

Re-integratie in de thuiszorg

EEN KWALITATIEF ONDERZOEK NAAR HET RE-INTEGRATIEPROCES
BIJ VÉRIAN CARE & CLEAN

Naam: Peter de Waal

Studentnummer: 0361488

Studie: master Arbeid, Zorg en Welzijn

Begeleider: Ruud Abma

Tweede beoordelaar: Pretty Liem

augustus 2013

(woorden: 13242)

VOORWOORD

Voor u ligt het onderzoek *Re-integratie in de thuiszorg: een kwalitatief onderzoek naar het re-integratieproces bij Vérían Care & Clean*. Het is het resultaat van mijn masterproject en vormt de afsluiting van de academische master Arbeid, Zorg en Welzijn aan de Universiteit Utrecht.

Er is veel te doen over ziekteverzuim. Na de afronding van dit project blijft bij mij één uitspraak hangen die tegelijkertijd een goede typering blijkt te zijn voor het proces van de laatste maanden:

“Ziekteverzuim is een veelkoppig monster dat zich niet zomaar laat bedwingen” (Hell, 2003).

Ter afsluiting wil ik Heleen Steinbuch bedanken voor haar begeleiding en feedback vanuit Vérían en Ruud Abma voor de begeleiding en feedback vanuit de Universiteit.

Peter de Waal

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord.....	1
Samenvatting.....	3
1. Inleiding	4
1.1 Probleemstelling	4
2. Theoretische verkenning	7
2.1 Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in Nederland.....	7
2.2 Disability management.....	9
2.3 Werkhervatting langdurig zieke werknemers	15
2.4 Slotbeschouwing en Vraagstelling	18
3. Onderzoeksopzet	20
3.1 Type onderzoek.....	20
3.2 Onderzoeksmethode	20
3.3 Respondenten	21
3.4 Operationalisering	22
3.5 Data analyse	22
3.6 kwaliteit van onderzoek.....	23
3.7 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie	23
3.8 ASW-verantwoording	24
4. Resultaten.....	25
4.1 De medewerker.....	26
4.2 De casemanagers	31
4.3 De bedrijfsarts.....	35
5. Conclusies.....	38
6. Literatuurlijst	42
bijlagen.....	47
Topiclijst/interview vragen: casemanager	47
Topiclijst/interview vragen: Medewerkers	52
Topiclijst/interview vragen: Bedrijfsarts	56
Codeboom	57

SAMENVATTING

Dit onderzoek richt zich op het re-integratieproces bij V érian Care & Clean. Bijzondere aandacht gaat uit naar de rol van de meest betrokken partners in het re-integratieproces. Door middel van interviews met (zieke) medewerkers, casemanagers en de bedrijfsarts is geprobeerd inzicht te verschaffen in die rol, om op die manier een bijdrage te leveren aan de optimalisering van het verzuimmanagement.

Met een lage arbeidsparticipatie, hoog ziekteverzuim en een groot aantal arbeidsongeschikten leek Nederland begin jaren negentig “ziek”. Vanaf die periode zijn een groot aantal beleidswijzigingen doorgevoerd om het aantal arbeidsongeschikten te beperken en de re-integratie van mensen met beperkingen te bevorderen. Onder druk van nieuwe wetgeving doet iedere werkgever zijn best om de financiële gevolgen in de hand te houden. Focus op continuïteit en grip houden op kosten, houdt menig werkgever bezig. Verzuimmanagement staat daarom hoog op de agenda in veel bedrijven.

Bij thuiszorgorganisatie V érian is dat niet anders. V érian wil haar verzuimmanagement een impuls geven en staat daarom voor nieuwe keuzes. Dit betekent helderheid scheppen, te beginnen bij de meest betrokken partners: de (zieke) medewerker, met daar om heen P&O, de leidinggevende en de bedrijfsarts. In het bijzonder draait het om de rol die de verschillende partners spelen in het re-integratieproces. Uit het onderzoek blijkt dat de wijze waarop Care & Clean is georganiseerd ervoor zorgt dat de casemanagers meer taken op zich nemen dan waarvoor ze verantwoordelijk zijn. De bedrijfsarts heeft naast haar rol als medisch beoordelaar een rol in het aansturen van het verandertraject bij V érian en ziet daardoor veel punten voor verbetering.

1. INLEIDING

1.1 PROBLEEMSTELLING

Binnen het veld van arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim blijft van alles gaande: Wie doet nu wat bij verzuim? Ziek zijn is niet per definitie arbeidsongeschikt. Werknemers zitten niet thuis, tenzij (...). De re-integratie duurt te lang. 'We' moeten langer doorwerken. Verzuim is gedrag. Hoe krijgen we de zieke werknemers zo snel mogelijk weer aan het werk?

Hoewel het ziekteverzuimpercentage in Nederland al jaren terugloopt, blijft ziekteverzuim binnen veel bedrijven een punt van zorg, niet in de laatste plaats door de huidige economische situatie. Focus op continuïteit en grip houden op kosten, houdt menig werkgever bezig. Het is goed in te denken dat werkgevers zich flink kunnen ergeren aan verzuim. Sinds de Wet verbetering poortwachter (2002) krijgen werkgevers een grotere verantwoordelijkheid voor hun zieke werknemers. Wanneer je ervan uit gaat dat een zieke werknemer gemiddeld al gauw 250 Euro per dag kost en je bedenkt dat de werkgever niet alleen opdraait voor het loon van de zieke werknemer, maar ook voor een vervanger moet zorgen of genoeg moet nemen met productieverlies (www.nn.nl), dan is het logisch dat een werkgever het ziekteverzuim graag tot een minimum wil beperken.

Wanneer werknemers ziek worden dan zijn deze binnen een paar dagen meestal weer op de been, maar het kan voorkomen dat een werknemer langer uit de roulatie is. Werkgever en werknemer moeten dan beiden werken aan een effectieve re-integratie. Dat lijkt op het eerste gezicht eenvoudig, maar werk en arbeidsverhoudingen blijken in de praktijk complex (Konijnenburg, 2010). Communicatie en samenwerking tussen verschillende actoren die betrokken zijn bij re-integratie is niet altijd vanzelfsprekend. Hoewel de stappen die werknemer en werkgever moeten zetten in de Wvp beschreven zijn, blijkt dit lang niet altijd voldoende om re-integratie vloeiend te laten verlopen. Om die reden is het belangrijk om binnen de regels die de Wvp stelt de rol van de verschillende actoren belast met re-integratie verder uit te diepen. Vanaf het begin van de ziekmelding tot aan de laatste stap zijn er verschillende taken en activiteiten. Een verdeling van deze taken en activiteiten is cruciaal voor het re-integratieproces (Konijnenburg, 2010).

1.1.2 Thuiszorgorganisatie Vérian

Vérian is een veelzijdige thuiszorgorganisatie die op vraag gestuurde wijze producten en diensten levert op het gebied van zorg en welzijn, aan individuele en zakelijke klanten. Dit gebeurt op elk moment, op elke plaats en waar wenselijk in samenwerking met andere aanbieders. Per jaar verzorgt Vérian ongeveer 40.000 mensen en er werken ongeveer 3.500 medewerkers dagelijks aan het leveren van (thuis)zorg. Het werkgebied van de organisatie is na de overname van Beeuwkes thuiszorg in 2011 vergroot. Vérian levert en regelt zorg in de provincies Gelderland, Overijssel, Noord-Brabant, en Zuid-Holland en Utrecht (jaarverantwoording stichting Vérian en stichting Beeuwkes thuiszorg, 2011).

1.1.3 Verzuimmanagement Vérian

Het ziekteverzuim binnen Vérian geniet mede door een ouder worden medewerkersbestand bijzondere aandacht. Na een te hoge score op ziekteverzuim in 2010 is in 2011 opnieuw de doelstelling voor ziekteverzuim op 5% geformuleerd. Met een score van 6,37 is deze doelstelling echter opnieuw te ambitieus gebleken (Jaarverantwoording Stichting Vérian en Stichting Beeuwkes Thuiszorg, 2011). Vérian is actief bezig met haar verzuim en re-integratiebeleid, wat onder meer heeft geleid tot het in gebruik nemen van een online verzuim tool (my medical coach). Werknemers die zich ziek willen melden dienen niet alleen hun leidinggevende op de hoogte te brengen, maar moeten tevens een online vragenlijst doorlopen. Dit levert een eerste analyse op van de aard van hun aandoening en eventueel het advies om huisarts of therapeut te raadplegen.

De inspanningen op het gebied van verzuim en re-integratie hebben (nog) niet gezorgd voor een structurele verbetering. Vérian zit structureel te hoog in verzuimpercentages en meldingsfrequentie. Dit heeft er toe geleid dat men nieuwe keuzes voorstaat in het verzuimmanagement. De organisatie wil haar medewerkers centraal stellen op de kernwaarden zelfstandigheid, kwaliteit in zorgverlening, flexibiliteit, een warm hart in (onderlinge) relaties en transparantie (Strategische notitie verzuimmanagement, 2013). Op het thema ziekteverzuim betekent transparantie volgens de notitie verzuimmanagement dat communicatie over ziekteverzuim open, duidelijk en direct moet zijn. Verder valt te lezen dat het gespreksonderwerp moet worden geadresseerd en opgepakt door de functie en rol daar waar het hoort. Kwalitatief valt hier nog veel te winnen. Dit betekent helderheid scheppen, te

beginnen bij de meest betrokken partners: de (zieke) medewerker, met daar om heen P&O, de leidinggevende en de bedrijfsarts (strategische notitie verzuimmanagement, 2013).

1.2 Plaats van onderzoek

Dit onderzoek is uitgevoerd bij de afdeling Care & Clean (C&C) van Vérian. Deze divisie binnen Vérian kent een andere constructie dan de andere divisies binnen Vérian. C&C heeft casemanagers op de positie waar de andere afdelingen hun (operationeel) leidinggevendenden hebben zitten. Deze casemanagers houden zich primair bezig met de activiteiten die samenhangen met de begeleiding van zieke medewerkers, het verhogen van de verzuimdrempel en het veranderen van de verzuimdrempel. Aan de hand van de gegevens die de casemanagers doorkrijgen van de verzuimtool My Medical Coach, beslissen zij of ze contact opnemen met de medewerker die zich heeft ziekgemeld. Boven de casemanagers staan 2 rayonmanagers, de eigenlijke leidinggevendenden, welke ongeveer 1500 man onder zich hebben.

1.3 Doelstelling onderzoek

De constructie binnen C&C brengt een bijzondere wisselwerking met zich mee doordat taken en verantwoordelijkheden door elkaar heen lopen. Het doel van dit onderzoek is om een beter inzicht te krijgen in die wisselwerking. Dit onderzoek zal zich niet zo zeer richten op de uitkomsten van re-integratie, maar des te meer op de procesgang binnen deze re-integratie. In het bijzonder richt dit onderzoek zich op de samenwerking/afstemming tussen de verschillende actoren welke betrokken zijn bij re-integratie. Vérian is druk bezig om haar verzuimmanagement te optimaliseren. Volgens Vérian betekent dit dat er helderheid moet worden geschapen, te beginnen bij de meest betrokken partners: de (zieke) medewerker, met daaromheen P&O, de leidinggevende en de bedrijfsarts. Dit onderzoek probeert door middel van interviews met een aantal van de meest direct betrokken partners inzicht te krijgen in de rol die de verschillende partners hebben binnen het re-integratieproces. Op deze manier wordt geprobeerd een bijdrage te leveren aan de optimalisering van het verzuimmanagement.

2. THEORETISCHE VERKENNING

In dit hoofdstuk wordt de theoretische verkenning gepresenteerd. De eerste stap bestaat uit een introductie op de achtergrond en context van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in Nederland. Daarna zal worden ingegaan op de maatregelen die zijn getroffen om het aantal arbeidsongeschikten te beperken. Vervolgens zal worden ingegaan op de effectiviteit van re-integratie en de determinanten die samenhangen met werkhervatting, waarna zal worden afgesloten met concluderende paragraaf die zal uitmonden in de vraagstelling voor het empirische onderzoek.

2.1 ZIEKTEVERZUIM EN ARBEIDSONGESCHIKTHEID IN NEDERLAND.

“Nederland is ziek”, zegt premier Lubbers op 3 september 1990 in een rede aan de Nijmeegse universiteit. Deze uitspraak was het begin van een langdurig proces om verzuim en arbeidsongeschiktheid tegen te gaan. In vergelijking met andere Europese landen kende Nederland eind vorige eeuw een lage arbeidsparticipatie, een hoog ziekteverzuim en een groot aantal arbeidsongeschikten. Om hier verandering in te brengen, zijn in de afgelopen decennia tal van beleidsmaatregelen ontwikkeld om het uitkeringsvolume te verkleinen en de re-integratie van mensen met gezondheidsbeperkingen te bevorderen. Naast het aanscherpen van de toegangscriteria en de duur en hoogte van de uitkeringen, werd het beleid vooral gekenmerkt door het activerende karakter. Iedereen moest ‘naar vermogen’ gaan deelnemen op de arbeidsmarkt (Jehoel-Gijsbers, 2007; Versantvoort & Echtelt, 2012).

