-
Werkhouding	+/-	+	+
Ch., Fys. of Soc. omgeving	-	+/-	+/-
Geïntegreerd in beleid	+	-	-

Tabel 6.5 laat zien dat er wat betreft de bereidheid tot werkaanpassing nogal wat onderlinge verschillen tussen de afdelingen bestaan. Iedere afdeling past, voornamelijk gedwongen door de beperkte mogelijkheden, een ander soort aanpassingen toe. Maar indien de beoordelingen per afdeling bij elkaar worden opgeteld, valt op basis van die uitkomst weinig onderscheid in de aanwezigheid van Disability Management te maken.

Om dat onderscheid tussen de verschillende organisaties toch zichtbaar te maken, dient rekening te worden gehouden met de wijze waarop werkaanpassing als onderdeel van de reïntegratiemaatregelen is geïntegreerd in het verzuimbeleid.

Wat in dat verband extra benadrukt dient te worden, is dat alleen binnen Frankeland transitiewerk een structureel onderdeel van het reïntegratiebeleid uitmaakt. In principe krijgt iedere arbeidsongeschikte medewerker binnen Frankeland een speciaal gecreëerde vervangende werkplek aangeboden. Juist dit element doet mij concluderen dat, wat deze variabele betreft,

binnen Frankeland de meeste kenmerken van DM te constateren zijn. Temeer omdat deze integratie binnen MCRZ1 en MCRZ2 ontbreekt.

De positieve beoordeling van MCRZ1 en 2 wat betreft de aanpassing van de werkhouding is enerzijds te danken aan een goede samenwerking tussen leidinggevenden en de arbo-afdeling binnen MCRZ inzake aanpassing van werkhouding en anderzijds aan de regelmatige werkplekonderzoeken die binnen MCRZ plaatsvinden.

Aan de hand van de beschikbare informatie vallen enkele problemen met betrekking tot deze variabele te constateren:

1. De mogelijkheden tot werkaanpassing zijn vaak beperkt.

Vanwege het feit dat vrijwel alle werknemers in de onderzochte organisaties de hele dag moeten staan, zijn de mogelijkheden tot aanpassingen, gericht op zowel de *werkhouding in het algemeen* als *taakhoud en organisatie*, met name binnen MCRZ1 beperkt. Werknemers die terugkeren na verzuim, of die, ongeacht de oorzaak, een zware periode doormaken worden meestal uit verantwoordelijke diensten gehaald, of krijgen extra begeleiding. Een collega kan bijvoorbeeld wel helpen bij het uitvoeren van bepaalde taken, maar dat brengt een verandering in de relatie tussen beiden, die in de praktijk tot spanning kan leiden.

Eerder in dit hoofdstuk is geconstateerd dat Frankeland zich wat werkaanpassing betreft vooral richt op verandering van taakhoud. Daarvoor zijn speciale 'doorstroomplaatsen' benoemd, waar arbeidsongeschikten langzaam weer kunnen wennen aan werk. Gezien beide organisaties werken in dezelfde sector en de werkzaamheden vergelijkbaar zijn, zou het apart creëren van dergelijke functies ook binnen MCRZ tot een oplossing kunnen leiden.

2. Er ontbreekt een 'overstijgende visie' bij de verschillende zorgeenheden..

Dit organisatorische probleem hangt sterkt samen met het eerder geformuleerde probleem. Om effectief DM-beleid in een organisatie van de grond te kunnen krijgen moet binnen de organisatie het reïntegratiebeleid gestructureerd en afgestemd worden op de eisen van snelle interventies. Een belangrijke constatering met betrekking tot deze variabele is dat dit binnen MCRZ niet het geval is. Er bestaat een sterke behoefte aan een soort databank. Daaruit moet enerzijds blijken op welke afdeling wat voor soort arbeidskrachten nodig zijn en anderzijds overzichtelijk worden welke werknemers tijdelijk beschikbaar zijn voor bepaalde functies.

"Vaak zijn de mogelijkheden beperkt omdat je de oplossing op de eigen afdeling moet vinden. De bereidheid in de totale organisatie om een zieke medewerker over te nemen is er te weinig. Het opnemen van een gedeeltelijk arbeidsongeschikte wordt toch als een probleem ervaren. Ik heb iemand die zou telefoniste moeten worden, maar ik heb geen telefonistes in dienst. Ik mis dan wel eens de overstijgende visie".¹¹

Interessant in dit verband zijn de in hoofdstuk 2 beschreven verplichtingen die de Wet Rea aan leidinggevenden stelt. Indien er in het eigen bedrijf van de werkgever geen mogelijkheden tot reïntegratie zijn voor de werknemer, dient de werkgever ervoor te zorgen dat de werknemer in het bedrijf van een andere werkgever aan de slag kan. Deze ruimere reïntegratietaak is met ingang van 1 januari 2003 op elke werkgever van toepassing geworden. Op basis van deze informatie wordt daar binnen MCRZ1 dus geen gehoor aan gegeven.

¹¹Bron: Respondent 2

Volgens respondent 3 ligt de beperkte doorstroom van arbeidsongeschikten naar andere afdelingen aan de bezwaren die de medewerkers daar zelf tegen maken:

*“Plaatsing op een andere afdeling voelt voor werknemers alsof ze worden weggestopt. Ze krijgen het idee dat ze niet goed genoeg voor de afdeling worden bevonden en daarom ergens anders worden gestopt. Het wordt als iets negatiefs gezien. Bovendien hebben mensen die hier werken heel specifiek voor brandwondenzorg gekozen, dus willen niet graag naar een andere afdeling”.*¹²

3. De reïntegratie van arbeidsongeschikten blijft de keuze van de medewerker zelf

Uit het vorige probleem bleek al dat de houding van medewerkers ten opzichte van een werkaanpassing van invloed is op het in de praktijk brengen ervan. Daarmee kunnen leidinggevenden in een lastig pakket worden gebracht. Een medewerker moet namelijk zelf met zijn of haar reïntegratie instemmen, want van een verplichting daartoe door de leidinggevende is geen sprake.

*“Je kunt als leidinggevende alleen morele dwang uitoefenen. Je kunt mensen namelijk niet verplichten, want dan zit je in een strijdsituatie tussen werkgever en werknemer en daar schiet niemand wat mee op”.*¹³

Daarmee hebben leidinggevenden het succes van reïntegratie-inspanningen niet volledig in eigen hand.

Maar niet alleen door leidinggevenden wordt druk uitgeoefend. Zoals vermeld, controleert het UWV aan de hand van reïntegratieverslagen of er door medewerkers (en leidinggevenden) voldoende inspanningen met betrekking tot hun reïntegratie zijn verricht.

4. De financiële mogelijkheden tot werkaanpassingen zijn vaak beperkt.

Werkzaamheden kosten geld. Echter, iedere zorginstelling is gebonden aan een bepaald budget. Indien een leidinggevende geconfronteerd wordt met een groot tekort aan personeel door verzuim, dan zijn de financiële mogelijkheden om dat gat op te vullen vaak beperkt. De consequentie daarvan kan zijn dat de druk die door de leidinggevende op de arbeidsongeschikte medewerker wordt gelegd om zo snel mogelijk weer aan het werk te gaan te groot wordt. De verstoorde relatie tussen beiden kan door een gebrek aan vertrouwen of medeleven vervolgens leiden tot een langere verzuimduur dan noodzakelijk.

Met het oog op de toekomst zijn er vanwege voortdurende bezuinigingen in de zorgsector geen verbeteringen op financieel gebied te verwachten.

6.5 Variabele 3: de stijl van leidinggeven

De stijl van leidinggeven wordt in mijn onderzoek getoetst aan de hand van de theorie van Hersey. Zoals aangegeven in het voorgaande hoofdstuk dient te worden vastgesteld in welke mate binnen een organisatie sprake is van *situationeel leiderschap*. De mate waarin de mate van sturing en ondersteuning door leidinggevenden wordt aangepast aan het competentieniveau van de medewerker, is in mijn onderzoek bepalend voor de mate van DM binnen een organisatie.

¹²Bron: Respondent 3

¹³Bron: Respondent 1

Naarmate de repons binnen een organisatie een grotere variatie laat zien, leidt dat tot de conclusie dat er door de leidinggevende meer aanpassingen aan het competentieniveau worden gedaan. Deze variatie wordt afgeleid uit de mate waarin de respondenten verschillen in hun beantwoording van stellingen in het kader van *sturing* en *ondersteuning*. De beantwoording kan uiteenlopen van ‘zeer eens’ (ZE) tot ‘zeer oneens’(ZO).

Het onderzoeken van de mate van sturing door leidinggevendens richt zich op de algemene situatie binnen een organisatie en niet speciaal op de periode van arbeidsongeschiktheid. Het onderzoeken van de mate van ondersteuning richt zich daarentegen wel op deze periode.

Voordat ik overga tot de verslaggeving van de data-analyse van variabele 3, moet ik meedelen dat binnen alle drie de onderzoekseenheden een teleurstellend aantal respondenten de vragenlijst heeft geretourneerd. Binnen Frankeland heb ik vier van de in totaal dertig uitgedeelde vragenlijsten terug ontvangen (13,3 %), binnen MCRZ1 zeven van de in totaal veertig verzonden vragenlijsten (17,5%) en binnen MCRZ2 zeven van de in totaal 30 verzonden vragenlijsten (23 %). Kortom, van de in totaal 100 verstuurde vragenlijsten zijn er in totaal 17 retour gezonden. Naar aanleiding van deze respons heb ik tevens geprobeerd de respondenten via het internet te bereiken, maar zonder het gewenste resultaat. Daarmee komt de non-respons wat dit onderdeel van mijn onderzoek betreft op 83 procent.