In het denken over verzuim is dan ook veel veranderd. Waar een werknemer in de jaren ‘70 en ‘80 van de vorige eeuw –gechargeerd gezegd- zolang ziek kon zijn als hij/zij maar wilde, moet een zieke werknemer nu zo snel mogelijk weer aan de slag. Hoewel er in die tijd een zekere verzuimcontrole bestond door verzekeringsartsen, was de cultuur er een van ‘niet moeilijk doen’. Tot rond 1990 was het beleid vooral gericht op verbetering van arbeidsomstandigheden. Zo werd er in de jaren zeventig onder toezicht van de SER een groot meerjarig actieprogramma over ziekteverzuim uitgevoerd, waarin verbetering van arbeidsomstandigheden in bedrijven centraal stond (Geurts & Smulders, 2007). Begin jaren ‘80 begon het hoge ziekteverzuim en de hoge instroom in de WAO de politiek zorgen te

baren, maar ging de politieke verhoudingen pas echt domineren in het begin van de jaren negentig. Het werd het centrale thema van het kabinet Lubbers (1989-1994) en vanaf die tijd werden talrijke maatregelen genomen om het beroep op de sociale zekerheid terug te dringen (Geurts & Smulders, 2007; Jehoel-Gijsbers, 2007). Belangrijke veranderingen brachten onder andere de Wet verbetering poortwachter (WVP) in 2002, de Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (VLZ) in 2004 en het vervangen van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) door de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) in 2006. In 2010 is ook de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong) vervangen door de nieuwe Wet Wajong (Jehoel-Gijsbers, 2007; Geurts & Smulders, 2007; Jehoel-Gijsbers, 2010; Versantvoort & Echtelt, 2012).

2.1.1 Wetgeving

Een groot nadeel van de voormalige systemen rondom ziekte, was dat er weinig prikkels in zaten die organisaties dwongen om kritisch naar het ziekteverzuim te kijken, of om preventief beleid te voeren. De financiële gevolgen waren immers minimaal doordat andere instanties, als de bedrijfsvereniging, de uitkering betaalden. Het collectieve ziekte wetsysteem heeft in de loop der jaren plaatsgemaakt voor een systeem waarbij werkgevers veel meer verplichtingen hebben (Gründeman, Smulders & Kwantes, 2007). Werkgevers zijn onder andere verplicht tot loondoorbetaling bij ziekte gedurende (maximaal) twee jaar, daarnaast moeten werkgevers voor de verzuimbegeleiding een contract afsluiten met een arbodienst of met een of meer bedrijfsartsen.

Een belangrijke gedachte achter deze ontwikkeling in de richting van een systeem van loondoorbetaling bij ziekte, is dat organisaties meer zullen gaan doen aan het voorkomen van ziekteverzuim, zeker aan dat deel van het ziekteverzuim dat gerelateerd is aan het werk. Daarnaast wint de gedachte terrein dat thuiszitten in veel gevallen niet bijdraagt aan een spoedig herstel, of werkhervatting. Zieke werknemers worden hierdoor aangespoord om een actieve bijdrage te leveren in hun eigen herstel. De wet waarin deze gedachten samenkomen is de Wet verbetering poortwachter (WVP), die sinds 1 april 2002 van kracht is. Naast de loondoorbetalingsverplichting behelst deze wet een andere belangrijke prikkel voor werkgevers en werknemers om het ziekteverzuim terug te dringen. Een belangrijk

bestanddeel van de WVP is dat er gedurende de ziekteperiode een aantal stappen genomen moeten worden door zowel de werkgever als de werknemer. Een belangrijk element is bijvoorbeeld het opstellen en volgen van een plan van aanpak tot re-integratie. Werkgever (leidinggevende) en zieke werknemer stellen dat plan van aanpak gezamenlijk op, met behulp van informatie van de bedrijfsarts. Alles moet er in dat plan van aanpak op gericht zijn om zo snel mogelijk het werk weer (geheel of gedeeltelijk) te hervatten. Mochten werkgever en zieke werknemer zich onvoldoende inzetten, dan volgt er aan het einde van de ziekteperiode een sanctie. Uitkeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) beoordeeld de geleverde inspanningen en kan een werkgever die te weinig inspanning heeft geleverd verplichten het loon (nog) langer door te betalen dan de verplichte periode. Ook een werknemer kan een sanctie krijgen bij te weinig inspanning, bijvoorbeeld een korting op de uitkering of niet in aanmerking komen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering (Gründeman, Smulders en Kwantes, 2007; Geurts & Smulders, 2007).

In ruim tien jaar tijd is het systeem rondom ziekte en verzuim dus ingrijpend veranderd. De collectieve Ziektewet is vervangen door een privaatrechtelijk systeem van loondoorbetaling door de werkgever bij ziekteverzuim van de werknemer gedurende maximaal twee jaar (Gründeman, Smulders & Kwantes, 2007). Er is prikkelwetgeving ingevoerd waardoor bedrijven veel attenter zijn geworden op het voorkomen van verzuim, strenger in het accepteren van verzuimgevallen en alerter als het gaat om verzuimende werknemers terug te begeleiden naar werk na een periode van ziekte. De veranderde wetgeving vraagt om een specifiek organisatiebeleid; in de Engelstalige literatuur geduid als 'disability management'.

2.2 DISABILITY MANAGEMENT

Disability management (DM) is een werkwijze die haar oorsprong vindt in Canada en de VS en wordt omschreven als een systematische en doelgerichte aanpak op de werkplek die enerzijds gericht is op het voorkómen van uitval van werknemers en anderzijds op het bieden van ondersteuning in het herstelproces en op het ontwikkelen van re-integratieactiviteiten

(Piek & Reijnga, 2004; Nijhuis & van Lierop, 2007; Verjans & Rommel, 2008; Tijtgat, Verjans, Vlerick & Bruyninx, 2009). DM is 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. DM richt zich daarnaast op het ontwikkelen en versterken van iemands eigen mogelijkheden en tracht de obstakels in de omgeving van de werknemer te verwijderen of te beperken zodat deze zijn mogelijkheden wat werk aan gaat optimaal kan benutten (Nijhuis & van Lierop, 2007).

Kenmerkend voor het concept is dat het tot uiting komt op zowel het niveau van de werknemer, waarbij het gaat om het concreet invullen van de coaching en begeleiding van een uitgevallen werknemer bij hun re-integratie, alsmede het niveau van de organisatie, de wijze waarop de organisatie omgaat met preventie en re-integratie (Nijhuis & van Lierop, 2007; Tijtgat, Verjans, Vlerick & Bruyninx, 2009). De werknemer (met beperking) staat in beide perspectieven centraal waarbij het beleid gericht is op het leren omgaan met de beperking en op de re-integratie naar werk. Daarbij gaat de aandacht vooral uit naar een duurzame relatie tussen de werknemer met zijn beperkingen en de werkgever. Samenvattend kan worden gezegd dat de kern van DM –activiteiten gericht is op een snelle werkhervatting binnen de eigen organisatie. Dit doel komt overeen met de leidende benadering in Nederland, zoals beschreven in bijvoorbeeld de Wet verbetering Poortwachter (2002), dat re-integratieactiviteiten zo snel mogelijk moeten plaatsvinden, idealiter vanaf de eerste arbeidsongeschiktheidsdag.

Van belang bij re-integratie is het proces van zorg en begeleiding zo soepel mogelijk te laten verlopen. Één zwakke schakel is al voldoende om het proces te laten stagneren. Binnen het verzuimproces zijn verschillende rollen te onderscheiden:

De medewerker

De medewerker is de belangrijkste betrokkene bij het verzuim. Hij is immers in de situatie geraakt dat hij niet meer in staat is een tegenprestatie te leveren voor het loon dat hij ontvangt. De medewerker heeft een belangrijke verantwoordelijkheid en is diegene die uiteindelijk de afweging maakt om te werken of te verzuimen.

De casemanager/leidinggevende

De leidinggevende is de belangrijkste betrokkene in het begeleidingsproces. Hij heeft het meeste belang bij een snelle (maar verantwoorde) terugkeer van de medewerker. Hij is ook de verantwoordelijke voor de begeleiding vanuit de werkgever, het inzetten van de ondersteuning vanuit de arbodienst, en het inzetten van interventies.

De afdeling P&O/HRM

De rol van de afdeling P&O/HRM is drieledig: signalerend, adviserend en ondersteunend. Daarnaast staat de afdeling P&O de leidinggevendens bij in de begeleiding van het verzuim. Zij adviseren over interventies, kosten en aanpak. Ook stuurt de afdeling P&O/HRM bij als de begeleiding stagneert, of onvoldoende effectief is.

De bedrijfsarts

Belangrijkste verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts is het maken van een inschatting van de mate van arbeidsongeschiktheid en de mogelijkheden en beperkingen waar de medewerker mee te maken heeft.

2.2.1 Re-integratie

Vanuit de politiek wordt re-integratie gezien als het moderne middel om het aantal arbeidsongeschikten te beperken. Zowel het politieke beleid als de maatschappelijke gedachte is er op gericht om mensen met een ziekte of beperking maximaal te stimuleren om actief maatschappelijk te participeren. Het kabinet wil hen, zeker met de krapte op de arbeidsmarkt, niet werkloos aan de kant laten staan. Dit maatschappelijk kapitaal moet waar mogelijk dan ook verzilverd worden, aldus het kabinet (Ministerie van SZW, 2008b). Re-integratie dient dan ook niet alleen een individueel belang (verwerven inkomen, meedoen in de samenleving), maar ook een collectief belang. Op het moment dat personen (langdurig) een uitkering hebben gaat dit –afgezien van de totale kosten aan uitkeringen- ten koste van de arbeidsparticipatie en de totale economische groei (Ministerie van SZW, 2008b).

Re-integratie is een breed begrip, maar centraal staat het proces van werkhervatting. Onder het begrip vallen alle activiteiten die gericht zijn op een optimale afstemming van de

mogelijkheden van een persoon met een ziekte of beperking die wil toetreden tot de arbeidsmarkt, of gericht op het herplaatsen van werknemers die dreigen uit te vallen of uitgevallen zijn vanwege een ziekte of beperking. Deze herplaatsing kan zowel bij de oude als de nieuwe werkgever zijn (Young et al., 2005; Nijhuis & van Lierop, 1997).

2.2.3 Effectiviteit re-integratie

Zoals in de probleemstelling al werd aangegeven blijft ziekteverzuim binnen bedrijven een punt van zorg, niet in de laatste plaats door de huidige economische situatie. Focus op continuïteit en grip houden op kosten houdt menig werkgever bezig. Een zieke werknemer brengt nu eenmaal veel extra kosten met zich mee. Studies laten zien dat naarmate een werknemer langer arbeidsongeschikt is door ziekte of beperking, de kans afneemt dat deze werknemer uiteindelijk weer het werk hervat (Krause, Dasinger & Neuhauser, 1998; Labriola, 2008; Franche et al., 2005). Mede door deze kennis groeit de interesse in effectieve interventies waarbij snelle werkhervatting van zieke werknemers deel uitmaakt van het 'behandelplan'. Een belangrijk element van deze zogenaamde return-to-work (RTW) interventies is een snelle terugkeer op de werkplek nog voordat men fysiek hersteld is (MacEachen, Clarke, Franche & Irvin, 2006). Studies naar deze interventies zijn echter schaars en de studies die wel voorhanden zijn maken veelal gebruik van uiteenlopende onderzoeksdesigns, wat het moeilijk kan maken om de onderzoeksresultaten te interpreteren.

Om beter inzicht te krijgen in de dimensies, processen en gebruiken in RTW interventies voerden Franche et al., (2004), Franche, Cullen, Clarke, Irvin, Sinclair en Frank (2005) en MacEachen et al., (2006) een systematische review uit naar de effectiviteit van RTW interventies. Uit de review van de kwantitatieve internationale literatuur komen een aantal zaken naar voren:

- Er zijn aanwijzingen dat drie componenten – contact met de werknemer op de werkvloer door snelle werkhervatting; aanbieden van aangepast werk; en contact tussen zorgaanbieders en de werkplek; voor een aanzienlijke daling zorgen in de duur van arbeidsongeschiktheid en de kosten die daar mee gemoeid zijn

- Er zijn aanwijzingen dat het aanstellen van een individu die belast is met de coördinatie van RTW activiteiten, de duur van arbeidsongeschiktheid en de kosten die daar mee gemoeid zijn doen dalen
- Er zijn aanwijzingen dat scholing van leidinggevend en managers de duur van arbeidsongeschiktheid doet dalen. In de onderzochte studies gaat het dan vooral om scholing op het gebied van ergonomische aanpassingen op de werkplek/werkvloer en training op het gebied van veiligheid
- De kwaliteit van leven na een RTW interventie, inclusief het pijnniveau, functionaliteit en algemene gezondheid, staat centraal bij het vaststellen van de effectiviteit van dit soort interventies. Uit de evaluaties is echter gebleken dat de resultaten te divers waren om te kunnen concluderen dat deze interventies een positief effect hebben op de kwaliteit van leven van werknemers.

Om de bevindingen uit de kwalitatieve literatuur te duiden hebben de eerder genoemde onderzoekers een aantal relevante kernconcepten geïdentificeerd. Uit de review van de kwalitatieve literatuur komen de volgende bevindingen:

- Goodwill en wederzijds vertrouwen zijn belangrijke factoren die bijdragen aan succesvolle RTW interventies. Deze voorwaarden komen voort uit wederzijds begrip en respect voor de belangen van de betrokken partijen. Zelfs wanneer aanbevolen omstandigheden - als vroegtijdig contact en een proactieve houding ten opzichte van disability management – aanwezig zijn, hebben mensen vertrouwen nodig in het RTW proces en moeten ze het gevoel hebben dat er rekening wordt gehouden met hun welzijn.
- Miscommunicatie en misverstanden liggen op de loer. Succesvolle werkhervatting is geen eenvoudig proces. De kwalitatieve studies wijzen op de vele moeilijkheden die werknemers ondervinden bij hun 'plicht tot samenwerken'. De situatie waarin zieke werknemers zitten maakt ze vaak kwetsbaar en minder zelfredzaam, gebrek aan kennis over rechten en plichten en een gebrek aan kennis over procedures maakt dat het proces niet altijd soepel verloopt.
- Aangepast werk brengt ook belangrijke sociale aspecten met zich mee. Aangepast werk kan zorgen voor sociale ontwrichting wat zorgt voor een nieuwe set aan relaties

en routines. De zieke werknemer kan bijvoorbeeld te maken krijgen met collega's die taken over moeten nemen waardoor hun werkdruk stijgt en dat de zieke werknemer kwalijk nemen. Een slechte fit met de omgeving of een negatieve werksfeer zijn zaken die kunnen bijdragen aan een verstoord proces.

- RTW vereist een zorgvuldige afstemming en afweging van de behoeften van de verschillende actoren. De behoeften en ervaringen van werknemers, collega's, leidinggevenden, managers en zorgverleners hebben allemaal invloed op het succes van werkhervatting. Daarnaast kunnen de belangen van de verschillende actoren nog wel eens botsen. Waar werknemers en zorgverleners misschien meer de focus leggen op medisch herstellen, kunnen werkgevers meer de nadruk leggen op herstel in productiecapaciteit.

Wanneer we kijken naar de situatie zoals deze is in Nederland dan zien we aan de hand van gegevens van het UWV dat de instroom in de WIA beduidend lager is dan voorheen de instroom in de WAO (UWV monitor arbeidsparticipatie, 2012). Naast het feit dat bij de WIA, in vergelijking met de WAO, veel meer mensen worden afgewezen, zou dit er op kunnen wijzen dat de re-integratieactiviteiten succesvol zijn. De relatie tussen re-integratieactiviteiten en resultaten is echter onduidelijk. Onderzoek naar de werking van de WVP heeft geen verband kunnen aantonen tussen het aantal interventies en werkhervatting. Concrete informatie over de resultaten en de effectiviteit van re-integratieactiviteiten is namelijk weinig voorhanden (Piek, van Vuuren, Ybema & Joling, 2008). In het rapport van Piek et al., (2008) valt verder te lezen dat (eerder) onderzoek naar de effectiviteit van de re-integratiemarkt laat zien dat het lastig is om zicht te krijgen op de toegevoegde waarde van de verschillende soorten diensten. In het onderzoek dat Piek et al., uitvoeren komt naar voren dat het merendeel van de onderzochte werkgevers er in slaagt om hun zieke werknemers volledig of gedeeltelijk het werk te laten hervatten. Van de ruim 600 zieke werknemers die de onderzoekers hebben bevraagd, heeft de helft het eigen werk hervat, 6,7 procent een andere functie bij de eigen werkgever en 6 procent is ergens anders aan het werk. Verder komt uit het onderzoek naar voren dat werkgevers geen verschil in effectiviteit ervaren van zelf doen, uitbesteden of samenwerken wat betreft re-integratieactiviteiten.

2.3 WERKHERVATTING LANGDURIG ZIEKE WERKNEMERS

Uit het vorige hoofdstuk is gebleken dat werkhervatting na een periode van arbeidsongeschiktheid geen simpel proces is. Het multicausale karakter van ziekteverzuim wordt weerspiegeld door de vele determinanten die samenhangen met werkhervatting. Persoonsgebonden factoren, werk- of organisatie gebonden factoren, factoren gerelateerd aan de zorg en hulpverlening en ten slotte maatschappelijke factoren worden allen genoemd in relatie tot werkhervatting. Vooral persoonsgebonden factoren hebben relatief veel aandacht gekregen in onderzoek naar werkhervatting (Labriola, 2008; Oomens, Koppes, van den Bossche & Houtman, 2010). In dit hoofdstuk ligt de nadruk op een aantal factoren die samenhangen met werkhervatting.

2.3.1 Sociaal demografische kenmerken

Kenmerken als geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en opleiding zijn veel bestudeerd in relatie tot werkhervatting en ziekteverzuim. De resultaten van de diverse studies laten echter geen eenduidig beeld zien. De Vernet-analyse laat zien dat een hoge leeftijd een grote risicofactor is voor ziekteverzuim, zowel als het gaat om verzuimpercentage als de gemiddelde verzuimduur (Reijenga, Zwinkels & van Vuuren, 2004). Post (2005) en Andrea et al. (2003) vonden echter geen significante verschillen in werkhervatting voor verschillende leeftijdsgroepen. Hetzelfde geldt voor opleiding; lager opgeleiden hebben over het algemeen een kleinere kans op werkhervatting dan hoger opgeleiden (Blank et al. 2008). Post (2005) vindt juist dat hoger opgeleiden er langer over doen om het werk volledig te hervatten.

Een kenmerk waar meer overeenstemming over lijkt te zijn is geslacht. Over het algemeen wordt aangenomen dat vrouwen een grotere kans hebben op ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid dan mannen. Beroepen en sectoren zijn nog altijd in belangrijke mate naar sekse verdeeld, waardoor het werk van mannen en vrouwen verschillende risico's kent (Holmgren & Ivanoff, 2003; Verdonk & de Rijk, 2008; Lederer, Rivard & Mechakra-Tahiri, 2012). Dat lijkt echter niet de enige verklaring. Ook minder grijpbare factoren lijken een rol te spelen in de hogere cijfers van vrouwen. Smit (2001) zoals beschreven in Reijenga, Zwinkels en van Vuuren (2004) merkt op dat vrouwen werkzaam in de zorgsector hun motivatie vooral uit de directe zorgverlening 'aan het bed' halen. Bezuinigingen, reorganisaties, toegenomen

werkdruk en technologie hebben er de laatste decennia echter voor gezorgd dat het belang van snel werken en beheersing van nieuwe werkmethoden is toegenomen. Volgens veel werkneemsters in de zorg is dit ten koste gegaan van de menselijke maat, waardering voor aandacht en zorg aan patiënten en bewoners is ondergeschikt aan de bedrijfsvoering. Verzuim en uitval zouden hiervan het gevolg zijn. Verklaringen worden daarnaast gezocht in de verschillen in gezondheid en ziektebeleving tussen mannen en vrouwen. Vrouwen wachten vaker dan mannen totdat zij volledig hersteld zijn totdat ze het werk hervatten. Ten slotte lijken er aanwijzingen te zijn dat stereotype ideeën over werkende vrouwen er voor zorgen dat de begeleiding bij ziekteverzuim en re-integratie minder gericht is op het werk zelf, op terugkeer naar werk en op het voorkomen van hernieuwde uitval (Verdonk & de Rijk, 2008).

2.3.2 Gezondheid

Gezondheid wordt als een van de belangrijkste determinanten van werkhervatting gezien. De literatuur op dat gebied suggereert dat psychologische factoren en de gezondheidstoestand van een individu effect hebben op de beslissingen die mensen maken met betrekking tot verzuim en werkhervatting. Zowel de aard van de gezondheidsklachten (lichamelijk, geestelijk of een combinatie van beide), als de ernst van de klachten houden verband met werkhervatting. Een redelijke gezondheid lijkt een belangrijke voorwaarde te zijn voor deelname aan het arbeidsproces (Oomens et al., 2010; D' Amato & Zijlstra, 2010). Fysieke klachten kunnen, als vanzelfsprekend in de ene beroepsgroep meer als de andere, een belangrijk obstakel zijn om het werk te hervatten. Onderzoek laat zien dat werknemers met fysieke klachten als lage rugpijn het werk relatief snel hervatten. Slechts een klein deel van deze werknemers verzuimt drie maanden of langer. Zij lopen echter wel een risico om volledig arbeidsongeschikt te raken. Psychische klachten vormen een groter probleem. Psychische klachten worden (al dan niet in combinatie met fysieke klachten) als een beperkende factor gezien bij werkhervatting. Dit type klachten leidt namelijk tot een langere verzuimduur en werknemers met psychische klachten hebben over het algemeen meer tijd nodig om het werk te hervatten. Psychische klachten leiden niet alleen tot langdurig verzuim maar vaak ook tot arbeidsongeschiktheid (Oomens, Huijs & Blonk, 2009; Oomens et al., 2010).

2.3.3 Werkenmerken

Werkenmerken hebben betrekking op de werkzaamheden die worden verricht, de omgeving waarbinnen het werk wordt verricht en de arbeidsverhoudingen. Onderzoek naar werkhervatting heeft zich met name gericht op kenmerken van de werksituatie, zoals de mate van werkdruk, autonomie, fysieke eisen, geestelijke belasting, tevredenheid met het werk, grootte van de organisatie, de sector waarin men werkt en de relatie met de leidinggevende en collega's (D'Amato & Zijlstra, 2010; Post, Krol & Groothoff, 2005; Friesen, Yassi & Cooper, 2000; Nordqvist, holmqvist & Alexanderson, 2003; Oomens et al., 2010).

De rol van de leidinggevende lijkt een bepalende factor voor de kans op (volledige) werkhervatting. Hoe de leidinggevende aankijkt tegen ziekte en werkhervatting, en of er sprake is van een 'veilige' en steunende bedrijfscultuur bepalen of een werknemer in staat is het werk te hervatten (Holmgren & Yvanoff, 2007; Oomens et al., 2010; D'Amato & Zijlstra, 2010). In een onderzoek onder bedrijfsartsen en psychologen naar factoren in de werksituatie die belemmeren dat verzuimende werknemers tijdig het werk hervatten vonden Oomens et al., (2009) dat veel van de belemmerende factoren bij werkhervatting die worden genoemd door deelnemers gaan over de *leidinggevende*: zijn/haar opstelling, houding en vaardigheden/competenties. De leidinggevende lijkt daarmee volgens hen een sleutelpositie in te nemen in het proces van werkhervatting. Gebrek aan flexibiliteit/creativiteit, gebrek aan vaardigheden, competenties en onvoldoende kennis bij de leidinggevende over het ziektebeeld en wat dit betekent voor re-integratie zijn belemmerende factoren die uit het onderzoek naar voren komen. Oomens et al., (2009) concluderen dat een begripvolle en stimulerende (organisatie)omgeving, deels ingegeven door meer kennis bij de leidinggevende over het ziektebeeld en de consequenties voor het functioneren, de kans op een succesvolle werkhervatting groter maken.

Vooraf de ervaren steun van de leidinggevende lijkt een belangrijke factor die de kans op hervatting na ziekteverzuim beïnvloedt. Volgens Franche en Krause (2002) begint deze steun al bij de houding die de leidinggevende aanneemt. Op het moment dat de werknemer zijn leidinggevende als onbevooroordeeld ervaart zal dit volgens Franche en Krause (2002) de re-integratie ten goede komen. Volgens hen zit hierachter de gedachte dat de werknemer graag wil dat zijn ziekte als legitiem wordt gezien. Wanneer de werknemer het gevoel heeft

dat zijn ziek-zijn niet serieus wordt genomen, beïnvloedt dit zijn attitude tegenover het werk en daarmee de keuze tot werkhervatting negatief.

2.4 SLOTBESCHOUWING EN VRAAGSTELLING

Sinds de jaren negentig is de eigen verantwoordelijkheid van werkgevers voor arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim steeds groter geworden. Wijzigingen in de systemen rondom ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid hebben er voor gezorgd dat verzuimmanagement binnen bedrijven een steeds grotere rol is gaan spelen. De Wet verbetering poortwachter moet er toe bijgedragen dat werkgever, maar ook werknemer beide moeten werken aan een effectieve re-integratie. Met de invoering van de Wet verbetering poortwachter is in het krachtenspel van spelers rond verzuim en re-integratie dan ook veel veranderd. De komst van de 'casemanager' heeft ervoor gezorgd dat de verhoudingen zijn veranderd, verzuimbegeleiding was immers lange tijd het exclusieve werkterrein van bedrijfsartsen. Hoe de casemanager precies invulling moet geven aan zijn taken, daar doet de Wet verbetering poortwachter geen uitspraken over. Daarin zijn bedrijven geheel vrij. Dat is aan de ene kant prettig omdat het bedrijven creativiteit en bewegingsvrijheid biedt, maar aan de andere kant bestaat er grote behoefte om taakhoud van de casemanager handen en voeten te geven (Weijts & van Duinhoven, 2004). Over hoe de procesbewaking en -begeleiding bij re-integratie het best plaats kunnen vinden is in de literatuur weinig te vinden.

Uit de literatuurverkenning blijkt daarnaast dat het lastig blijkt om de toegevoegde waarde van activiteiten gericht op succesvolle re-integratie te meten. Onderzoek richt zich vaak op statistisch meetbare aspecten. De invloed van de (wijze van) uitvoering blijft vaak onderbelicht, terwijl deze juist een cruciale rol kan spelen. Re-integratie is immers geen technologie. Kenmerkend voor de activiteit is dat het gewenste resultaat niet zelfstandig tot stand gebracht kan worden. Het resultaat berust fundamenteel op de medewerking van de werknemer met daaromheen de leidinggevende, de personeelsadviseur en de bedrijfsarts. Een optimale afstemming en rolverdeling tussen deze actoren lijkt dan ook een voorwaarde voor goede samenwerking en daarmee een soepel lopend re-integratieproces. Aan de hand van de literatuurverkenning kan geconcludeerd worden dat werkhervatting na een periode

van arbeidsongeschiktheid geen simpel proces is door de vele determinanten die met elkaar samenhangen. Op sociaal demografische kenmerken en kenmerken die samenhangen met gezondheid hebben werkgevers minimale invloed. Voor werkkenmerken en de wijze van uitvoeren ligt dat anders.