Ik ben mij terdege bewust van het feit dat het doen van wetenschappelijke uitspraken over een bepaalde organisatie een representatief aantal respondenten vereist. Helaas ben ik door middel van mijn dataverzameling niet tot dat aantal gekomen. De oorzaak voor dit resultaat is mij onbekend. Wellicht is de bereidheid tot beantwoording bij respondenten minder groot geweest dan ik bij voorbaat had gehoopt en verwacht. Ook de toezeggingen van contactpersonen binnen de betreffende organisaties deden geenszins vermoeden dat zich wat de respons betreft problemen zouden voordoen. Desondanks zal ik de informatie, zoals deze uit de retour gezonden vragenlijsten naar voren komt, in deze paragraaf presenteren.

6.5.1 Variabele 3: Frankeland

Binnen Frankeland blijkt dat leidinggevendens in geringe mate variatie in hun mate van sturing en ondersteuning brengen. Uit de respons kan worden opgemaakt dat in het kader van de *sturing* door de leidinggevende, de taken en verantwoordelijkheden voor iedere medewerker precies zijn geformuleerd, ongeacht hun competentieniveau. Alleen het precies formuleren van werkwijzen door leidinggevendens levert verdeeldheid onder de respondenten op. De helft van hen geeft aan dat deze precies worden voorgeschreven.

Tabel 6.6 Mate van sturing Frankeland

Sturing:	ZE	E	O	ZO
Mijn leidinggevende geeft precies aan wat mijn <i>taken</i> zijn	0	4	0	0
Mijn leidinggevende geeft precies aan wat mijn <i>verantwoordelijkheden</i> zijn	0	3	1	0
Mijn leidinggevende geeft precies aan wat mijn <i>bevoegdheden</i> zijn	0	3	1	0
Mijn <i>werkwijze</i> wordt door de leidinggevende precies voorgeschreven	0	2	2	0

Ook in het kader van *ondersteuning* door leidinggevendenden kan worden opgemerkt dat de respondenten binnen Frankeland eensgezind zijn. Uit de beantwoording van de respondenten blijkt dat alleen hervattingsgesprekken door leidinggevendenden niet consequent worden gehouden en leidinggevendenden niet altijd even veel aandacht besteedt aan arbeidsongeschiktheid. Echter, de verdere ondersteuning door de leidinggevende tijdens de arbeidsongeschiktheid, zoals het regelmatig informeren hoe het met de medewerker gaat en het bespreken van mogelijkheden tot werkhervatting, vindt bij vrijwel alle respondenten consequent plaats.

Uit de beschikbare informatie kan worden afgeleid dat er binnen Frankeland slechts in beperkte mate sprake is van situationeel leiderschap. De beantwoording door de respondenten wijst erop, dat er sprake is van een standaard behandeling van arbeidsongeschikten door leidinggevendenden. Het competentieniveau van de medewerker is daarmee niet of slechts weinig van invloed op de mate van sturing en ondersteuning door de leidinggevende. Leiderschap binnen Frankeland kenmerkt zich daarmee meer door standaardisatie dan door flexibiliteit.

6.5.2 Variabele 3: MCRZ1

De mate van variatie onder de respondenten binnen MCRZ1 is in vergelijking met Frankeland groter. In het kader van sturing door leidinggevendenden, valt op dat het formuleren van de bevoegdheden van de medewerkers niet consistent plaatsvindt. Ook het voorschrijven van taken en verantwoordelijkheden roept verdeeldheid onder de respondenten op.

Deze bevindingen sluiten aan bij de eerdere conclusie met betrekking tot variabele 1, de begeleiding van arbeidsongeschikten door leidinggevendenden. Ook toen kwam al vast te staan dat binnen MCRZ1 geen consistent verzuimbeleid wordt gevoerd, maar per leidinggevende verschilt.

Tabel 6.7 Mate van sturing MCRZ1

Sturing:	ZE	E	O	ZO
Mijn leidinggevende geeft precies aan wat mijn <i>taken</i> zijn	0	2	4	1
Mijn leidinggevende geeft precies aan wat mijn <i>verantwoordelijkheden</i> zijn	0	2	4	1
Mijn leidinggevende geeft precies aan wat mijn <i>bevoegdheden</i> zijn	0	3	3	1
Mijn <i>werkwijze</i> wordt door de leidinggevende precies voorgeschreven	0	1	3	3

Ook wat betreft de *ondersteuning* door leidinggevendenden houden de medewerkers van MCRZ1 er verschillende opvattingen op na. Er wordt door de leidinggevendenden alleen consistent een inschatting gemaakt van de ernst van arbeidsongeschiktheid en een poging gedaan om de oorzaak van het verzuim weg te nemen. De overige componenten van ondersteuning, zoals het bespreken van de mogelijkheden tot werkhervatting en het houden van een hervattingsgesprek door de leidinggevende, vinden daarentegen niet standaard plaats.

Dit leidt in mijn onderzoek tot de conclusie dat binnen MCRZ1 sprake is van een behoorlijke mate van situationeel leiderschap. De onderlinge verdeeldheid van de respondenten wijst op een diversiteit aan benaderingen van medewerkers door leidinggevendenden. Iedere medewerker krijgt een andere mate van sturing en ondersteuning, wat wijst op een flexibele stijl van leidinggeven.

6.5.3 Variabele 3: MCRZ2

Tabel 6.8 Mate van sturing MCRZ2

Sturing:	ZE	E	O	ZO
Mijn leidinggevende geeft precies aan wat mijn <i>taken</i> zijn	2	2	3	0
Mijn leidinggevende geeft precies aan wat mijn <i>verantwoordelijkheden</i> zijn	2	3	2	0
Mijn leidinggevende geeft precies aan wat mijn <i>bevoegdheden</i> zijn	3	1	3	0
Mijn <i>werkwijze</i> wordt door de leidinggevende precies voorgeschreven	1	3	1	2

Van de drie onderzochte afdelingen is de grootste diversiteit in het kader van de stijl van leidinggeven te vinden binnen MCRZ2. De beantwoording van de stellingen met betrekking tot de *sturing* en de *begeleiding* door leidinggevendenden levert een zeer gedifferentieerd beeld op. In sommige gevallen worden taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en werkwijzen precies gedefinieerd, in andere gevallen juist helemaal niet. Ook de *ondersteuning* van arbeidsongeschikten door leidinggevendenden is onderling zeer verschillend.

Dit leidt tot de conclusie dat er binnen MCRZ2 sprake is van een flexibele stijl van leidinggeven. Daarmee voldoet MCRZ2 aan de eisen die worden gesteld aan situationeel leiderschap.

6.5.4 Variabele 3: Conclusie

Tabel 6.6 geeft de resultaten, zoals die uit de beschikbare informatie naar voren zijn gekomen, schematisch weer. Indien binnen een organisatie sprake is van variatie in de wijze van leidinggeven wordt dit beoordeeld met een '+'. Indien deze variatie slechts gedeeltelijk is waargenomen, beoordeel ik dit met een '+/-'. Een '-' wijst logischerwijs op het ontbreken van deze variatie.

Tabel 6.9 De stijl van leidinggeven

	Frankeland	MCRZ1	MCRZ2
Variatie in sturing	+/-	+/-	+
Variatie in ondersteuning	-	+	+

Zoals duidelijk uit tabel 6.9 blijkt, zijn binnen Frankeland de minste kenmerken van situationeel leiderschap waar te nemen en binnen MCRZ2 de meeste.

6.6 Variabele 4: de houding van leidinggevendenden ten opzichte van ziekteverzuim

De houding van leidinggevendenden ten opzichte van ziekteverzuim is in mijn onderzoek onder te verdelen in de *acceptatie* van het verzuim enerzijds, en de *bereidheid tot hulp* door de leidinggevende anderzijds. Naarmate leidinggevendenden meer voldoen aan de kenmerken die horen bij een 'helpende en eisende' houding, dat wil zeggen een lage acceptatie van verzuim in

combinatie met een hoge bereidheid tot hulp, leidt dat in mijn onderzoek tot de conclusie dat er sprake is van meer Disability Management binnen de organisatie.

Om de betrouwbaarheid bij het onderzoeken van deze variabele te vergroten, heb ik niet alleen de leidinggevenden ondervraagd, maar ook medewerkers stellingen voorgelegd. Zowel leidinggevenden als gereïntegreerde arbeidsongeschikten moeten aangeven in welke mate een bepaalde verzuimreden door de leidinggevende geaccepteerd zal worden.

De bereidheid tot hulp blijkt zowel uit het aantal en het soort gesprekken tussen leidinggevenden en medewerkers, zoals dat is vastgesteld in paragraaf 6.2., als uit een aparte vragenronde met de leidinggevenden en medewerkers. De laatstgenoemde groep zal wederom middels een vragenlijst aangeven in hoeverre ze het eens of oneens zijn met stellingen over de bereidheid tot hulp van hun leidinggevenden.

Ik heb voor deze opzet gekozen, omdat het enerzijds de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede komt, en anderzijds meer inzicht verschaft in de overeenkomsten en verschillen tussen leidinggevenden en werknemers inzake reïntegratiebegeleiding en de daarbij behorende houding van leidinggevenden.

6.6.1 Variabele 4: Frankeland

Binnen Frankeland wordt ziekmelding enkel geaccepteerd als de werknemer zich beroerd voelt. Indien een werknemer zich 'niet helemaal fit voelt', wordt verzuim om deze reden in principe niet geaccepteerd, maar is er wel ruimte voor onderhandeling over eventuele vervangende werkzaamheden. In alle overige gevallen wordt ziekteverzuim niet geaccepteerd.