Bij thuiszorgorganisatie V érian hoopt men beter inzicht te krijgen in het re-integratieproces en in het bijzonder de rol van verschillende direct betrokken actoren. De hoofdvragen van dit onderzoek luiden dan ook:

-Wat is de visie van verschillende actoren binnen V érian Care & Clean op het re-integratieproces en op welke manier wordt dit proces volgens hen bevorderd of juist belemmerd?

-Wat is de rol van de verschillende actoren in het proces en wat betekent dit voor de verantwoordelijkheden die ze dragen?

3. ONDERZOEKSOPZET

In dit hoofdstuk worden de stappen beschreven die zijn gezet bij het vormgeven van het onderzoek.

3.1 TYPE ONDERZOEK

Onderzoek kan worden gescheiden naar het doel dat er mee wordt nagestreefd ('t Hart, Boeije, Hox, 2006). Dit onderzoek sluit het beste aan bij het doel van *praktijkgericht* wetenschappelijk onderzoek. Het doel van dit type onderzoek is het doen van onderzoek voor de ontwikkeling, de uitvoering en de evaluatie van oplossingen voor *praktijkproblemen* die bestaan bij aanwijsbare personen, groepen of organisaties buiten de wetenschap. De aanleiding voor dit onderzoek zijn de problemen/onduidelijkheden die Vérian ervaart bij de re-integratie van zieke werknemers binnen de organisatie. De rol die verschillende actoren vervullen in het bevorderen van re-integratie is niet geheel duidelijk, dus daar willen ze graag een beter beeld van krijgen. De kennis verkregen met dit onderzoek zal ook bijdragen aan kennisvermeerdering, maar het betreft kennis die nodig is voor het praktisch handelen binnen de organisatie.

3.2 ONDERZOEKSMETHODE

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van semi-gestructureerde interviews. In dit type interview liggen de vragen en antwoorden niet van te voren vast maar de onderwerpen wel (Baarda, de Goede en van der Meer-Middelburg, 2007). Zoals eerder al is aangegeven is re-integratie geen technologie. Deze methode van data verzameling biedt de mogelijkheid om persoonlijke meningen en motieven te achterhalen met het bijkomende voordeel dat hier waar nodig op kan worden doorgevraagd. Daarnaast hebben de onderzochte eenheden via deze methode de kans gekregen hun verhaal te doen waardoor er inzicht kon worden verkregen in de dynamiek die het re-integratieproces met zich mee brengt.

Voor elk van de actoren is een aparte topiclijst samengesteld met deels overlappende onderwerpen. Onderwerpen die in alle interviews werden bevroegd hadden betrekking op de reflectie van de eigen rol in het re-integratie proces en de reflectie op de rol van de andere

actoren. Daarnaast is er in elke interview uitvoerig ingegaan op de samenwerking tussen de verschillende actoren.

In totaal zijn er 15 interviews afgenomen van gemiddeld 45 minuten. De casemanagers zijn persoonlijk benaderd voor een interview en deze interviews hebben als eerste plaats gevonden. Het contact met de (zieke) medewerkers is in eerste instantie gelegd door de casemanagers. Deze hebben (zieke) medewerkers uit hun bestand benaderd met de vraag of ze mee wilden werken met het onderzoek. Na het eerste contact via de casemanagers zijn de (zieke) medewerkers telefonisch benaderd voor een interview. De interviews vonden in principe plaats op het hoofdkantoor van Vérian. 2 interviews hebben door de fysieke gesteldheid van de medewerker plaats gevonden bij de medewerker thuis. 1 interview heeft telefonisch plaatsgevonden. De bedrijfsarts is via mail benaderd voor een interview en vond plaats op het hoofdkantoor van Vérian.

3.3 RESPONDENTEN

In totaal zijn 15 interviews afgenomen.

(zieke) medewerker	11
Casemanager	3
Bedrijfsarts	1

- De (zieke) medewerkers waren allen vrouw in de leeftijd van 30 tot 59. De vrouwen zaten in verschillende fases van het re-integratieproces. De reden dat deze vrouwen op een gegeven moment arbeidsongeschikt zijn geraakt loopt sterk uiteen, maar over het algemeen was een beperking aan het bewegingsapparaat de oorzaak dat deze vrouwen het werk niet meer konden uitvoeren. De vrouwen werken of werkten allemaal in de regio Apeldoorn.
- De casemanagers waren allen vrouw en al geruime tijd in dienst van Vérian.
- De bedrijfsarts was een vrouw en sinds een paar maanden in dienst bij Vérian.

3.4 OPERATIONALISERING

Uit het theoretisch kader is gebleken dat het lastig blijkt om de toegevoegde waarde van activiteiten gericht op succesvolle re—integratie te meten, daarnaast wordt een effectieve samenwerking tussen de verschillende actoren beschouwd als een belangrijk element in succesvolle re-integratie. Dit onderzoek richt zich om die redenen meer op de procesgang binnen de re-integratie en minder op uitkomsten van re-integratie. De drie topiclijsten voor de (zieke)medewerker, de casemanagers en de bedrijfsarts bevatten onderwerpen en vragen die erop gericht zijn om meer inzicht te krijgen in de interactie tussen de meest betrokken partners (medewerker, casemanager en bedrijfsarts).

In hoofdvraag 1 staat de ‘visie’ van de verschillende actoren centraal. Het concept wordt geoperationaliseerd als de ideeën en opvattingen die de actoren hebben over het re-integratieproces. In de interviews komt dit bijvoorbeeld terug in vragen over het verloop van de re-integratie en vragen over ‘goede’ uitkomsten van re-integratie.

In hoofdvraag 2 staat de ‘rol’ van de verschillende actoren centraal. Bij dit concept staat de positie die de actoren ten opzichte van elkaar innemen centraal, maar ook de invulling die wordt gegeven aan die positie. Het gaat bij dit concept dus om de inspanningen die wel/niet worden verricht en komt bijvoorbeeld terug in vragen over leidinggeven, regie en vertrouwen.

3.5 DATA ANALYSE

De interviews zijn met toestemming opgenomen op een voice-recorder. Na de interviews zijn de gesprekken teruggeluisterd en zijn relevante stukken uitgetypt en vervolgens ingevoerd in MAXQDA, een computerprogramma voor kwalitatieve analyse. Via een proces van open, axiaal en selectief coderen is vervolgens structuur aangebracht in de data (zie bijlage). Op basis van de codes is vervolgens het resultaten hoofdstuk geschreven.

3.6 KWALITEIT VAN ONDERZOEK

Kwaliteit in onderzoek is verbonden met de termen ‘validiteit’ en ‘betrouwbaarheid’. Betrouwbaarheid heeft betrekking op beïnvloeding van waarnemingen door toevallige of niet systematische fouten (’t Hart, Boeije & Hox, 2009). Het onderzoek kan worden getypeerd als betrouwbaar. Er is gebruik gemaakt van semi gestructureerde interviews, wat betekent dat wanneer de interviews worden herhaald dat zou moeten leiden tot gelijke uitkomsten.

Validiteit heeft betrekking op beïnvloeding van het onderzoek door systematische fouten. De validiteit van het onderzoek wordt bedreigt. De werving van respondenten heeft er waarschijnlijk voor gezorgd dat slecht een deel van de beoogde populatie vertegenwoordigd wordt in dit onderzoek.

3.7 WETENSCHAPPELIJKE EN MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

De relevantie van het onderzoek kent twee vormen, de wetenschappelijke relevantie en de maatschappelijke relevantie. Bij wetenschappelijke relevantie staat kennisvermeerdering centraal, terwijl maatschappelijke relevantie draait om het oplossen van een praktijkprobleem (’t Hart, Boeije en Hox, 2005). Het gegeven dat dit onderzoek is gebaseerd op een probleem dat Vérian in de praktijk ervaart, legt de nadruk automatisch op maatschappelijke relevantie. Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is om op basis van de verkregen data beleidsaanbevelingen te doen, die Vérian kunnen helpen om hun re-integratieproces te optimaliseren. Volgens Hell (2004) beschrijft een goed verzuimbeleid duidelijk de rollen en verantwoordelijkheden van de betrokkenen vanaf het moment van ziekmelding en is gericht op verzuimpreventie, snelle re-integratie en het behoud van de regie bij verzuim. De kennis die met dit onderzoek verkregen zal gaan worden zal een bijdrage kunnen leveren om de verantwoordelijkheden en rollen van de verschillende betrokkenen scherp en duidelijk zichtbaar te maken. Wanneer het re-integratieproces minder stroef verloopt, scheelt dit Vérian een hoop tijd en kosten. Bovendien is het waarschijnlijk dat een re-integratieproces dat op een prettige en spoedige manier verloopt, beter is voor het welbevinden van de re-integrerende medewerker dan een re-integratieproces dat erg stroef verloopt.

Wetenschappelijke relevantie wordt in praktijkgericht onderzoek doorgaans van minder groot belang geacht dan maatschappelijke relevantie. Dit wil echter niet zeggen dat

praktijkgericht onderzoek helemaal niet wetenschappelijk relevant kan zijn. Dit onderzoek is ook wetenschappelijk relevant, aangezien er wordt geprobeerd nieuwe inzichten toe te voegen aan reeds bestaande wetenschappelijke kennis.

3.8 ASW-VERANTWOORDING

De opleiding Algemene Sociale Wetenschappen (ASW) kenmerkt zich door haar interdisciplinariteit en de toepassing voor de praktijk. Dit onderzoek past binnen deze traditie. Om het fenomeen verzuim goed te verklaren is er inzicht nodig vanuit verschillende disciplines. Inzichten uit de psychologie geven inzicht groeps cultuur, werkstress en de persoonlijkheid van mensen. Enkel de inzichten vanuit de psychologie zijn echter niet voldoende. Ook andere niet psychologische factoren spelen een (belangrijke) rol. Zo is er de wetgeving, met financiële consequenties voor de werkgever. Daarnaast wordt het probleem op twee niveaus bekeken, zowel op het niveau van de individu werknemer/casemanager/bedrijfsarts, maar wordt ook op bedrijfsniveau gekeken om een verklaring te vinden voor het fenomeen verzuim. Het tweede kenmerk van ASW is de toepassing voor de praktijk. De uitkomst van dit onderzoek biedt inzicht in de interactie tussen werknemer, casemanager en bedrijfsarts en kan er toe bijdragen dat V érian haar re-integratieproces soepeler kan laten verlopen.

4. RESULTATEN

Vérian is bezig om haar verzuimmanagement een nieuwe impuls te geven. Hoewel dat men het idee heeft dat al het mogelijke wordt gedaan,, blijven de percentages op verzuim en meldingsfrequentie structureel te hoog. Om die reden heeft Vérian besloten om de zaken structureel anders aan te gaan pakken. De eerste stap binnen dit proces is het scheppen van helderheid, te beginnen bij de meest betrokken partners: de (zieke) werknemer, met daaromheen P&O, de leidinggevende en de bedrijfsarts (de driehoek).

In dit hoofdstuk wordt de interpretatie van de gehouden interviews gepresenteerd en daarbij valt op voorhand al het een en ander op. Verzuim en re-integratie bij Vérian blijkt een lastige tak van sport. Het gaat om veel medewerkers met allemaal kleine dienstverbanden en mensen werken allemaal vanuit huis, dus de binding met Vérian is niet zo heel groot, want in principe spreken de medewerkers de planner en verder is er geen contact. Op het moment dat een medewerker zich ziek meldt, moet dat via een digitaal systeem en vervolgens krijgen ze met de casemanager te maken die ze normaal gesproken helemaal niet kennen. Op het moment dat de casemanager met een vraag zit omtrent re-integratie dan komt deze vraag terecht bij de bedrijfsarts. Aan de hand van deze vraag komt de zieke medewerker op het spreekuur. De rayonmanager die boven de casemanager staat daar zijn er maar twee van dus die hebben beide ongeveer duizend medewerkers onder zich, dus die kennen ze niet. Daarnaast is het vinden van passend werk, dus hoe zet je mensen met beperkingen toch zo goed mogelijk in, lastig.

Aan de hand van de geanalyseerde gesprekken met de meest betrokken partners uit de driehoek zullen deze eerste bevindingen worden uitgewerkt en wordt getracht de rol en visie van de verschillende actoren betrokken bij het re-integratieproces verder uit te diepen.

4.1 DE MEDEWERKER

4.1.1 Proces van uitval

Het re-integratieproces start idealiter vanaf de eerste ziektedag. Voor dat moment aanbreekt heeft zich vaak al een heel proces voltrokken. Het verloop van de klachten is per medewerker verschillend, alsmede de wijze waarop ze met hun klachten omgaan. Bij de meerderheid van de medewerkers is een acute klacht, bijvoorbeeld door een ongeval, de reden dat het werk niet meer uitgevoerd kan worden. Verder is er een aantal medewerkers waar de gezondheidsklachten enkele maanden of weken voor de werkelijke uitval ontstonden en een meer chronisch karakter hadden. Daarnaast zijn er een aantal medewerkers die al eerder een periode waren uitgevallen en die nu weer een langere periode fysieke en of gezondheidsklachten hadden, die na verloop van tijd zo verergerde dat men uitviel. Bij de meerderheid van de medewerkers zijn de klachten van dien aard dat een simpele behandeling niet afdoende is om de klachten te verhelpen. Het genezingsproces is vaak een langdurig proces en uitval is vaak ook niet te voorkomen.