*'Doen je armen en benen het nog? Dan zie ik je over een half uur op je werk!'*¹⁴

Tabel 6.10 geeft een overzicht van de acceptatie van verzuim binnen Frankeland. De stellingen met betrekking tot de acceptatie van verzuim zijn ontleend aan een onderzoek van Van den Maagdenberg¹⁵.

Tabel 6.10 Acceptatie verzuim Frankeland

Verzuimreden	Zeër eens	Eens	Oneens	Zeër oneens
'Niet helemaal fit zijn'			X	
'Er even genoeg van hebben'				X
'Thuis niet weg kunnen'				X
'Balen van het werk'				X
'Gewoon even iets leuks willen'				X
'Zich beroerd voelen'		X		
'Geen zin om te werken hebben'				X
'Geen verlof kunnen krijgen'				X
'Privé-redenen'				X

¹⁴Bron: Respondent 1

¹⁵Bron: Van den Maagdenberg, 2002

Een interessante constatering is, dat medewerkers binnen Frankeland de acceptatie door hun leidinggevend anders inschatten. Indien hen identieke stellingen worden voorgelegd, dan blijken zij van mening dat de verzuimredenen ‘zich niet fit voelen’ of ‘privé-redenen’ ook door hun leidinggevend zal worden geaccepteerd.

Arbeidsongeschikten kunnen eventueel worden ondersteund in de privé-sfeer. Onder andere het opvangen van kinderen of het verlenen van een voorschot op het salaris aan mensen met financiële problemen behoren binnen Frankeland tot de mogelijkheden.

Wat betreft de houding van leidinggevend ten opzichte van verzuim wordt door respondent 1 benadrukt dat leidinggevend geen oordeel dienen te vormen over ziekteverzuim. Arbeidsongeschiktheid dient puur zakelijk te worden bekeken. Van iemand die zich ziek meldt, is hoofdzakelijk van belang wat diegene nog kan en niet kan. De opdracht van leidinggevend is een arbeidsongeschikte medewerker zo snel mogelijk weer aan het werk te krijgen door de resterende capaciteiten van arbeidsongeschikten volledig te benutten.

Tenslotte is men er binnen Frankeland van overtuigd dat de wijze van leven en de manier waarop iemand met zijn of haar belastbaarheid omgaat, bepalend is voor iemands verzuimgedrag. Mensen met een ongezonde levensstijl worden daar binnen Frankeland dan ook op aangesproken. Personeel met een ongezonde levensstijl wordt geadviseerd gebruik van te maken van de in Frankeland aanwezige fitnessruimte.

Ten slotte komt de lage acceptatie van verzuim binnen Frankeland ook naar voren wanneer respondent haar eigen houding ten opzichte van verzuim typeert:

“Ziek zijn is vaak een keuze. Veel mensen die ziek zijn hebben een ongezonde manier van leven. Je kunt ook voor gezond kiezen!”¹⁶

Uit de beantwoording van vragenlijsten door medewerkers valt op te maken dat zij van mening zijn dat hun leidinggevende een ‘helpende’ en ‘ondersteunende’ houding heeft ten opzichte van hun ziekteverzuim. Bovendien bevestigen zij dat hun leidinggevende hen in de privé-sfeer ondersteunt. Er is sprake van een vertrouwensrelatie en de gezondheidsproblemen zijn over het algemeen goed bespreekbaar. Deze houding ten opzichte van ziekteverzuim heeft volgens het merendeel van de medewerkers invloed gehad op de beperking van de verzuimduur.

6.6.2 Variabele 4: MCRZ1

Indien iemand zich binnen MCRZ1 arbeidsongeschikt meldt, wordt standaard geïnformeerd naar de reden van het verzuim. Op basis daarvan wordt een inschatting gemaakt van de ernst van de arbeidsongeschiktheid en wordt een keuze gemaakt inzake de acceptatie van het verzuim.

Zo wordt ziektemelding door leidinggevend geaccepteerd indien de werknemer zich beroerd voelt. Ook als de werknemer zich ‘niet helemaal fit’ voelt wordt dit als reden van verzuim door respondent 2 in principe geaccepteerd. Deze acceptatie door de leidinggevende is echter wel sterk afhankelijk van de geschiedenis van de medewerker in kwestie en de oorzaak van het verzuim. Respondent 3 ziet het wat dit betreft anders:

¹⁶Bron: Respondent 1

*“Als een werknemer niet lekker in zijn of haar vel zit, dan moet iemand toch aan het werk omdat ik de afdeling hier draaiende moet houden. Als het dan echt niet gaat, dan moet je men zich alsnog ziek melden en eventueel naar de bedrijfsarts gaan”.*¹⁷

Verzuim vanwege het feit dat iemand ‘gewoon even iets leuks wil’ of omdat hij of zij ‘geen verlof kan krijgen’, wordt daarentegen per definitie niet geaccepteerd. Tabel 6.11 geeft een overzicht van de acceptatie van verzuim binnen MCRZ1.

Tabel 6.11 Acceptatie verzuim MCRZ1

Verzuimreden	Zeer eens	Eens	Oneens	Zeer oneens
‘Niet helemaal fit zijn’		X		
‘Er even genoeg van hebben’			X	
‘Thuis niet weg kunnen’			X*	
‘Balen van het werk’		X		
‘Gewoon even iets leuks willen’			X	
‘Zich beroerd voelen’		X		
‘Geen zin om te werken hebben’			X	
‘Geen verlof kunnen krijgen’				X
‘Privé-redenen’			X*	

*niet als ziekteverzuim maar wel als calamiteitenverlof geaccepteerd

Indien verzuim samenhangt met de situatie op het werk (‘balen van het werk’), dan kan dat eventueel geaccepteerd worden.

*“Een ziekmeldingsgesprek is bij ons eigenlijk geen ziekmeldingsgesprek maar een arbeidsverzuimgesprek. Verzuim om arbeidsgerelateerde redenen kan echter net zo acceptabel zijn als een ernstige ziekte”.*¹⁸

In het geval iemand thuis even niet wegkan of privé-redenen heeft voor verzuim, dan wordt iemand doorgaans de tijd gegund orde op zaken te stellen. Vervolgens wordt diegene verzocht zo snel mogelijk weer contact op te nemen met de teamleider. Vaak gaat het dan wel om calamiteitenverlof of dient iemand vrije dagen op te nemen en is er dus in principe geen sprake van ziekteverzuim. Dat geldt voor beide zorgeenheden.

Wanneer deze uitkomst wordt vergeleken met die van medewerkers zelf, dan valt op dat medewerkers en respondent 2 binnen MCRZ1 op één lijn zitten wat betreft de acceptatie van verzuim. Er zijn vrijwel geen verschillen tussen beide partijen waargenomen. Indien deze wel zijn geconstateerd, zijn deze in mijn ogen te wijten aan het feit dat respondent 2 de kans heeft gekregen om zijn acceptatie met betrekking tot bijvoorbeeld ‘arbeidsgelateerd verzuim’ toe te lichten. Zo zal de verzuimreden ‘balen van het werk’ volgens medewerkers zelf niet geaccepteerd zal worden, terwijl respondent 2 duidelijk heeft aangegeven waarom hij dat in sommige gevallen wel zal accepteren.

¹⁷Bron: Respondent 2

¹⁸Bron: Respondent 2

De ondersteuning in de privé-sfeer door de leidinggevende beperkt zich binnen MCRZ1 tot het bieden van de mogelijkheid om persoonlijke problemen op te lossen. De teamleider zelf doet in principe geen pogingen om het probleem van de medewerker op te lossen. Indien vervolghulp noodzakelijk of wenselijk is, dan kan de leidinggevende er wel voor zorgen dat de medewerker met de juiste personen in contact komt.

De pogingen die worden ondernomen om de verzuimhouding van het personeel te beïnvloeden, bestaan enerzijds uit het jaarlijkse verzuimgesprek dat de leidinggevende met de werknemer houdt. Zoals eerder vermeld, is het doel daarvan, de werknemers bewust te maken van hun eigen verzuimgedrag. Daarnaast vinden ook afdelingsbijeenkomsten plaats, waarbij de verzuimcijfers van een hele afdeling worden besproken. Binnen het brandwondencentrum is daarbij ook wel eens de bedrijfsarts uitgenodigd om de verzuimcijfers te bespreken en uit te leggen wat de financiële en organisatorische consequenties van dat verzuim precies zijn.

In het merendeel van de gevallen is er sprake van vertrouwen tussen de leidinggevende en de medewerker. Incidenteel blijkt het voor teamleiders wel moeilijk een balans te vinden tussen hun rol van coach enerzijds en de rol van werkgever anderzijds. Teamleiders staan als leidinggevende natuurlijk negatief over ziekmeldingen van hun personeel, maar tegelijkertijd wordt van hen verwacht dat ze ondersteunend en positief zijn. Het gevoel teleurgesteld te worden door een werknemer blijkt soms ten koste te gaan van vertrouwen tussen werkgever en werknemer.

Respondent 2 typeert zijn houding ten opzichte van ziekteverzuim als ‘hard maar sociaal’. Hij benadrukt dat hij verzuim voornamelijk vanuit de rol van de werkgever bekijkt, en minder vanuit de rol van begeleider of coach, wat leidt tot een harde opstelling ten opzichte van medewerkers en hun verzuim.

Respondent 3 merkt tenslotte op dat hij, met betrekking tot zijn houding ten opzichte van ziekteverzuim, vooral moeite heeft om sommige gevallen van arbeidsongeschiktheid te accepteren. Deze moeite komt volgens hem tot uitdrukking in zijn houding.

*“Het kan mij irriteren als iemand zich ziek meldt, maar ik ben wel bereid om tot een oplossing te komen. Die irritatie komt voort uit het feit dat ik de mensen inmiddels goed ken. Bij bepaalde werknemers ontdek je dan een bepaalde tendens in het aantal ziekmeldingen en redenen van ziekmeldingen. Dit kan tot irritatie bij mij leiden. Mijn eigen eisen en grenzen om me ziek te melden liggen erg hoog, dus dat verwacht ik dan van de medewerkers ook”.*¹⁹

Respondent 3 wijst in dit verband wel op de averechtse werking die deze houding tot gevolg kan hebben. Als een arbeidsongeschikte het gevoel krijgt niet serieus te worden genomen, terwijl de klachten van serieuze aard zijn, dan heeft dat zowel invloed op de verzuimduur van de arbeidsongeschikte als op de relatie tussen de arbeidsongeschikte en de leidinggevende. Daarom worden de twijfels door de teamleider meestal niet uitgesproken, maar laat hij ze eerder ‘doorschemeren’.

De meningen onder medewerkers wat betreft de ondersteuning van de leidinggevende in de privé-sfeer, zijn verdeeld. Ongeveer de helft van de ondervraagden vindt dat dit wel plaatsvindt, de andere helft vindt van niet. Ook bestaat onenigheid over de vraag of de leidinggevende pogingen onderneemt om de verzuimhouding van de medewerker te beïnvloeden. Over het algemeen is men het er wel over eens dat de leidinggevende een ‘helpende’ en ‘ondersteunende’

¹⁹ Bron: Respondent 3

houding heeft ten opzichte van hun ziekteverzuim, maar deze houding heeft volgens hen echter geen invloed op hun verzuimduur gehad.

6.6.3 Variabele 4: MCRZ2

Ook binnen MCRZ2 wordt verzuim alleen geaccepteerd als de werknemer 'zich beroerd voelt'. In vergelijking met de resultaten binnen MCRZ1, is respondent 4 echter stilliger in zijn antwoorden. Hij is het relatief vaak 'zeer oneens'. Bovendien wordt ziekteverzuim indien de werknemer zich 'niet helemaal fit voelt' binnen MCRZ2, in tegenstelling tot de andere afdelingen, helemaal niet geaccepteerd. Wel worden 'privé-problemen' en 'thuis niet weg kunnen' door de leidinggevende gerespecteerd en kunnen mensen in dat geval calamiteitenverlof opnemen. Tabel 6.12 geeft de acceptatie van verzuim binnen MCRZ2 schematisch weer.

Tabel 6.12 Acceptatie verzuim MCRZ2

Verzuimreden	Zeers eens	Eens	Oneens	Zeers oneens
'Niet helemaal fit zijn'			X	
'Er even genoeg van hebben'				X
'Thuis niet weg kunnen'			X*	
'Balen van het werk'				X
'Gewoon even iets leuks willen'				X
'Zich beroerd voelen'		X		
'Geen zin om te werken hebben'				X
'Geen verlof kunnen krijgen'				X
'Privé-redenen'			X*	

*Niet als ziekteverzuim maar wel als calamiteitenverlof geaccepteerd

Wanneer men deze uitkomsten vergelijkt met de resultaten van de medewerkers, dan blijkt dat de veronderstelde acceptatie van verzuim sterk overeen komt. De medewerkers zijn weliswaar minder uitgesproken in hun ideeën over de acceptatie dan de leidinggevende, maar over het algemeen kan gesteld worden dat binnen MCRZ2 eensgezindheid bestaat over de acceptatie van verzuim.

Binnen MCRZ2 wordt door leidinggevend en gepoogd de verzuimhouding van het personeel te beïnvloeden door middel van verzuimgesprekken tussen leidinggevend en arbeidsongeschikten. Het doel hiervan is om mensen bewust te maken van hun verzuimgedrag, met als gewenst gevolg dat de drempel van personeel om zich ziek te melden hoger wordt en arbeidsongeschikten eerder weer aan het werk gaan. Ook bestaat de kans dat mensen eerder naar hun leidinggevende gaan om eventuele problemen bespreken.

Respondent 4 formuleert zijn houding ten opzichte van ziekteverzuim als 'laagdrempelig, bereidwillig, flexibel en empatisch, open en eerlijk'. Arbeidsongeschikten worden wel door hem op hun verzuimgedrag aangesproken, maar naar zijn mening in een goede sfeer.

Uit de beantwoording van de vragenlijsten door medewerkers van MCRZ2 blijkt dat de meningen op sommige onderdelen van de verzuimhouding sterk verschillen. Zo blijkt ondersteuning in de privé-sfeer niet consequent plaats te vinden. Daarentegen is er volgens een meerderheid van de ondervraagden wel sprake van een vertrouwensrelatie tussen hen en de leidinggevende en zijn de gezondheidsproblemen over het algemeen goed bespreekbaar. De medewerkers zijn van mening dat hun leidinggevende een ‘helpende’ en ‘ondersteunende’ houding ten opzichte van verzuim heeft. Echter, er bestaat wel verdeeldheid over de vraag of deze houding invloed heeft op hun verzuimduur.

6.6.4 Variabele 4: Conclusie

Binnen Frankeland heb ik een hoge acceptatiegrens van verzuim en een grote bereidheid tot hulp bij de leidinggevendenden geconstateerd. Arbeidsongeschikte werknemers worden gestimuleerd om hun problemen op te lossen en de leidinggevende neemt een positieve verzuimhouding aan. Omdat Frankeland wat dit betreft voldoet aan de kenmerken van DM heb ik beide onderdelen in het kader van de houding van leidinggeven met een ‘+’ beoordeeld.

Binnen MCRZ1 is sprake van een lagere acceptatiegrens van ziekteverzuim en vinden er bovendien minder gesprekken tussen leidinggevendenden en medewerkers plaats. De gesprekken die op afdelingsniveau worden gehouden zijn zeker positief te waarderen, maar uiteindelijk is de bereidheid tot hulp bij leidinggevendenden in vergelijking met Frankeland minder.

De acceptatiegrens binnen MCRZ2 tenslotte is hoog. Net als binnen Frankeland wordt ziekteverzuim alleen geaccepteerd als men zich beroerd voelt. De bereidheid tot hulp is zeker aanwezig gezien de kwaliteit en kwantiteit van de gesprekken tussen leidinggevendenden en medewerkers, maar een extra inspanning door leidinggevendenden ontbreekt.

Tabel 6.13 De houding van leidinggevendenden t.o.v. ziekteverzuim

	Frankeland	MCRZ1	MCRZ2
Acceptatie	+	+/-	+
Bereidheid tot hulp	+	+/-	+/-

Aan de hand de beschikbare informatie zijn met betrekking tot de acceptatie van verzuim door de leidinggevende enkele kanttekeningen te plaatsen:

1. Arbeidsongeschiktheid is voor leidinggevendenden altijd moeilijk te accepteren.

Welke oorzaak er ook aan arbeidsongeschiktheid ten grondslag ligt, verzuim blijkt voor leidinggevendenden vrijwel altijd moeilijk te accepteren. Uit de informatieverzameling blijken verschillende redenen ten grondslag aan een moeilijke acceptatie te liggen:

- Sommige leidinggevendenden geven aan dat indien zij met iedere kwaal van hun personeel rekening zouden moeten houden, er geen rooster meer zou kunnen worden samengesteld.
- Sommige leidinggevendenden zijn van mening dat ziek zijn de eigen keuze van de medewerker is. Hun (ongezonde) manier van leven heeft zijn weerslag op hun functioneren binnen de organisatie.
- Sommige leidinggevendenden komen tot de conclusie dat werknemers doorgaans lagere grenzen en eisen stellen bij het ziekmelden dan zichzelf.

2. Een hoge acceptatiegrens bij leidinggevendenden kan averechts werken

Aan de mate van acceptatie van verzuim gaat een paradoxale afweging door leidinggevendenden vooraf. Enerzijds moet een leidinggevende ervoor zorgen dat zijn afdeling goed blijft functioneren en is daarom genoodzaakt om grenzen aan de acceptatie van verzuim te stellen om van voldoende arbeidskrachten verzekerd te blijven. Het opvullen van alle werkplekken zou volgens leidinggevendenden een lastige opgave worden indien iedere aandoening bij medewerkers zou leiden tot ziekteverzuim.

Tegelijkertijd wordt van iedere werknemer volledige inzet en inspanning verwacht en is er geen ruimte voor 'gekwakkel'.

*“Of je bent beter en je werkt, of je bent ziek en je kan niet werken”.*²⁰

De vraag of dit tot een oplossing van het probleem leidt, lijkt hier gelegitimeerd. Een hoge acceptatiegrens van ziekteverzuim kan 'gekwakkel' onder medewerkers juist in de hand werken. Indien namelijk van werknemers volledige inzet wordt verwacht, ondanks het feit dat ze lichamelijk of psychisch niet fit zijn, bestaat de kans dat de klachten zich blijven voordoen of zelfs verergeren, waardoor ziekteverzuim alsnog onafwendbaar wordt.