Op het moment dat de gezondheidsklachten ontstaan, of dermate ernstig zijn geworden dan volgt de ziekmelding op het werk. De medewerkers zijn op dat moment fysiek niet meer in staat om hun werk uit te voeren of hebben het besluit genomen dat de gezondheidsklachten dermate ernstig zijn/worden dat men prioriteit moet geven aan de eigen gezondheid. Een aantal medewerkers geeft aan dat ze langdurig met klachten hebben doorgelopen, maar uiteindelijk (met tegenzin) toch genoodzaakt zijn om zich ziek te melden:

Ze hebben eigenlijk nooit doorgehad dat ik zoveel klachten had. Bij Vérian wist eigenlijk niemand dat ik zulke klachten had. Omdat ik er ook nooit voor thuis ben gebleven. Kijk als je rugklachten hebt dan blijf je eens een keer thuis en dan ga je na die tijd weer gewoon door, maar dit was in zo'n erge vorm dat een operatie noodzakelijk werd. (...) Nee het was verder ook geen probleem, ze waren eigenlijk alleen een beetje beduusd dat ik daar nooit eerder had aangegeven dat ik daar last van had. En trouwens dat helpt ook niet want het werk blijft hetzelfde (medewerker 1).

Een andere medewerker zegt:

Ik heb dan nog wel eens bijholte ontsteking of iets maar dan ga ik gewoon door. Ja, of ik nu thuis zit of ik ben aan het werk, dan ga ik gewoon door. Ik meld mij alleen ziek als ik echt griep heb of moet overgeven of dat soort dingen, maar dat komt heel weinig voor (medewerker 3).

4.1.2 Periode thuis

Medewerkers geven bijna zonder uitzondering aan dat ze in principe nooit ziek zijn en altijd werken. Het feit dat ze nu niet of slechts gedeeltelijk kunnen werken brengt een soort schuldgevoel met zich mee. Niet zozeer tegenover van V érian, maar tegenover de vaste cliënten waar men normaal gesproken werkt. Werk betekent veel voor de medewerkers. Een aantal is afhankelijk van het inkomen wat ze met het werk genereren, maar afgezien van die noodzaak is een belangrijke reden dat men werkt, dat zij graag iets om handen willen hebben. Een aantal medewerkers geeft aan dat de kinderen op een gegeven moment zelfstandig genoeg waren dat ze daarvoor niet meer thuis hoefde te blijven. Het werken in de huishoudelijke zorg bij V érian biedt hen een goede invulling van de tijd die ze voorheen kwijt waren aan hun kinderen. Vooral het contact met de cliënten wordt hoog gewaardeerd. Het werk brengt niet alleen veel voldoening voor de medewerker, maar ook voor de cliënten:

Mensen zijn toch altijd wel blij als je er bent. Je krijgt ook best wel veel privé dingen te horen, hoe eenzaam een mens is, wat ze missen in hun leven en dat jij dat toch een beetje opvult. Ook al ben je daar voor de huishoudelijke dingen, je bent toch ook een beetje een steunpilaar en een soort praatpaal waar ze hun verhaal aan kwijt kunnen. Mensen zijn soms echt eenzaam merk je wel (medewerker 2).

Hoewel de aard van de beperking om te werken erg uiteenloopt, is het voor geen van de medewerkers een prettige ervaring geweest om arbeidsongeschikt te zijn. Hoewel de periode thuis verschillend is ervaren, stond het grootste deel van de werknemers positief tegenover werkhervatting. Het grootste gedeelte zou het liefst direct weer aan het werk gaan. Voor een enkeling was het dan ook frustrerend om te beseffen dat de beperking dat niet toeliet. Er is echter ook een medewerker die de periode thuis, niet als vervelend heeft ervaren. Hoewel ze

het werk mist, heeft ze zich bij haar beperking neergelegd en wacht ze tot ze weer in staat is om haar werk op te pakken:

(...) kijk het ritme ben je helemaal kwijt, maar ik verveel mij niet moet ik eerlijk zeggen. Ik heb van mijn man een tablet gekregen toen ik thuis kwam te zitten, want ik ben niet ziek. Het is ziekteverzuim inderdaad, maar je bent niet ziek, alleen je kunt niet werken. Omdat je gewoon beperkt bent in je bewegingen. We zijn nu bezig met de tuinstoelen, maar dat kan ik zittend doen, dus ik verveel mij niet. Ik hoop dat het snel over gaat, maar tot die tijd moet ik rustig aan doen (medewerker 4).

4.1.3 Contact met V érian

Medewerkers werken vanuit huis bij de cliënten. De binding met de werkgever V érian is in veel gevallen dan ook minimaal en het contact blijft vaak beperkt tot de teambesprekingen. Deze teambesprekingen vinden 3 à 4 maal per jaar plaats en dat zijn vaak ook de enige momenten dat de medewerker contact heeft met zijn of haar leidinggevende en zijn of haar directe collega's. Het minimale contact wordt over het algemeen niet als vervelend ervaren. 'Het hoort nu eenmaal bij dit werk' is een veel gehoorde uitspraak en de meeste medewerkers zijn nu wel gewend om alleen te werken. Een enkeling zit niet te wachten op collega's, hen gaat het primair om het contact met de cliënten.

Je mist je werk. Je bent natuurlijk gewend om onafhankelijk te zijn, je doet je werk, je hebt je afspraken volgens het planbureau en dat gaat gewoon zo wekelijks door omdat je je vaste cliënten hebt. (...) ik ben heel erg gewend aan je eigen initiatief en je eigen vrijheid, dat je gewoon je dingen doet en dat je daar eigenlijk ook geen mensen bij lastig hoeft te vallen (Medewerker 7).

De teambijeenkomst is ook het moment dat het verzuim binnen een team ter sprake komt. Medewerkers geven aan dat ze verteld wordt hoe de stand van zaken is betreffende het verzuim, dat er statistische gegevens worden verstrekt over het verzuim, maar een echte aanpak of strategie om het verzuim terug te dringen (als dat binnen dat team nodig is) vinden ze daar niet in terug. Medewerkers geven wel aan dat ze op het hart gedrukt worden dat je

niet voor elk pijntje of wissewasje van jezelf of je kind thuis kan gaan zitten. Mocht het echt zo zijn dat werken niet mogelijk is dan wordt er de mogelijkheid gegeven om te schuiven in diensten zodat er geen vrije dagen of ziektedagen moet worden opgenomen, maar de cliënt toch de zorg krijgt die zij verwachten.

Het echte contact met Vérian ontstaat pas op het moment dat de medewerker uitvalt en zijn of haar werk niet meer kan uitvoeren. Op het moment dat medewerkers zich ziekmelden moet dat gebeuren via de online verzuimtool My Medical Coach en daarna krijgen ze met de casemanager te maken. Voor een aantal medewerkers was dit niet de eerste keer dat ze te maken hadden met de casemanager omdat ze al eerder een periode waren uitgevallen. Voor de meeste was dit echter de eerste keer dat ze te maken kregen met een casemanager en terecht kwamen in het proces van re-integratie.

Ondanks het feit dat de periode van arbeidsongeschiktheid voor de meeste medewerkers geen fijne periode is, wordt het contact met Vérian tijdens deze periode wel als prettig ervaren. De aandacht die de medewerkers krijgen van de casemanager wordt over het algemeen als fijn ervaren en het contact gaat soms verder dan de verplichte stappen die gezet moeten worden in verband met de Poortwachter wet:

In eerste instantie is het een luisterend oor. Die je ook advies geeft, van ga naar de dokter, de maatschappelijk hulp, of doe even dit. Kijk ik heb geen relatie met haar, maar het is wel heel fijn. Ze zetten niet constant druk achter je, ze begeleiden je echt weer terug naar je het arbeidsproces en dat vind ik wel heel fijn (medewerker 4).

Er lijkt echter wel wat verschil te zitten tussen de verschillende casemanagers in hun aanpak en benadering een medewerker zegt hierover:

Nu, deze is wel heel aardig. Want die vraagt ook wel hoe het is gegaan enz. Die andere dames zijn wat, ja hè moet ik dat zeggen, wat meer kortaf (Medewerker 1).

Een enkele medewerker noemt naast de casemanager ook expliciet het belang van de planner:

Voor mij waren belangrijk de casemanager vooral in het begin met die ziekmelding, ik heb ook heel goed contact met mijn planner. Ik vind het ook heel belangrijk dat zij weet wat er aan de hand is, Vérian schakelt informeert haar natuurlijk ook, maar dat vind ik ook persoonlijk netjes om daar contact mee te houden.

Vervangend werk op het kantoor bij Vérian is niet voor iedereen mogelijk. Voor diegenen die dat wel kunnen geeft dit toch wat voldoening. Ze kunnen dan wel niet hun eigen werk doen, wat de meeste medewerkers toch wel zouden willen, maar ze zijn toch bezig en hebben het idee dat ze toch wat nuttigs kunnen doen. De medewerkers die in staat zijn om vervangend werk te doen en waar vervangend werk voor aanwezig is komen op die wijze op een andere manier in contact met het bedrijf waarvoor ze werken. Uit verschillende interviews komt naar voren dat het werk op kantoor de meeste mensen erg bevalt. Een respondent geeft echter aan dat ze zich toch niet helemaal op haar plek voelt op kantoor door de wijze hoe er naar haar gekeken wordt:

Als je huishoudelijk hulp bent en je komt vervangend werk doen dan moeten ze niet meteen denken dat je dom bent. Dat vind ik. Want vrouwen die huishoudelijk werk doen, er zitten ongeschoolde tussen, maar lang niet iedereen. Want het is ook net de situatie waarin je zit. Het is niet altijd maar zo dat je dan geen opleiding hebt gehad. (...) niet iedereen hoor, maar sommige kijken toch zo van daar heb je weer zo'n huishoudelijk hulp. Maar dat veranderd toch niet dat is ook een beetje de mens (medewerker 6).

Het merendeel zegt ook graag vervangend werk te doen, Om op die manier toch onder de mensen te zijn. Het werk op kantoor doen ze liever dan de hele dag thuis zitten. Een enkeling krijgt ook een ander beeld van Vérian doordat ze nu eens van de andere kant kunnen kijken hoe het er in het bedrijf aan toe gaat.

4.1.4 Samenwerking en rolverdeling

In de interviews met de medewerkers is onder meer gevraagd naar de samenwerking tussen de belangrijkste spelers uit de zogenaamde driehoek. Over de samenwerking met de casemanager en de bedrijfsarts zijn de medewerkers overwegend positief. Uit de interviews met de medewerkers komt niet naar voren dat er problemen zijn in de samenwerking. De komst van een nieuwe bedrijfsarts heeft daar volgens enkele medewerkers mee te maken gehad, want de samenwerking met de vorige bedrijfsarts was volgens een aantal medewerkers minder prettig.

De precieze reden achter de minder prettige samenwerking wordt niet helemaal duidelijk, een medewerker zegt hierover:

Ik heb wel, de Arbo arts die zei tegen mij; 'heb je het geld nodig?' Dus ik zei; geld nodig wat is geld nodig? En toen zegt hij; nou als je het geld niet nodig hebt dan zou ik maar zuinig wezen op je knie en ander werk gaan zoeken. Nou ik ben 55, mijn dochter is 27 die komt al niet eens in de winkel aan de slag. Laat staan dat ik er in kom. Ja, zegt hij; zoals bij de HEMA dan kan je zittend werk doen achter de kassa. Daardoor was ik al een beetje link op hem (medewerker 9).

Ook de rolverdeling tussen de verschillende spelers uit de driehoek blijkt lastig te achterhalen uit de interviews. Medewerkers beperken zich voornamelijk tot hun eigen taken en laten zich leiden door de adviezen van de casemanager en in mindere mate de bedrijfsarts.

4.2 DE CASEMANAGERS

De casemanagers worden door V érian aangesteld om het verzuim en re-integratiebeleid uit te voeren. In de functieomschrijving valt te lezen dat de casemanager contact onderhoudt met zowel kortdurend frequent als langdurig arbeidsongeschikte medewerkers. De activiteiten

richten zich op de begeleiding van zieke medewerkers, de terugkeer in het arbeidsproces, het verhogen van de verzuimdrempel en het veranderen van de verzuimcultuur.

De geïnterviewde casemanagers zijn in eerste instantie niet opgeleid tot casemanager. Na een switch in de organisatievorm in de huishoudelijke verzorging bij Vérian is men teruggedaan van tientallen zorgmanagers, naar 2 zorgmanagers en 3 casemanagers. Een aantal zorgmanagers, die de leiding hadden over 1 of meerdere teams, is in die periode omgeschoold tot casemanager en gingen zich puur en alleen bezig houden met de begeleiding van zieke medewerkers. Afgezien van de nieuw aangestelde casemanagers, werken deze 3 casemanagers sinds jaar en dag samen.

4.2.2 Positie van de casemanager

De casemanager komt in beeld nadat de werknemer zich ziek heeft gemeld via het online ziekmeldingssysteem My Medical Coach. Via dat platform worden een aantal vragen en antwoorden doorlopen die betrekking hebben op de ziekmelding. Daaruit volgt een rapport waarin een voorlopige analyse van het ziekbeeld gegeven wordt met daaraan gekoppeld een advies. De rapportage is een hulpmiddel om een gericht gesprek tussen de medewerker en de casemanager te bewerkstelligen om daarna de juiste begeleidingsacties af te spreken. My Medical Coach zou moeten bijdragen aan een betere samenwerking tussen de medewerker, casemanager en leidinggevende. Wanneer dit systeem in de interviews ter sprake komt is men niet altijd even positief. Ook de werking van het systeem (verhoogde verzuimdrempel) wordt in twijfel getrokken:

De meerwaarde zou moeten zijn dat mensen zich minder snel ziek zouden melden, maar wij als casemanager hebben daar niet echt zicht op of dat nu ook daadwerkelijk zo is. Het moest belemmerend gaan werken, drempelverhogend. Wij vinden dat mensen zich bij MMC ook vrij makkelijk ziek kunnen melden (Casemanager 1).

ik had net iemand aan de telefoon die had zich vorige week een keer ziekgemeld en was daarna verdwenen, ik was twee dagen bezig om iemand te pakken te krijgen, want ik wil ze gewoon gesproken hebben, als je je alleen ziekmeldt via dat computerprogramma dat is niet genoeg. En vorige week was ze een dag ziek en vanochtend kreeg ik weer een

ziekmelding binnen via dat computersysteem dus ik bel haar en zeg wat krijgen we nu toch? Ben je nu weer ziek??(Casemanager 2).

De casemanagers geven aan dat ze in het re-integratie proces primair een begeleidende functie hebben. Met de Wet verbetering poortwachter in het achterhoofd zorgen zij dat alles in orde is. Waar nodig verwijzen ze mensen door naar hun baas omdat de ziekmelding ook wel eens een arbeidsconflict kan zijn. Waar de verantwoordelijkheden van de casemanager ophouden en die van de leidinggevende beginnen is niet altijd duidelijk:

Dat moet je wel heel goed in de gaten houden. Ja. Onze bazen zijn heel druk en delegeren ook taken aan ons. (...)Daar moet je heel zuiver in zijn. Ook omdat mijn bazen heel druk zijn en gewend zijn om te delegeren, dat is bijna altijd goed maar soms kom je in een lastige positie en dat moet ik ook kunnen zeggen, van dat wil ik niet of dat kan ik niet. Meestal is er niets aan de hand, ik word goed geïnstrueerd als ik taken moet overnemen. Dus dat gaat negen van de tien keer goed (Casemanager 1).

Naast het scheiden van taken en verantwoordelijkheden lijkt de intermediaire positie die de casemanagers hebben ook ten opzichte van de medewerkers soms lastig. De casemanagers geven aan dat ze proberen een vertrouwensrelatie op te bouwen met de medewerker. Dat ze in eerste instantie een afgevaardigde zijn van Vérian, maar er tegelijkertijd ook zijn voor de (zieke) medewerker. Ze proberen regelmatig contact te houden om zodoende te kunnen ontdekken wat er samen gedaan kan worden om de medewerker duurzaam te laten terugkeren in zijn eigen baan. Dat lukt echter niet altijd. Er zijn ook medewerkers waarmee het contact stroef verloopt, maar op dat moment schakelen ze de leidinggevende in geven ze aan.

4.2.3 Rol zieke medewerker

Naast het belang van goede begeleiding vanuit de casemanagers komt uit de interviews de rol van de zieke medewerker naar voren. De casemanagers zien het re-integratieproces als een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De casemanagers geven echter aan dat dat bij de medewerkers niet altijd even duidelijk is en dat er door de medewerkers heel makkelijk vanuit

wordt gegaan dat de casemanagers alles maar op zich nemen. Vooral de eigen regie van de medewerkers levert problemen op:

Het zou mogelijk zijn als ze er zich heel erg bewust van zijn. Maar ze zijn er niet altijd even bewust van dat ze dat zelf moeten doen.. want ziek was toch ziek? Dan hoef je toch niet zoveel te doen. Ik denk ook vooral ook in onze doelgroep. Ik kan mij voorstellen dat als een hoger opgeleide groep hebt dat met een opleiding dat die mensen er zich dan bewuster van zijn dan onze doelgroep. Dat kost mij heel veel tijd om dat duidelijk te maken, dat ze zelf verantwoordelijk zijn voor bijvoorbeeld de papieren van UWV die moeten ze zelf hebben. Maar dat doe jij toch hoor ik dan.. nee jij? Dat kost je gewoon tijd, en je helpt ze er ook wel mee, want je weet van anders komt het toch niet goed. maar ik heb er 1 gehad, die is bijna analfabeet die kan niet overweg met een computer. Dus die zei dan bel ik ze wel op van UWV, en ik vind t prima. Ze heeft gebeld en daarna t pakketje lekker thuisgestuurd gekregen en toen zijn we daar samen mee aan de slag gegaan om de zaak sluitend te maken. Maar dat kost gewoon veel tijd (casemanager 3).

4.2.4 Samenwerking met de bedrijfsarts

De casemanagers hebben in een korte periode met verschillende bedrijfsartsen te maken gehad. Net als uit de interviews met de medewerkers, blijkt de samenwerking met de nieuwe bedrijfsarts prettig. Hoewel ze er pas kort zit hebben de casemanagers al een aardig beeld over haar gevormd. Een van de casemanagers zegt hierover:

ze is heel consequent, heel doortastend, aardig voor de medewerkers, maar ook heel duidelijk in haar rapportage terug die maakt goede, ik vind dat ze en dat is heel persoonlijk, dat ze een goede kijk heeft op medewerkers en dat in een kort tijdsbestek. Vind ik knap, petje af (Medewerker 3).

Het contact met vorige bedrijfsartsen verliep wisselend. Over de een waren ze positiever dan de andere. Het belang van een goede samenwerking met een bedrijfsarts wordt voor de casemanagers hierdoor extra duidelijk. De casemanagers beschrijven wel heel duidelijk wat de rol is van de bedrijfsarts en waar de rol van de casemanager ophoudt:

de bedrijfsarts is zo objectief mogelijk oordeel te geven of een medewerker wel of niet geschikt is voor werk en als die dat niet is in welke mate wel en anders wat voor werk wel. Ik ben geen arts.. dat is lastig maar ben geen arts (Casemanager 2).

4.2.5 Verzuimmanagement

De casemanagers hebben het gevoel dat al het mogelijke al is gedaan om het verzuim te verlagen. In het verlengde van dat onderwerp geven ze ook aan dat er op dit moment een nieuwe nota ligt waarin het verzuim aangepakt gaat worden. De casemanagers geven aan dat ze vooral hopen op nieuwe inzichten om het verzuim tegen te gaan. Daarnaast zal het een en ander aangescherpt moeten worden. Wat die punten dan precies zouden moeten zijn komt niet heel duidelijk naar voren. De nieuwe keuzes brengen veranderingen mee waar de casemanagers nu midden inzitten. Het blijkt daarom lastig om daarop te reflecteren:

Op dit moment moet de regie weer gevormd worden, dat heeft te maken met het feit dat de richting pas net weer bepaald is. Bedrijfsarts is net nieuw en als we de bedrijfsnota gaan bespreken moeten we weer in overleg, er zou een bijeenkomst gepland worden met de bedrijfsarts, Otto Visser, de personeelsadviseur en wij als casemanagers om daar uit een duidelijk praktijkplan uit te vormen. Ik weet dat de bedrijfsarts daar ook echt de tijd in wil zetten om daar een goed praktijkplan van te maken, maar de bedoeling is om de regie bij de bedrijfsarts te leggen maar het proces moet t nog doen. Want op papier staat het wel maar in de praktijk moet het nog doen (Casemanager 2).

4.3 DE BEDRIJFSARTS

De bedrijfsarts is op 1 April begonnen bij Vérian, dus ze is nog niet zo lang in dienst. In totaal is ze al 18 jaar bedrijfsarts en heeft ze in heel veel verschillende bedrijven gezeten. De arbeids- en organisatiepsycholoog die Vérian helpt met het verandertraject rondom alles wat met arbeidsongeschiktheid en verzuim te maken heeft, heeft op een gegeven moment gezegd dat Vérian een andere bedrijfsarts nodig had wilden ze dat goed doen. Uiteindelijk is zij dat geworden vanaf 1 april.

Het beeld dat zij heeft van de organisatie is dat in de loop der jaren de casemanagers zo hun werk zijn gaan doen op een bepaalde manier en gewend zijn om daarin heel veel onder zich te houden en veel zelf op te lossen. Daarmee zijn de casemanagers vreselijk veel gaan doen, waarvan zij opmerkt dat bepaalde stukken eigenlijk horen bij de rayonmanager, sommige stukken horen in haar ogen bij P&O en bij sommige stukken heeft ze het idee dat de bedrijfsarts eerder in beeld zou moeten komen. Daarnaast constateert zij dat het overleg tussen die verschillende partijen samenhangt als los zand en niet volgens bepaalde structuren verloopt:

Op dit moment zijn we daar druk mee bezig, er zit echter nog wel heel veel ruis op de lijn, dus wat mij betreft valt daar nog heel veel te verbeteren. (...) Vooral in het wie doet wat en de afstemming. Wat er nu bijvoorbeeld gebeurt is dat de ene casemanager dingen onder zich houdt, te lang, terwijl er bijvoorbeeld functioneringsproblemen zijn. Dat hoort dan naar de leidinggevende te gaan. Sommige dingen kan een casemanager niet beslissen, want die heeft geen bevoegdheid daartoe. Daarnaast ligt er in dat arbeidsongeschiktheid verhaal een hele wetgeving onder. Daar moet je een heel aantal dingen in doen en die gebeuren niet altijd even goed. Er wordt soms niet op tijd naar vervangend werk gezocht, of dingen gebeuren te laat.

Ook over haar rol als bedrijfsarts ziet ze punten voor verbetering:

Ook over mijn rol als bedrijfsarts bijvoorbeeld. Soms zie ik mensen en dat denk ik; je hebt mij wel heel laat ingeschakeld. En soms zie ik mensen waarvan ik denk die had je best nog wel even onder je kunnen houden.

Uit het interview met de bedrijfsarts blijkt dat het hele samenspel tussen verschillende actoren rondom verzuim en re-integratie nog veel kan verbeteren. Het beeld wat de bedrijfsarts schetst komt wat dat betreft niet echt overeen met het beeld wat uit de interviews met de medewerkers en de casemanagers naar voren is gekomen. Hoewel de casemanagers nog wel aangaven dat er ruimte was voor verbetering, lijkt uit de interviews met de medewerkers dat alles soepel verloopt.

Uit het interview met de bedrijfsarts blijkt verder dat bij C&C het risico op medicalisering aanwezig is ze zegt hierover:

Ze nemen ook medische beslissingen. Heel apart. Bijvoorbeeld 3 keer griep kan niet, dus een functioneringsprobleem en dan gaat het naar de rayonmanager. Als ik vraag; wat vind je daar nu van? Ja, die zal wel verlaagde weerstand hebben voor het een of ander. Dus die gaat als functioneringsprobleem naar de rayonmanager. Er zitten hele aparte stukjes tussen.

Daaruit blijkt dat volgens de bedrijfsarts veel kennis en vaardigheden niet aanwezig is, of onvoldoende.

5. CONCLUSIES

5.1 conclusies

Bij de afdeling Care & Clean van Vérían is onderzoek gedaan naar de rol van de meest betrokken partners in het re-integratieproces. Door middel van interviews met (zieke) medewerkers, casemanagers en de bedrijfsarts is geprobeerd inzicht te verschaffen in die rol, om op die manier een bijdrage te leveren aan de optimalisering van het verzuimmanagement. De vragen voor het empirisch onderzoek waren als volgt:

-Wat is de visie van verschillende actoren binnen Vérían Care & Clean op het re-integratieproces en op welke manier wordt dit proces volgens hen bevorderd of juist belemmerd?

Uit de literatuurstudie is naar voren gekomen dat werkhervatting na een periode van arbeidsongeschiktheid geen gemakkelijk proces is. De vele determinanten die samenhangen met werkhervatting zullen in het re-integratieproces moeten samenkomen om een positieve uitkomst te garanderen. De uitkomst valt of staat echter met de bereidwilligheid van de medewerker. De medewerker is de belangrijkste betrokkene bij verzuim en hij of zij maakt de afweging om wel of niet te werken. De medewerkers in dit onderzoek zijn positief gesteld over hun re-integratieproces. In de resultaten is naar voren gekomen dat het werk wat ze doen veel voor ze betekent. De aard van de beperkingen (over het algemeen beperking aan het bewegingsapparaat) maakt dat de werknemers het re-integratieproces vooral zien als een periode waarin 'beter worden', dus het herstellen van de kwetsuur boven alles gaat. Het is dan ook de kwetsuur die in de ogen van de werknemers voor de grootste belemmeringen zorgt.

De casemanagers hebben een centrale functie in het re-integratieproces en vanuit die functie zijn ze al jaren bezig met het verzuim bij Vérían. Ondanks alle inspanningen rondom verzuim heeft dit nog niet tot structurele resultaten geleid. Voor de casemanagers lijkt het re-integratieproces vooral te bestaan uit de stappen die de WVP voorschrijft. De kracht van hun aanpak zien de casemanagers vooral in de persoonlijke benadering met de medewerkers. De positie van de casemanagers binnen Care & Clean lijkt op bepaalde momenten de procesgang in de weg te staan.