3. Leidinggevendenden hebben ten aanzien van arbeidsongeschikten tegenstrijdige rollen.

Uit de gesprekken met de respondenten komt naar voren dat zij moeilijkheden ondervinden wanneer zij arbeidsongeschikten op hun verantwoordelijkheden ten opzichte van de organisatie moeten wijzen. Dat probleem ontstaat doordat de leidinggevende twee rollen tegelijkertijd moet vervullen, namelijk de rol van collega en coach enerzijds, en de rol van werkgever en eindverantwoordelijke anderzijds. Het kan dus voorkomen dat vanuit het perspectief van de arbeidsongeschikte begrip en steun wordt verwacht terwijl in het belang van de organisatie een strenge en kordate houding van de leidinggevende beter past.

4. Ook de houding van de arbeidsongeschikte werknemers is voor reïntegratie van belang.

Uit paragraaf 6.2.3 bleek al dat bij de begeleiding door leidinggevendenden ook initiatief van arbeidsongeschikten mag worden verwacht. Aan de basis hiervan ligt de verantwoordelijkheid die medewerkers hebben ten opzichte van de organisatie.

De Wvp heeft als doel, de reïntegratie van arbeidsongeschikten te bevorderen door werkgever en werknemer samen verantwoordelijk te maken, waarbij de Arbodienst als adviseur optreedt. Kortom, leidinggevendenden en werknemers worden gedwongen samen over ziekte en arbeidsongeschiktheid te praten.

Op basis van de verzamelde informatie lijken de meeste leidinggevendenden zich bewust van deze wettelijke verplichting tot gedeelde verantwoordelijkheid. Ze benadrukken het belang van de houding die arbeidsongeschikten ten opzichte van hun reïntegratie aannemen en proberen hen te wijzen op hun verantwoordelijkheden.

*“Je hebt als werkgever een verplichting ten opzicht van de werknemer, maar andersom heeft de werknemer ook bepaalde verplichtingen ten opzichte van de leidinggevende. Werknemers zijn een contract aangegaan, dan moet je ook proberen zoveel uur per week te werken”.*²¹

²⁰Bron: Respondent 3

²¹Bron: Respondent 3

Er moet dus een evenwicht worden gevonden tussen het begrip voor de kwetsbare situatie van arbeidsongeschikten en de verwachting dat zij actief met hun verzuim omgaan.

*“Arbeidsongeschikten moeten niet in een slachtofferrol afwachten totdat de organisatie alles voor hun regelt. Zij mogen ook initiatief nemen en gewezen worden op hun verantwoordelijkheden, om actief met hun arbeidsongeschiktheid om te gaan. De arbeidsongeschiktheid is ook hun probleem”.*²²

6.7 De verzuimcijfers

Om uiteindelijk uitspaken te kunnen doen over het effect van Disability Management binnen organisaties, zal tenslotte de verzuimduur, in mijn onderzoek de afhankelijke variabele, worden behandeld. Bovendien zullen de gemiddelde meldingsfrequentie en verzuimpercentage ook worden meegenomen in de beschouwing van het verzuimgedrag binnen organisaties.

De verzuimduur kan worden onderverdeeld in *kortdurend* verzuim (1 tot 7 dagen), *middellang* verzuim (8 tot 43 dagen) en *langdurig* verzuim (44 tot 365 dagen). De verzuimcijfers binnen de verschillende onderzoekseenheden zijn in tabel 6.14 weergegeven.

Tabel 6.14 Verzuimcijfers

Verzuimcijfers 2004	Frankeland	MCRZ 1*	MCRZ2*	Gem. Zorg ²³
Gem. meldingsfrequentie	1,34	2,08	2,09	1,52
Gem. verzuimpercentage	3,79	4,68	3,84	5,7
Gem. Verzuimduur:				
% kort verzuim	0,78	1,27	1,32	-
% middellang verzuim	0,97	1,01	0,98	-
% lang verzuim	2,04	2,17	1,33	-

*Verzuimcijfers binnen MCRZ worden per cluster samengesteld

Wanneer deze verzuimcijfers worden vergeleken met de gemiddelde verzuimcijfers in de totale Zorgsector, dan valt op dat de verzuimcijfers van alle drie de afdelingen relatief gunstig zijn. De meldingsfrequentie ligt bij MCRZ1 en MCRZ2 wel iets hoger.

Uit tabel 6.11 valt af te lezen dat de gemiddelde meldingsfrequentie binnen Frankeland duidelijk lager is dan binnen beide afdelingen van MCRZ. Bovendien is het gemiddelde verzuimpercentage binnen Frankeland het laagste van de drie onderzoeksgebieden. Van dit verzuimpercentage neemt het langdurig verzuim het grootste gedeelte in beslag, en kort verzuim het kleinste gedeelte.

Met betrekking tot MCRZ1 valt op dat zowel de gemiddelde meldingsfrequentie als het gemiddelde verzuimpercentage duidelijk hoger ligt dan bij Frankeland. Het verzuimpercentage is veruit het hoogste van de drie afdelingen. Ook binnen MCRZ1 is het percentage langdurig verzuim het hoogst, gevolgd door middellang verzuim en kort verzuim.

²²Bron: Respondent 2

²³Bron: www.vernet.nl

Binnen MCRZ2 is de gemiddelde meldingsfrequentie ongeveer gelijk aan die van MCRZ1 en is het gemiddelde verzuimpercentage vergelijkbaar met het percentage binnen Frankeland. Opvallend in vergelijking met de andere twee afdelingen is, dat het percentage kort verzuim en lang verzuim binnen MCRZ2 ongeveer gelijk zijn, waarbij het percentage lang verzuim aanzienlijk lager is dan bij de andere twee afdelingen.

Tot besluit van dit hoofdstuk wil ik nog een korte toelichting geven op het verzamelen van de verzuimcijfers binnen MCRZ. Zoals eerder aangegeven, beheert MCRZ zelf de eigen verzuimstatistieken en wordt de arbodienst bij het opstellen van deze statistieken niet betrokken. Dat houdt in dat ik dus via de contactpersonen binnen MCRZ de betreffende informatie moest verwerven. Vanwege het feit dat MCRZ een ander beheersysteem van verzuimcijfers hanteert dan binnen de arbodienst gebruikelijk is, blijken de resultaten van beide organisaties moeilijk vergelijkbaar. De verzuimcijfers binnen MCRZ worden namelijk per cluster weergegeven. Dat houdt in dat er geen cijfers over de gemiddelde verzuimduur per afdeling bekend zijn, maar enkel van een bundeling van afdelingen. Echter, de afdelingen waar ik onderzoek heb gedaan vertegenwoordigen wel het hoofdbestanddeel van een cluster, maar absolute betrouwbaarheid inzake deze beschikbare verzuimcijfers kan ik dus niet garanderen.

Wel is deze gang van zaken binnen MCRZ een bevinding op zich, ook al heb ik het beheer van verzuimcijfers niet als variabele in mijn onderzoek opgenomen. Maar het feit dat er geen specifieke verzuimstatistieken voor iedere afdeling binnen MCRZ bestaan, leidt tot de conclusie dat het verzuimbeleid op dit gebied tekort schiet. Om verzuimbeleid goed te kunnen afstemmen op de situatie binnen een bepaalde afdeling, is het noodzakelijk om precies te weten wat het verzuimgedrag binnen de afdeling is.

7. CONCLUSIES

7.1 Inleiding

Na alle resultaten van mijn data-analyse te hebben gepresenteerd, is het zaak om de informatie te kanaliseren en terug te koppelen naar het uiteindelijke doel van het onderzoek, de beantwoording van de probleemstelling.

Maar daaraan voorafgaand wil ik nogmaals benadrukken dat het trekken van conclusies op basis van de beschikbare informatie slecht in beperkte mate wetenschappelijk verantwoord is. Daar ligt een aantal redenen aan ten grondslag:

- Een vergelijkend onderzoek tussen drie verschillende afdelingen levert slecht op beperkte schaal informatie op over de situatie in de hele zorgsector, laat staan over organisaties in het algemeen.
- In de praktijk is het moeilijk gebleken om het onderzoek aan de *ceteris paribus*-conditie te laten voldoen. Dat houdt in dat het gelijk houden van de overige omstandigheden bij het onderzoeken van de afdelingen is nagestreefd, maar niet kon worden gegarandeerd. Bij de keuze van de afdelingen is uiteraard wel rekening gehouden met de branche en de grootte van de organisatie.
- De teleurstellende respons op het uitdelen van de vragenlijsten stelt mij niet in staat harde uitspraken te doen over de invloed van situationeel leiderschap en de houding van de leidinggevenden op de verzuimduur.

Deze beperkingen doen echter niets af aan het feit dat mijn onderzoek ook nuttige en bruikbare informatie heeft opgeleverd. Mijn onderzoeksmethode heeft een aantal geschikte aanknopingspunten geboden voor het in kaart brengen van verzuimbeleid binnen organisaties, en in het specifiek Disability Management. Het verdient echter aanbeveling om het onderzoek op grotere schaal uit te voeren om met een grotere betrouwbaarheid uitspraken te kunnen doen over Disability Management.

In het vervolg van dit hoofdstuk zal ik conclusies doen aan de hand van de probleemstelling van mijn onderzoek. Ter herinnering zal ik deze nogmaals formuleren:

Wat is de invloed van Disability Management op de duur van ziekteverzuim binnen een bedrijf?

De eerste stap ter beantwoording van de probleemstelling is het vaststellen van de mate van DM binnen de verschillende organisaties. In hoofdstuk 6 is hier uitgebreid verslag van gedaan. In dit hoofdstuk zullen de uitkomsten van de verschillende organisaties onderling worden vergeleken, om uiteindelijk uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van DM.