De bedrijfsarts is als gevolg van het verandertraject verzuim binnengekomen bij V érian. Zij kijkt meer van buiten naar het re-integratieproces. Als betrekkelijke buitenstaander ziet de bedrijfsarts de nodige punten die verbeterd kunnen worden.

-Wat is de rol van de verschillende actoren in het proces en wat betekent dit voor de verantwoordelijkheden die ze dragen?

Er zijn nogal wat partijen die in beeld komen na een ziekmelding. Zij bemoeien zich allemaal met een deel van het proces, maar er is er maar één die verantwoordelijk is voor de regie: de werkgever. Door de manier waarop de afdeling Care & Clean is georganiseerd is lopen de rollen van de casemanagers en de leidinggevenden door elkaar heen. Casemanagers en leidinggevende zijn in de loop der jaren op een bepaalde manier gaan werken, waarbij casemanagers (wellicht door werkdruk van leidinggevenden) een hoop taken over zijn gaan nemen van de leidinggevenden. Casemanagers nemen daardoor meer verantwoording dan dat ze aan de hand van de WVP dragen. De casemanagers vervullen naast de taken die op papier staan in veel gevallen ook een rol die eerder verwacht wordt bij vrienden of familie. Wat dat betreft nemen de casemanagers een positie in waarin kenmerken van vriendschap en daadwerkelijke instrumentele ondersteuning vanuit de werkgever samenkomen.

De bedrijfsarts heeft naast haar taken als medisch beoordelaar ook een rol in het verandertraject dat V érian is gestart. Zoals eerder aangegeven is ze een betrekkelijke buitenstaander en vanuit die positie kijkt ze ook naar het re-integratieproces bij V érian.

5.2 Terugkoppeling literatuur

Uit de literatuurverkenning is naar voren gekomen dat de rol van de leidinggevende een bepalende factor lijkt voor de kans op (volledige) werkhervatting. De binding tussen de leidinggevende en de werknemers bij V érian bestaat eigenlijk alleen op papier- ze zien elkaar soms maanden niet. Het ideaalbeeld dat er een binding is tussen werknemer en leidinggevende gaat dus niet op. De casemanagers bij V érian nemen de in de literatuur beschreven rol van leidinggevenden over. Het grootste verschil is echter wel dat de casemanagers pas in beeld komen op het moment dat het verzuim zich al heeft aangediend.

De ervaren steun is in de literatuurverkenning naar voren is gekomen als een belangrijke factor die de kans op werkhervatting na ziekte beïnvloedt. Hoewel dit onderzoek zich niet richt op het effect van steun op werkhervatting is wel naar voren gekomen dat werknemers veel steun hebben aan de casemanagers en daar ook veel waarde aan hechten.

5.3 Reflectie onderzoek

Er is veel geschreven over de Wet Verbetering Poortwachter maar weinig over hoe de procesbewaking en –begeleiding bij re-integratie het beste plaats zou kunnen vinden. Over de manier waarop aan de taken van de casemanager invulling moet worden gegeven doet de Wet Verbetering Poortwachter bijvoorbeeld geen uitspraken. Daarin zijn bedrijven geheel vrij. Dat is aan de ene kant prettig want het biedt ruimte voor creativiteit en bewegingsvrijheid, maar tegelijkertijd bestaat er behoefte om de taken van de casemanager handen en voeten te geven.

Parallel aan mijn onderzoek was Vérian zelf ook al bezig om de taken en verantwoordelijkheden van de meest betrokken spelers in de verzuimaanpak in kaart te krijgen. Het functioneren van deze betrokken partners werd door een externe aanjager al min of meer onder een vergrootglas gelegd. Hoewel ik in de gesprekken met de casemanagers het gevoel had dat er vrijuit gesproken werd, bleven de gesprekken toch vrij oppervlakkig, waar deze achteraf toch meer de diepte in hadden gemoeten. De gesprekken bleven hangen op het niveau van taken en verantwoordelijkheden die op papier staan, maar hoe het er in de praktijk aan toe gaat bleef onderbelicht. Het project waar Vérian zelf mee bezig is zou invloed kunnen hebben gehad op de casemanagers die wellicht toch wat terughoudend bleven en niet het achterste van hun tong lieten zien. Achteraf valt dat ook wel te begrijpen omdat het onderwerp van onderzoek natuurlijk heel erg ging over het eigen functioneren in de organisatie (wat blijkbaar niet vlekkeloos ging, afgaande op de verzuimcijfers).

Een onderdeel dat in de toekomst anders zou moeten is de werving van respondenten. In het bijzonder de werving van zieke medewerkers. Het is aannemelijk dat er een grote mate van selectie is doordat de werving via de casemanagers is gegaan. De medewerkers die nu in het onderzoek zijn opgenomen zijn naar alle waarschijnlijkheid de

positieve gevallen. Medewerkers die goed in beeld zijn bij de organisatie, die goed liggen bij de casemanagers en waarmee het contact soepel verloopt.

6. LITERATUURLIJST

- D'Amato, A., & Zijlstra, F. (2010). Toward a climate for work resumption: The nonmedical determinants of return to work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(1), 67-80.
- Andrea, H., A.H.J.M. Beurskens, J.F.M. Metsemakers, L.G.P.M. van Amstelveort, P.A. van den Brandt en C.P. van Schayck (2003). Health problems and psychosocial work environment as predictors of long term sickness absence in employees who visited the occupational physician and/or general practitioner in relation to work: a prospective study. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(4), 295-300.
- Baarda, B., Hulst, M. v. d., & Goede, M. d. (2012). *Basisboek interviewen : Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews* (3e dr ed.). Groningen: Noordhoff.
- Bekker, M., Vrouwen, arbeid en gezondheid (2007). In: W. Schaufeli, A. Bakker en J. de Jonge (red.), *De psychologie van arbeid en gezondheid* (p. 281-294). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Blank, L., J.S. Peters, S. Pickvance, J. Wilford en E. MacDonald (2008). A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(1), 27-34.
- Franche, R., Cullen, K., Clarke, J., MacEachen, E., Frank, J., Sinclair, S., (2004). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative and qualitative literature. Toronto (ON): Institute for Work & Health.

Franche, R., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., & Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions : A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation, 15* (4), 607-629.

Friesen, M. N., Yassi, A., & Cooper, J. (2001). Return-to-work: The importance of human interactions and organizational structures. *Work, 17*, 11-22

Geurts, S., Smulders, P., Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (2007). In: W. Schaufeli, A. Bakker en J. de Jonge (red.), *De psychologie van arbeid en gezondheid* (p. 281-294). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Gründeman, R., Smulders, P., Kwantes, J.h., Wetgeving op het gebied van arbeid en gezondheid (2007). In: W. Schaufeli, A. Bakker en J. de Jonge (red.), *De psychologie van arbeid en gezondheid* (p. 281-294). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hart, 't H., Boeije, H. & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Hell, J., (2004). *Gezond verzuimmanagement : Praktische handleiding voor een totaalaanpak van ziekteverzuim*. Den Haag: Academic Service.

Holmgren, K., & Ivanoff, S. D. (2004). Women on sickness absence--views of possibilities and obstacles for returning to work. A focus group study. *Disability and Rehabilitation, 26* (4), 213-222.

- Jehoel-Gijsbers, G. (2007). *Beter aan het werk : Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting; beter aan het werk : Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting*. Den Haag: SCP.
- Jehoel-Gijsbers, G. (2010). *Beperkt aan het werk : Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie; beperkt aan het werk : Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie*. Den Haag: TNO Kwaliteit van Leven.
- Konijnenburg, J. (2010). Herstel en re-integratie gaan hand in hand : De bedrijfsarts als medische re-integratiedeskundige. *Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*, 18 (5), 216-219.
- Krause, N., Dasinger, L. K., & Neuhauser, F. (1998). Modified work and return to work : A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8 (2), 113-139.
- Labriola, M. (2008). Conceptual framework of sickness absence and return to work, focusing on both the individual and the contextual level. *Work*, 30 (4), 377-387.
- Lederer, V., Rivard, M., & Mechakra-Tahiri, S. D. (2012). Gender differences in personal and work-related determinants of return-to-work following long-term disability: A 5-year cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(4), 522-531.
- MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R. L., & Irvin, E. (2006). Review - systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scand J Environ Health* 32 (4), 257-269

Nijhuis, F., van Lierop, B., (2007). Arbeidsreïntegratie en arbeidsrehabilitatie. In: W. Schaufeli, A. Bakker en J. de Jonge (red.), *De psychologie van arbeid en gezondheid* (p. 281-294). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Nordqvist, C., Holmqvist, C., & Alexanderson, K. (2003). Views of laypersons on the role employers play in return to work when sick-listed. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(1), 11-20.

Oomens, P. C. J., Huijs, J. J. J. M., & Blonk, R. W. B. (2009). Obstakels in werk : Wat belemmert werkhervatting bij werknemers met psychische klachten? *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 17(6), 231-236.

Piek, P. (2008). *Re-integratie van zieke werknemers: Feiten, verklaringen en mogelijkheden*. Den Haag: Raad voor Werk en Inkomen.

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

Post, M., Krol, B., & Groothoff, J. W. (2005). Work-related determinants of return to work of employees on long-term sickness absence. *Disability and Rehabilitation*, 27(9), 481-488.

SZW (2008a). *Beleidsagenda 2008*. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Tijtgat, E., Verjans, M., Vlerick, P., & Bruyninx, K. (2009). Disability case management : Een meerwaarde bij arbeidsreïntegratie. *Gedrag en Organisatie*, 22(4), 392-410.

Verjans, M., & Rommel, A.,(2008). Disability management : new methodology to support workplace reintegration in Belgium. In T. Geisen & H. Harder (Eds.), *Disability management and workplace integration : international research findings* (pp. 131–143). England, Arkansas, USA: Gower Publishing Company.

Versantvoort, M., & Echtelt, P. v. (2012). *Belemmerd aan het werk : Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen; belemmerd aan het werk : Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Weijts, W., & Duinhoven, C. v. (2011). *Casemanagement bij verzuim en re-integratie : Zo werkt het!* (2e geactualiseerde dr ed.). Zaltbommel: Thema.

Young, A. E., Roessler, R. T., Wasiak, R., McPherson, K. M., Van Poppel, M. N. M., & Anema, J. R. (2005). A developmental conceptualization of return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 557-568.

BIJLAGEN

TOPICLIJST/INTERVIEW VRAGEN: CASEMANAGER

Vanaf het eerste moment van de ziekmelding tot aan de laatste stap (herstelmelding of opstellen re-integratieverslag) zijn er verschillende taken en activiteiten. Een verdeling van deze taken en activiteiten is cruciaal voor het re-integratieproces.

Effectieve samenwerking tussen zieke medewerker en hun werkgevers wordt beschouwd als een belangrijk element in succesvolle re-integratie.

Naast inzicht in de stappen die worden gezet (protocol) is er inzicht nodig in de interactie tussen mensen/betrokkenen. MAW: hoe krijgt de samenwerking vorm?

- Hebben de betrokkenen hetzelfde idee over wat een goede uitkomst is van het re-integratieproces?
- Hoe staat het met onderling vertrouwen?
- Hebben ze hetzelfde idee over ziekte, verzuim en arbeidsongeschiktheid?
- Streven de verschillende actoren hetzelfde doel na?
- Is het duidelijk wie op welk moment de verantwoordelijkheid draagt?
- Is het duidelijk welke rol de verschillende actoren hebben/vervullen?

Topiclijst

Topiclijst/interviewvragen: casemanager

Algemene inleiding

- Inleiding over mijzelf: wie ik ben, opleiding, scriptie over re-integratieproces zieke medewerkers bij Verian C&C.
- Doel van scriptie: verloop re-integratieproces nagaan en kijken waar proces goed verloopt en waar mogelijke knelpunten zich bevinden. Nagaan welke rol verschillende betrokkenen hebben binnen dit proces
- Het interview: vragen stellen. Het gaat om de beleving, dus geen goed of fout. Hierbij gaat het dus om hoe je als medewerker tegen het re-integratieproces aankijkt?

- Belangrijk: interview wordt opgenomen voor eigen analyse. Toestemming vragen. Anonimiteit?

Algemene vragen/punten:

- Naam
- Leeftijd
- Dienstjaren in de functie en bij Verian of elders in vergelijkbare functies

Topic 1: Casemanagement

- Kan je mij om te beginnen iets vertellen over wat een casemanager bij Verian zoal doet?
 - o Welke taken of verantwoordelijkheden heb je?
 - o In hoeverre komen die taken/verantwoordelijkheden in de praktijk overeen met de verantwoordelijkheden die op papier staan?
 - o Welke rol heeft de casemanager in de begeleiding van zieke en arbeidsongeschikte medewerkers?
- Op welk moment komt de casemanager in beeld?
 - o Wat voor informatie heb je dan? En van wie krijg je dat?
 - o Is deze informatie voldoende?
- Hoeveel zieke medewerkers begeleid je?

Topic 2: positie van de casemanager

Re-integratie is een proces waarbij veel mensen betrokken zijn

- Met wie heb jij allemaal te maken? Met wie heb je allemaal te maken?
- Welke positie neemt (de casemanager) jij in ten opzichte van de andere betrokkenen in het re-integratieproces?
- Is het duidelijk wie de regie voert in het re-integratieproces?

- Wie voert de regie?
- Wat is daarin precies jouw rol?
- Welke rol speelt de werknemer daarin?
- Wat is de inbreng van de andere actoren?
- Wie zijn volgens jou de belangrijkste actoren in de re-integratie?