Maar voordat ik een onderscheid maak tussen de onderzochte afdelingen, wil ik eerst benadrukken dat binnen alle drie de organisaties een aanzienlijke mate van DM is geconstateerd. Binnen zowel Frankeland als MCRZ1 en MCRZ2 vindt een intensieve begeleiding van arbeidsongeschikten plaats en staat men bovendien open voor een diversiteit aan werkaanpassingen. Het resultaat van deze inspanningen komt onder andere tot uiting in relatief lage verzuimpercentages en meldingsfrequenties in vergelijking met de gemiddelde verzuimcijfers in de Zorgsector zoals ik die in het vorige hoofdstuk heb gepresenteerd.

Op basis van de analyse van de vier onderzoeksvariabelen valt echter te constateren dat binnen Frankeland de meeste aan Disability Management gerelateerde kenmerken te vinden zijn:

- Binnen Frankeland vindt de meeste intensieve begeleiding door de leidinggevende plaats door middel van het meeste soort gesprekken, zowel kwalitatief als kwantitatief.
- Binnen Frankeland is sprake van een geïntegreerd systeem van werkaanpassing, met name gericht op de aanpassing van taakhoud.
- Binnen Frankeland wordt de houding van leidinggevend en gekenmerkt door een hoge acceptatiegrens van ziekteverzuim, gecombineerd met een hoge mate van ondersteuning.

Binnen MCRZ1 zijn daarentegen, in vergelijking met de andere twee organisaties, de minste kenmerken van DM te vinden:

- Binnen MCRZ1 worden de minste gesprekken tussen medewerker en leidinggevende gevoerd.
- Binnen MCRZ1 ligt de acceptatiegrens van ziekteverzuim het laagst.

In tegenstelling tot Frankeland zijn er binnen MCRZ1 wel kenmerken van situationeel leiderschap te vinden.

Om de uiteindelijke effectiviteit van DM te bepalen, dienen de verzuimcijfers van de verschillende organisaties, en in het bijzonder de gemiddelde verzuimduur, onderling vergeleken te worden. De geconstateerde verschillen zullen voornamelijk worden toegekend aan de mate waarin binnen de organisaties kenmerken van DM aanwezig zijn. De resultaten van deze vergelijking zullen in het vervolg van dit hoofdstuk worden gepresenteerd.

7.2 Conclusies

Conclusie 1: Disability Management leidt tot een hoog percentage langdurig verzuim

Zoals uit de verzuimcijfers blijkt, is het percentage langdurig verzuim binnen Frankeland niet lager dan bij de andere twee onderzochte afdelingen. Sterker nog, binnen MCRZ2, waar minder kenmerken van DM zijn vastgesteld, is het percentage langdurig verzuim aanzienlijk lager dan bij Frankeland. Dit leidt tot de conclusie dat DM positief is gecorreleerd met het percentage langdurige verzuim binnen organisaties.

Dit is een verrassende conclusie, omdat op basis van de theorie mocht worden verondersteld dat de verzuimduur door DM zou worden beperkt. Mijn veronderstelling was, dat de begeleiding door leidinggevend en, de bereidheid tot transitiewerk, en een ‘helpende’ en ‘eisende’ houding bij leidinggevend en de verzuimduur van arbeidsongeschikten zou beperken.

De begeleiding van arbeidsongeschikten door leidinggevend en lijkt, tegen de verwachting in, van een ondergeschikt belang bij het terugdringen van de gemiddelde verzuimduur. Ondanks het feit dat binnen Frankeland de hoogste kwantiteit en kwaliteit wat betreft de begeleidingsgesprekken is vastgesteld, is juist daar sprake van een hoog percentage langdurig verzuim.

Daarentegen worden de verwachtingen omtrent de invloed van situationeel leiderschap op de gemiddelde verzuimduur wel bevestigd. Ik was in de veronderstelling dat een flexibele stijl van leidinggeven zou leiden tot een afname van de gemiddelde verzuimduur omdat daardoor effectief kan worden ingespeeld op de behoeften van arbeidsongeschikten. Dit verband blijkt

door de verzuimcijfers te worden aangetoond omdat binnen de organisatie waar het meest flexibel leiding wordt gegeven, het relatief laagste percentage langdurig verzuim te vinden is. Wat bovendien opvalt aan de statistiek van gemiddelde verzuimduur, is dat een grotere aanwezigheid van DM niet alleen samen gaat met een groter aandeel langdurig verzuim in vergelijking met de andere organisaties, maar ook als onderdeel van het totale verzuim binnen de organisatie. Binnen Frankeland neemt het aandeel langdurig verzuim ongeveer 54% van het totale verzuim in beslag, tegen 21% kortdurend verzuim. Binnen MCRZ1 daarentegen is dat respectievelijk 46 % en 27 %.

Deze bevinding zou kunnen worden verklaard door de hoge acceptatiegrens van ziekteverzuim bij leidinggevendenden. Een hoge acceptatiegrens, zoals deze binnen Frankeland is vastgesteld, betekent in de praktijk dat alleen zware gevallen van arbeidsongeschiktheid als ziekteverzuim worden geaccepteerd. Gezien de ernstige aard van dit verzuim mag worden aangenomen dat de verzuimduur die daarmee samenhangt langdurig is. Dit zou het hoge percentage langdurig verzuim in combinatie met DM kunnen verklaren.

Conclusie 2: Disability Management leidt tot een laag percentage kortdurend verzuim

Ook dit resultaat was van tevoren niet verwacht. Op basis van de theorie mocht worden aangenomen dat de aanwezigheid van DM zou leiden tot het terugdringen van de verzuimduur binnen een organisatie. Dit zou erop neerkomen dat het percentage kortdurend verzuim relatief hoog is in vergelijking met het percentage langdurig verzuim. Het tegendeel blijkt het geval.

Een mogelijke verklaring voor dit resultaat ligt in het feit dat de grote en directe bereidheid tot aanpassing van de werksituatie binnen een organisatie ertoe kan leiden dat arbeidsongeschikten in plaats van kortdurend te verzuimen, direct op een andere werkplek aan de slag gaan. Zodoende wordt deze groep helemaal niet meegerekend in de verzuimcijfers.

Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat een hoge acceptatiegrens van ziekteverzuim bij leidinggevendenden, zoals dat binnen Frankeland is vastgesteld, tot gevolg heeft dat 'arbeidsongeschikte' werknemers gewoon aan het werk blijven. Ook in dat geval kan de situatie zich voordoen dat werknemers niet worden opgenomen in de verzuimstatistieken, terwijl er toch sprake is van het niet of moeilijk kunnen uitvoeren van oorspronkelijke werkzaamheden.

Zoals eerder vermeld, lijken de kwantiteit en kwaliteit van gesprekken tussen leidinggevendenden en arbeidsongeschikten geen invloed te hebben op de beperking van verzuimduur. De organisatie waar deze gesprekken het meest intensief zijn gehouden laat het laagste percentage kortdurend verzuim zien.

Conclusie 3: Disability Management leidt tot een lagere meldingsfrequentie

Deze conclusie heeft weliswaar geen directe betrekking op de geformuleerde probleemstelling van mijn onderzoek, maar is in mijn ogen een belangrijke constatering in het kader van de betekenis die DM voor organisaties kan hebben.

Disability Management lijkt niet alleen invloed uit te oefenen op de percentages kortdurend en langdurend verzuim, maar ook op de meldingsfrequentie binnen organisaties. Uit de verzuimcijfers valt op te maken dat de organisatie met de meeste kenmerken van DM de laagste meldingsfrequentie heeft.

Het is goed denkbaar dat een hoge acceptatiegrens van ziekteverzuim door leidinggevendenden een afschrikkende werking op medewerkers heeft. Indien een medewerker zich namelijk bewust is

van het feit dat zijn of haar verzuim alleen zal worden geaccepteerd indien de verzuimreden van een ernstige aard is, dan zal dit vermoedelijk leiden tot minder ziekmeldingen, en daarmee tot een lagere meldingsfrequentie binnen een organisatie. Een belangrijke invloed van DM lijkt daarmee te liggen in de preventieve werking die van het beleid uitgaat.

7.3 Tot slot

Op basis van bovenstaande conclusies wordt wellicht de indruk gewekt dat de invloed van DM op het verzuim binnen organisaties beperkt is. In deze laatste paragraaf maak ik van de mogelijkheid gebruik om duidelijk te maken dat het hanteren van DM binnen organisaties zeker aanbeveling verdient. Het feit dat de invloed van DM anders is dan dat op basis van de theorie mocht worden aangenomen, betekent niet dat er geen gunstige invloed van dit verzuimbeleid uitgaat:

- Binnen alle drie de onderzochte organisaties is een aanzienlijke mate van DM vastgesteld en liggen de verzuimpercentages van alle drie de organisaties onder het gemiddelde in de zorgsector.
- De organisatie met de hoogste mate van DM heeft het laagste verzuimpercentage
- De organisatie met de hoogste mate van DM heeft de laagste meldingsfrequentie

De effectiviteit van DM ligt daarentegen niet in de verwachte beperking van de verzuimduur, maar voornamelijk in het voorkomen van kortdurend verzuim. De belangrijkste oorzaken hiervoor zijn:

- Een hoge acceptatiegrens van ziekteverzuim
- Een geïntegreerd systeem van werkaanpassing

Om antwoord te krijgen op de vraag welke aspecten van verzuimbeleid dan wel bijdragen aan een beperking van de verzuimduur, moet de afdeling van MCRZ2 nader worden beschouwd. Deze afdeling onderscheidt zich namelijk van de 2 andere onderzochte afdelingen door een laag percentage langdurig verzuim.