Topic 3: samenwerking (muv samenwerking met de medewerker)

- Kunt u iets vertellen over de samenwerking tussen de verschillende actoren rondom de re-integratie?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de verschillende actoren?
 - (soepel, stroef, etc) waar ligt dat aan?
 - Wie neemt daarin het initiatief?
- Heb je het idee dat voor iedereen duidelijk is wie op welk moment de verantwoordelijkheid draagt?
 - Waar ligt dat volgens jou aan?
- Op welke vlakken kan de samenwerking tussen de verschillende actoren worden verbeterd?
- Welke sterke punten zijn er aan te wijzen?

Topic 3.1: rol leidinggevende

- Welke rol vervult de leidinggevende?
 - Wat zijn de verantwoordelijkheden van de leidinggevende
 - Hoe verloopt die samenwerking?
 - Hoe verloopt de communicatie?
 - Wat gaat er goed?
 - Wat zou er beter kunnen?

Topic 3.2: rol van de bedrijfsarts

- Wat zijn de taken van de bedrijfsarts?
- Wat zijn de verantwoordelijkheden van de bedrijfsarts? Welke verantwoordelijkheden liggen bij de bedrijfsarts?
- Hoe verloopt de samenwerking met de bedrijfsarts?

- Wat gaat er goed ?
- Wat kan beter?
- Hoe verloopt de communicatie?
- Heb je het idee dat jullie hetzelfde doel nastreven?
 - Waarom wel/waarom niet
- Waar liggen de knelpunten? Welke oplossing zou je vanuit je eigen positie daarvoor bedenken?
- Hoeveel contact hebben de verschillende actoren met elkaar?

Topic 4: relatie casemanager / medewerker

- Wat voor relatie onderhoud je als casemanager met de verzuimende medewerker?
 - Vertrouwensband?
 - Steun?
- Wat zijn de verantwoordelijkheden van de verzuimende werknemer? (in de ogen van de casemanager?)
 - Hoe is dit in de praktijk?
- Wat zijn de verwachtingen van de verzuimende medewerker ten opzichte van de casemanager? Is het mogelijk om aan die verwachtingen te voldoen?
 - Welk beroep wordt er door de medewerker op je gedaan?
 - Is daar in de praktijk ook aan te voldoen?
- Hoe verloopt de communicatie? Zowel inhoudelijk: wat bespreekt men met elkaar/wat niet? Als praktisch, op welke manier: face to face/telefonisch/digitaal? Hoe waardeert men dat?
- In hoeverre deelt men dezelfde mening? Begrijpt men elkaar? Waarom wel/waarom niet?
- Wat betekent het voor de samenwerking als je het idee hebt dat iemand zonder geldige reden niet werkt? Samenwerking casemanager/medewerker, casemanager/bedrijfsarts, casemanager/leidinggevende.
- Wat zijn cruciale fases in de terugkeer naar werk?
- Waar is een succesvolle terugkeer van afhankelijk?
- Hoe strak is het protocol?
- Hoeveel ruimte heb je om zelf richting te geven aan begeleiding?

- Welke invloed heeft de casemanager op de re-integratie van de verzuimende werknemer?
- Welke middelen heeft de casemanager tot zijn beschikking?
- Medewerkers hebben door hun werk aan huis een bepaalde afstand tot de werkgever. Hoe zorg je ervoor dat deze mensen toch een bepaalde binding houden met hun werk en niet steeds verder afglijden?

Topic 5: overige vragen

- In hoeverre is het verzuim binnen Verian Care&Clean te voorkomen?
- Wat voor preventieve maatregelen zouden er genomen moeten worden om het verzuim te beperken?
- Wat zou er volgens jou moeten gebeuren om het verzuim te verlagen?
- Verian staat voor nieuwe keuzes in het verzuimmanagement. Wat gaat er voor jouw functie-taak als casemanager veranderen?
- Hoe kijkt men naar het verzuimbeleid binnen Verian? Is dat helder/duidelijk, ook voor de medewerkers van C&C

Zijn er zaken die ik vergeten ben te vragen die je mij graag nog mee zou willen geven?

TOPICLIJST/INTERVIEW VRAGEN: MEDEWERKERS

Inleiding

- Voorstellen + korte toelichting op het onderzoek

In het kader van mijn masterscriptie doe in een onderzoek bij Verian naar het re-integratieproces. Ik kijk daarbij vooral hoe het proces verloopt en wat de rol van de verschillende betrokkenen daarin is.

- duur van het interview

- Interview **er is geen goed of fout, ik wil graag uw mening weten. Ik hoef in principe niks te weten over de inhoud van uw ziek-zijn (bv klachten etc).**

- Opnemen op voicerecorder? **Puur voor eigen analyse en alles wordt vertrouwelijk behandeld**

Verder is het interview ook anoniem dus uw naam zal nergens in het verslag terugkomen, ik hoop dan dus ook dat u vrijuit praat over uw ervaringen.

- U mag altijd stoppen met het interview

Persoonsgegevens:

Geboortedatum/leeftijd,

Werk; aard en omvang, duur dienstverband

Verzuimduur

Op welk punt in de re-integratie op dit moment

- Hoelang ben je nu bij Verian in dienst?
- Hoe zou je Verian omschrijven als werkgever?~
 - Hoe zou je je relatie met Verian omschrijven?

- Op wat voor manier ben je verbonden met het bedrijf?
- Hoe is jouw situatie op dit moment?

Kan je wat vertellen hoe het is om niet, of minder te kunnen werken?

- Wat was je gevoel daarbij?
- Is het hoe je verwacht dat het zou zijn?
- Wat is er anders aan?

Topic 1: Proces van uitval

- Wat betekent je werk voor je?
- Waardering van het werk voor uitval
 - (werktevredenheid)
- **Betekenis uitval arbeidsproces**

Kan je wat vertellen hoe het is om niet, of minder te kunnen werken?

- Wat was je gevoel daarbij?
- Is het hoe je verwacht dat het zou zijn?
- Wat is er anders aan?
- **Bekendheid procedures bij uitval**
 - Was je bekend met het verzuim en re-integratieprotocol bij Verian?
 - Wat kwam er op dat moment allemaal op je af?
 - Op het moment dat je iets niet wist, naar wie ging je dan toe? En waarom?

Uit onderzoek blijkt dat het voor mensen die langere tijd verzuimen moeilijker is om terug te keren naar werk dan mensen die minder lang verzuimen. Heb je het idee dat de lengte dat je afwezig bent geweest van invloed is geweest op je ervaring?

- Op wat voor manier had dat invloed?
- **Inzicht in de duur van uitval**
 - Had je op het moment dat je klachten begonnen een idee hoe lang het zou kunnen duren?
 - (zowel eigen inzicht als inzicht van de andere betrokkenen)
- Stappen die gezet zijn op het moment van uitval/de klachten die begonnen te spelen?
- **Waargenomen sociale norm ten opzichte van verzuim**
 - Hoe wordt er gekeken naar mensen die om wat voor reden niet of minder kunnen werken?
 - (hoe wordt er gedacht over het verzuim door andere betrokkenen, leidinggevende, bedrijfsarts etc, door de ogen van de werknemer)
- Was de uitval te voorkomen? Waren jouw klachten te voorkomen? Zou je achteraf eerder aan de bel trekken?
- Welke rol speelde My Medical Coach?
- Bij welke personen kon je terecht als je problemen had
 - (Steun? Begrip voor de situatie?)

Topic 2: Attitude jegens re-integratie

Re-integratie is een proces van terugkeer naar werk

Het uitgangspunt bij Verian is: **Niemand zit bij Verian thuis tenzij...**

- Hoe kijk jij daar tegenaan vanuit jouw situatie?
- Heeft dat wel eens gebotst?
- Tijd die je hebt om te werken aan je herstel?
- **Doel van re-integratie (eigen perceptie, perceptie van andere betrokkenen in de ogen van de werknemer)**
- Gedeelde doelstelling? Heb je het idee dat dezelfde uitkomst nastreeft?
 - Welke activiteiten onderneem je?
 - Wat is het doel van de activiteiten die jij onderneemt?
- Eigen verantwoordelijkheid/Verantwoordelijkheden andere actoren (leidinggevende, bedrijfsarts, etc)
- **Invloed op de eigen re-integratie**

Wat voor invloed heb jij op je eigen re-integratie?

- **Initiatief**
 - (Wie? Wanneer? Waarom?)
- **Eigen inbreng** (kennis over gang van zaken? Rechten en plichten?)

Topic 3: Re-integratie proces

- **Actoren**
 - (wie, op welk moment in beeld?)
 - Met welke mensen heb je allemaal te maken?
- **Contact tussen de verschillende actoren**
 - (waardering, hoe verloopt de communicatie?)
 - Hoe is het contact naar jouw toe?
 - Is er een verschil met voor je klachten?
 - Hoe is het contact met die verschillende actoren? Wat eisen ze van jouw?
- **Verloop proces tot nu toe**
 - (eigen inbreng, inbreng andere actoren?)
- Inzicht in het verdere verloop
 - Welke stappen moet je nog zetten om volledig terug te keren in je oude functie?
- **Begeleiding**
 - Wie begeleidt je daarbij?
- Eigen mogelijkheden om te re-integreren
 - (vertrouwen in eigen kunnen?)
- Steun en middelen die worden geboden vanuit Verian- aanpassingen in het werk?
- Obstakels in het proces

Topic 4: opvattingen over sleutelfiguren

In het visiedocument staat dat de drie belangrijkste spelers om de medewerker heen zijn de leidinggevende (de spil), de personeelsadviseur en de bedrijfsarts?

- Hoe zit dat in de praktijk
 - Welke mensen zijn in jouw ogen belangrijk?
 - Waarom juist deze mensen?
- Hoe ervaar jij dat?
- Welke inbreng hebben die mensen?
- Wat heb jij aan die mensen?
- Wat doen zij om jouw weer duurzaam aan het werk te krijgen?

- Professionele omgeving (leidinggevende, casemanager, planners)
 - Rol in het proces
 - Relatie met leidinggevende, casemanager, planner
 - Steun
 - Begrip
 - Verwachting ten opzichte van leidinggevende, casemanager, planner
 - Doel van de re-integratie volgens leidinggevende, casemanager, planner in de ogen van de werknemer
- Medische omgeving
 - Rol in het proces
 - Relatie met bedrijfsarts, andere medici
 - Steun
 - Begrip
 - Verwachting ten opzichte van bedrijfsarts, andere medici
 - Doel van de re-integratie volgens bedrijfsarts in de ogen van de werknemer
- Samenwerking tussen de verschillende actoren

Wat is de reden dat je er mee instemde om mee te doen aan dit interview?

Je bent hiervoor benaderd door je casemanager?

Wat voor invloed had dit voor jouw keuze?

Had je het idee dat die keuze vrij was en dat je nee kon zeggen?

Zegt dit wat over jouw relatie met Verian?

- Zijn er nog zaken die je graag aan mij kwijt wilt die ik wellicht vergeten ben te vragen?

TOPICLIJST/INTERVIEW VRAGEN: BEDRIJFSARTS

- Werkzaam bij de organisatie (nog niet zo lang)
 - Typering Vérian
 - Vérian in vergelijking met andere bedrijven
 - Waar ligt bij Vérian de uitdaging?
 - Waar is winst te halen?
 - Hoe kijkt u naar het re-integratieproces bij Vérian?
 - Struikelblokken?
 - Kritieke punten in het proces?
 - Nieuwe overlegstructuur? Driehoek? (Toelichting)
 - Meerwaarde driehoek?
-
- Belangrijkste mensen binnen het proces?
 - Rol bedrijfsarts
 - Rol in de praktijk? Verschil met afspraken op papier?
-
- Verantwoordelijkheden werknemers
 - In hoeverre nemen deze werknemers hun verantwoordelijkheid
-
- Rol leidinggevende
 - Praktijk?
 - Belangen/doelen/casemanagers
 - Mogelijkheden om verzuim te verlagen
 - Bijdrage goed werkend re-integratietraject?

CODEBOOM

The screenshot shows the Code-System application window. The title bar reads "G:\Bm\Maxqdamx5 - MAXQDA11 (Release 11.0.2)". The menu bar includes: Project, Edit, Documents, Codes, Summaries, Memos, Variables, Analysis, Mixed methods, Visual tools, Windows, MANDictio, Toolbars, and ?.

The main workspace displays a hierarchical tree structure under the "Code-System" root:

- Code-System
 - Relatie met Verlan
 - Casemanager
 - Casemanagement
 - rol in begeleiding
 - verantwoordelijkheden
 - onduidelijkheden
 - belangenverstengeling
 - regie
 - samenwerking
 - taken casemanager
 - positie casemanager
 - Medewerker
 - vervangend werk
 - relatie casemanager
 - negatief
 - positief
 - begeleiding
 - verhaal kwijt
 - steun
 - relatie met Verlan
 - proces van uithal
 - waarding werk
 - reactie Verlan
 - zeldmelding
 - contact met Verlan
 - Verlan op de hoogte
 - achtergrond arbeidsongeschiktheid
 - aard beperking
 - nicht duur
 - Bedrijfsarts
 - re-integratieproces
 - nieuwe keuzes
 - afstemming
 - samenstel
 - knepunten
 - positie

The right-hand pane shows a list of items with a search bar at the top containing "197". The list includes the same items as the tree, with "verhaal kwijt" selected. The bottom status bar shows "Simple query (OR combination)" and "1/1".