Het meest manifeste verschil tussen het verzuimbeleid binnen MCRZ2 en de andere 2 afdelingen is de mate waarin binnen deze organisatie sprake is van situationeel leiderschap. Uit de beschikbare informatie kan worden afgeleid dat de beperking van de verzuimduur gebaat is bij een stijl van leidinggeven die zich kenmerkt door flexibiliteit in plaats van starheid.

Terugkoppeland op de theorie blijken uit de data-analyse uiteindelijk weinig van de veronderstelde verbanden tussen kenmerken van DM en verzuimduur terug te vinden. Het gaat echter te ver om op basis van dit onderzoek te concluderen dat de gehanteerde theorieën niet kloppen of dat mijn interpretatie van de theorie incorrect is. Het verdient aanbeveling om dit onderzoek op grotere schaal uit te voeren om hierover met grotere zekerheid uitspraken te doen.

LITERATUURLIJST

Bosselaar, H. en F. Reijnga (2000). *Koplopers in Disability Management. Onderzoeksverslag in het kader van het project 'Succesfactoren voor Disability Management' in opdracht van het ministerie van SZW*. Hoofddorp: TNO Arbeid

Braster, J.F.A. (2000). *De kern van casestudy's*. Assen: Van Gorcum

Broersen, T., en V. Vrooland (1992). *De manager en het verzuim: een beter bedrijfsresultaat met minder ziekteverzuim en minder arbeidsongeschiktheid*. Assen: Van Gorcum

Brouwer, P., J. Hessels, A. te Peele en F. Westhof (2003). *Grenzen aan verantwoordelijkheid. Begeleiding en reïntegratie van zieke werknemers in het MKB*. Zoetermeer: EIM

Duijn, M.A., van (1998). *Ziekteverzuim en werkhervatting: personeelsmanagement in de praktijk*. Alphen aan de Rijn: Kluwer bedrijfsinformatie

Gehrels, C.G., en R.H.M.M. Lemmens (1993). *Handboek verzuimmanagement: strategieën en modellen voor de praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom

Grosfeld, J.A.M. en R.H. Mulder (1993). *Verzuim de baas: praktische richtlijnen voor de aanpak van ziekteverzuim*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Heemskerk, F.P.M., D.J. Klein Hesselink, H.J. Kruidenier en A.M.H. Reuling (1993). *Aanpak ziekteverzuim*. Amsterdam: NIA

Hersey, P. (1999). *Situationeel leiderschap*. Amsterdam / Antwerpen: Uitgeverij Contact

Karszen, T.A., (2002). *Jaarboek Arbo en Verzuim*. Alphen aan den Rijn: Kluwer

Kompier, M.A.J., R.W.M. Grundemann, P. Vink en P.G.W. Smulders (red.) (1996). *Aan de slag! Tien praktijkvoorbeelden van succesvol verzuimmanagement*. Alphen aan den Rijn: Samsom Bedrijfsinformatie

Kronenburg-Willems, E.J., N. Pruijssers en J.W.J. Siebers (2003). *Antwoordenboek ziekte en reïntegratie*. Alphen aan de Rijn: Kluwer

Lammers, C.J., A.A. Mijs en W.J. van Noort (1983). *Organisaties vergelijkenderwijs. Ontwikkeling en relevantie van het sociologisch denken over organisaties*. Utrecht: Het Spectrum

Lierop, B., van (2001). *Reïntegratie na scholing. De brug tussen arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie*. Maastricht: Universiteit Maastricht

Maso, I., (1987). *Kwalitatief onderzoek*. Meppel: Boom

Maagdenberg, V..J.W., van den (2002). *Ziek met voorbedachten rade? Een verkennend onderzoek naar de invloed van verzuimcultuur op verzuimgedrag binnen de Politie Rotterdam-Rijnmond*. Doctoraalscriptie: Erasmus Universiteit Rotterdam

Nijboer, I.D., R.W.M. Gründemann en F. Andries (1993). *Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid. Onderzoek naar de kans op werkhervatting na een half jaar na het einde van het ziektejaar en naar de kans van hervatters om aan het werk te komen bij de oude of een nieuwe werkgever*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid : VUGA

Nijhuis, F., en J. Soeters (1982). *Werk en ziekte; een onderzoek naar afwezigheid wegens ziekte en arbeidsongeschiktheid bij 51 industriële en niet-industriële organisaties in Zuid-Limburg*. Maastricht: RU Limburg

Piek, P. en F. Reijenga (2004). *Disability Management als nieuwe insteek voor HRM*. Den Haag: Sdu Uitgevers

Schaufeli, W., A. Bakker en J. de Jonge (red.) (2003). *De Psychologie van Arbeid en Gezondheid*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Smulders, P.G.W. (1984). *Balans van 30 jaar Ziekteverzuimonderzoek. De resultaten van 318 studies samengevat*. Leiden: NIPG TNO

Spruit, M. (2003). *Reïntegratie van arbeidsgehandicapten*. Doctoraalscriptie: Erasmus Universiteit Rotterdam

Ris, B.G.M. (1978). *Personeelsbeleid en ziekte duur. Verslag van een onderzoek bij 39 bedrijven*. Leiden: NIPG TNO

Uijl, S. E., den (2002). *Succesvolle Reïntegratieprocessen. Een zoektocht naar factoren van succesvolle reïntegratie van gedeeltelijk arbeidsgeschikte werknemers in de arbeidsorganisatie in Nederland, Duitsland en Zweden*. Delft: Eburon

Veerman, T.J. en P.G.W. Smulders (1990). *Handboek ziekteverzuim: Gids voor de bedrijfspraktijk*. Den Haag: DELWEL Uitgeverij

Veerman, T.J. en M. Cavé (1993). *Werkgevers over herintredende WAO'ers en hun ziekteverzuim. Mening en selectiebeleid van werkgevers geïnventariseerd*. Den Haag: VUGA Uitgeverij B.V.

Vos, E.L. de, I.D. Nijboer, S.G. van den Heuvel, A.M. Hazelzet en A.A. Smit (1996). *Werkaanpassing bij reïntegratie na ziekte*. Den Haag: VUGA Uitgeverij B.V.

Vrijhof, B.J. (2000). *Individuele verzuimbegeleiding. Beoordeling en borging van de professionele kwaliteit*. Hoofddorp: TNO Arbeid

Westendorp, G. (1982). *Gezondheidsmanagement. Theorie en praktijk*. Utrecht: Het Spectrum

Internet

<http://www.hetwerkendperspectief.nl>

<http://www.kroonophetwerk.nl>

<http://www.orbis.nl>

<http://www.eurofound.nl>

<http://www.szw.nl/>

<http://www.bpv.nl/>

<http://www.tno-arbeid.nl/>

<http://www.mcrz.nl>

<http://www.vernet.nl>

BIJLAGE 1: CONTACTPERSONEN

Maetis Arbo

Dhr. B.A. Fortuin
Directeur regio Zuid/West

Frankeland

Mevr. M. Tulp
Hoofd Personeel Organisatie en opleidingen

Mevr. M. de Jong
Manager Zorg en Verpleging (respondent 1)

Medisch Centrum Rijnmond Zuid

Dhr. N. Noordberger
Zorgmanager Gynaecologie, Obstetrie en de Kinderafdeling (respondent 4)

Dhr. R. de Vogel
Zorgmanager Chirurgie en het Brandwondencentrum (respondent 2)

Dhr. R. van Soest
Teamleider Brandwondencentrum (respondent 3)

Dhr. A. Bogaard
Arbo-coördinator MCRZ

TNO Arbeid

Mevr. F. Reijenga
Senior Onderzoeker TNO Arbeid

International Forum on Disability Management (IFDM)

Dhr. B.H. Williams
*Ministry of Skills Development & Labour
Moderator 'Successful legislation'*

Dhr. F. Nijhuis,
*IRV, Hoensbroek
Moderator 'Transational work programmes'*

BIJLAGE 2: VRAGENLIJST LEIDINGGEVENDEN

Algemeen

1. Wat is de naam van het bedrijf?
2. Uit hoeveel werknemers bestaat de organisatie?
3. In welke branche is de organisatie actief?
4. Wat is de functie van de ondervraagde binnen de organisatie?

Variabele 1: de begeleiding van arbeidsongeschikten door leidinggevenden

*Onderstaande vragen zijn van toepassing op **middellang** en **langdurig** verzuim*

Het ziekmeldingsgesprek

5. Bij wie vindt normaal gesproken de ziekmelding van personeel plaats? (telefonisch?)
6. Vinden er binnen de organisatie ziekmeldingsgesprekken tussen u en arbeidsongeschikten plaats?
7. Hoe lang na de eerste ziekte dag, vindt dat gesprek normaal gesproken plaats?
8. Welk doel heeft het ziekmeldingsgesprek?
9. Wordt in het gesprek geïnformeerd naar de ernst van de arbeidsongeschiktheid?
10. Wordt in het gesprek geïnformeerd naar de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid?
11. Wordt een inschatting gemaakt van de te verwachten duur van afwezigheid?
12. Wordt besproken wanneer het volgende contactmoment is?
13. Wordt besproken of de leidinggevende iets voor de werknemer kan doen?
14. Wordt de mogelijkheid tot werkaanpassing besproken?

Het contactgesprek

15. Houdt u *contactgesprekken* met arbeidsongeschikten?
16. Zo ja, hoe vaak vinden die gesprekken over het algemeen plaats?
17. Op welke wijze vinden die gesprekken plaats?
18. Welk doel heeft het contactgesprek?

19. Komt een arbeidsongeschikte werknemer tijdens zijn of haar afwezigheid bij de werkgever voor vragen of mededelingen?

20. Worden gedurende het contactgesprek de mogelijkheden tot werkhervatting besproken?

Het verzuimgesprek

21. Houdt u *verzuimgesprekken* met arbeidsongeschikten?

22. Zo ja, hoe vaak vinden zulke gesprekken over het algemeen plaats?

23. Op welke wijze vinden zulke gesprekken plaats?

24. Wordt gedurende het gesprek geprobeerd de oorzaken van de arbeidsongeschiktheid te achterhalen?

25. Wordt gedurende het gesprek geprobeerd tot een oplossing van het probleem te komen?

26. Wordt de mogelijkheid tot werkaanpassing besproken?

Het hervattingsgesprek

27. Vinden er binnen de organisatie *hervattingsgesprekken* tussen u en de arbeidsongeschikten plaats?

28. Zo ja, op welke moment vindt dat gesprek normaal gesproken plaats?

29. Op welke wijze vindt het gesprek plaats?

30. Wat is het doel van het hervattingsgesprek?

31. Wordt geïnformeerd naar de gesteldheid van de medewerker?

32. Informeert de leidinggevende de werknemer over de stand van zaken op het werk?

33. Worden de komende werkzaamheden doorgesproken?

34. Wordt een volgend contactmoment afgesproken?

35. Eventueel : informeert u naar het resultaat van de werkaanpassing?

36. Wilt u nog iets toevoegen met betrekking tot uw begeleiding van arbeidsongeschikten?

37. Wat zou u eventueel u iets willen veranderen met betrekking tot uw begeleiding van arbeidsongeschikten?

Variabele 2: De bereidheid tot aanpassing van de werksituatie

De volgende vragen hebben betrekking op werkaanpassingen ten behoeve van arbeidsongeschikten

38. Vinden er door u werkaanpassingen plaats, gericht op *kennis en vaardigheden* (vooropleiding, bijscholing e.d.)?
39. Zo ja, hoe vaak hebben die het afgelopen jaar plaatsgevonden?
40. Vinden er door u werkaanpassingen plaats, gericht op *werk- en rusttijden* plaats?
41. Zo ja, hoe vaak hebben die het afgelopen jaar plaatsgevonden?
42. Vinden er door u werkaanpassingen plaats, gericht op *taakhoud en organisatie* (verantwoordelijkheid, autonomie)?
43. Zo ja, hoe vaak hebben die het afgelopen jaar plaatsgevonden?
44. Vinden er door u werkaanpassingen plaats, gericht op *werkhouding in het algemeen* plaats?
45. Zo ja, hoe vaak hebben die het afgelopen jaar plaatsgevonden?
46. Vinden er door u werkaanpassingen plaats, gericht op *chemische, fysische of sociale omgeving* (verlichting, klimaat, cultuur) plaats?
47. Zo ja, hoe vaak hebben die het afgelopen jaar plaatsgevonden?
48. Wat zijn de belangrijkste afwegingen bij het aanpassen van werkzaamheden?
49. Heeft u nog iets toe te voegen met betrekking tot de aanpassing van werk binnen de afdeling?
50. Wat zou u willen veranderen met betrekking tot de aanpassingen van werk?

Variabele 4: De houding van leidinggevend ten opzichte van ziekteverzuim

Accepteert u de ziekmelding van een werknemer als die;

Zeer eens Eens Oneens Zeer oneens

51. Zich niet helemaal fit voelt?
52. Er gewoon even genoeg van heeft?
53. Thuis even niet wegkan?
54. Baalt van het werk?
55. Gewoon even iets leuks wil?
56. Zich beroerd voelt?
57. Geen zin heeft om naar het werk te gaan?
58. Geen verlof kan krijgen?
59. Privé-redenen heeft?

Bereidheid tot hulp

60. Besteedt u speciale aandacht aan arbeidsongeschiktheid?
61. Zo ja, waar bestaat die aandacht uit?
62. Onderneemt u actie om achter de oorzaak van arbeidsongeschiktheid te komen?
63. Zo ja, waar bestaat die actie uit?
64. Onderneemt u actie om de oorzaken van arbeidsongeschiktheid weg te nemen?
65. Zo ja, waar bestaat die actie uit?
66. Ondersteunt u arbeidsongeschikten ook in de privé-sfeer?
67. Zo ja, hoe?
68. Onderneemt u pogingen om de verzuimhouding van het personeel te beïnvloeden?
69. Zo ja, hoe?
70. Zijn gezondheidsproblemen van het personeel, die de belastbaarheid van het werk beïnvloeden, over het algemeen bespreekbaar in de organisatie?

71. Is er over het algemeen sprake van een sfeer van vertrouwen tussen leidinggevende en het personeel?
72. Hoe zou u uw houding t.o.v. ziekteverzuim typeren?
73. Welke invloed heeft deze houding volgens u op de verzuimduur van arbeidsongeschikten?

BIJLAGE 3: VRAGENLIJST ARBEIDSONGESCHIKTEN

De volgende vragen zijn van algemene aard. Kruis bij vraag 3 aan wat op u van toepassing is.

1. Bij welke organisatie werkt u?
2. Wat is uw functie binnen de organisatie?
3. Wat was ongeveer de duur van uw verzuim?
 - Tussen de 8 en 43 dagen
 - Tussen de 43 en 150 dagen
 - Tussen de 150 en 250 dagen
 - Tussen de 250 en 365 dagen

De volgende stellingen hebben betrekking op de *stijl van leidinggeven*. De stijl van leidinggeven is in mijn onderzoek onder te verdelen in ‘sturing’ en ‘ondersteuning’. Met behulp van onderstaande stellingen probeer ik de mate hiervan vast te stellen. Zet een kruis in de kolom die het meest op u van toepassing is.

Sturing:

	Ze Eens	Eens	Oneens	Ze Oneens
4. Mijn leidinggevende geeft precies aan wat mijn <i>taken</i> zijn				
5. Mijn leidinggevende geeft precies aan wat mijn <i>verantwoordelijkheden</i> zijn				
6. Mijn leidinggevende geeft precies aan wat mijn <i>bevoegdheden</i> zijn				
7. Mijn <i>werkwijze</i> wordt door de leidinggevende precies voorgeschreven				

Begeleiding:

8. Direct na mijn ziekmelding is door mijn leidinggevende een inschatting gemaakt van de ernst van mijn arbeidsongeschiktheid				
9. Tijdens mijn arbeidsongeschiktheid is door mijn leidinggevende geprobeerd de oorzaak van uw verzuim weg te nemen				
10. Tijdens mijn arbeidsongeschiktheid is regelmatig door mijn leidinggevende geïnformeerd hoe het met mij gaat				
11. Tijdens mijn arbeidsongeschiktheid zijn de mogelijkheden tot werkhervatting regelmatig met mijn leidinggevende besproken				
12. Ik heb direct na mijn terugkeer op de werkvloer een gesprek gehad met mijn leidinggevende				
13. Mijn leidinggevende besteedt veel aandacht aan begeleiding tijdens mijn arbeidsongeschiktheid				

De volgende stellingen hebben betrekking op de *houding van leidinggevenden ten opzichte van ziekteverzuim*. De houding van leidinggevenden is in mijn onderzoek onder te verdelen in ‘acceptatie’ en ‘bereidheid tot hulp’

Acceptatie

	Zeereens	Eens	Oneens	Zeereens Oneens
14. Als ik mij niet helemaal fit voel, wordt mijn ziekmelding door de leidinggevende geaccepteerd				
15. Als ik er gewoon even genoeg van heb, wordt mijn ziekmelding door de leidinggevende geaccepteerd				
16. Als ik thuis even niet weg kan, wordt mijn ziekmelding door de leidinggevende geaccepteerd				
17. Als ik baal van het werk, wordt mijn ziekmelding door de leidinggevende geaccepteerd				
18. Als ik gewoon even iets leuks wil, wordt mijn ziekmelding door de leidinggevende geaccepteerd				
19. Als ik mij beroerd voel, wordt mijn afwezigheid door de leidinggevende geaccepteerd				
20. Als ik geen zin heb om naar het werk te gaan, wordt mijn ziekmelding door de leidinggevende geaccepteerd				
21. Als ik geen verlof kan krijgen, wordt mijn ziekmelding door de leidinggevende geaccepteerd				
22. Als ik privé-redenen heb, wordt mijn ziekmelding door de leidinggevende geaccepteerd				

Bereidheid tot hulp

	Zeereens	Eens	Oneens	Zeereens Oneens
23. Mijn leidinggevende besteedt veel aandacht aan arbeidsongeschiktheid				
24. Mijn leidinggevende onderneemt veel actie om achter de oorzaak van mijn verzuim te komen				
25. Mijn leidinggevende onderneemt veel actie om de oorzaak van mijn verzuim <i>weg te nemen</i>				
26. Mijn leidinggevende ondersteunt mij in de privé-sfeer				
27. Mijn leidinggevende onderneemt veel pogingen om mijn <i>verzuimhouding</i> te beïnvloeden				

Beterschap door leiderschap

	Zeer eens	Eens	Oneens	Zeer Oneens
28. Er is over het algemeen sprake van een vertrouwensrelatie tussen mij en mijn leidinggevende				
29. Mijn gezondheidsproblemen zijn over het algemeen goed bespreekbaar met mijn leidinggevende				
30. Mijn leidinggevende heeft een 'helpende' houding ten opzichte van mijn ziekteverzuim				
31. Mijn leidinggevende heeft een 'ondersteunende' houding ten opzichte van mijn ziekteverzuim				
32. De houding van de leidinggevende ten opzichte van mijn ziekteverzuim heeft de duur ervan verkort				