

Dossier Verzuim en Re-integratie

Opgesteld door:
Marjolein Bastiaanssen
Yolanda Kuis
Alex Burdorf
Cecile van der Velde

16 maart 2008

Inhoudsopgave

1. Beschrijving onderwerp	4
1.1 Beschrijving onderwerp.....	4
1.1.1 Preventie	4
1.1.2 Verzuim	5
1.1.3 Re-integratie	9
1.1.4 Trends en ontwikkelingen	10
1.2 Psychosociale aspecten	10
1.2.1 Preventie	10
1.2.2 Verzuim	11
1.2.3 Re-integratie	11
1.3 Omvang van de problematiek	13
2. Relevante werksituaties	16
2.1 Relevante branches	16
2.2 Relevante beroepen	18
3. Inventarisatie en evaluatie	19
3.1 Risico-inventarisatie en evaluatie	19
3.2 Meten	21
3.3 Blootstellingsmeting	25
3.4 Effectmeting	25
4. Wetgeving	26
4.1 Arbowet	26
4.2 Arbobesluit.....	27
4.3 Arbeidsomstandighedenregelingen	27
4.4 Overige wet en regelgeving.....	28
4.5 Europese wet- en regelgeving.....	29
5. Beleid	29
5.1 Arboconvenanten	29
5.2 CAO afspraken.....	30
5.3 Brancheafspraken	30
5.4 Standaardisatie en normalisatie	30
5.5 Certificering.....	30
6. Beheersmaatregelen	31
6.1 Arbeidshygiënische strategie	31
6.1.1 Bronmaatregelen	31
6.1.2 Organisatorische maatregelen	32
6.1.3 Technische maatregelen	33
6.1.4 Persoonlijke beschermingsmiddelen	34
6.2 Psychosociale aspecten van beheersmaatregelen	34
6.2.1 Preventie	34
6.2.2 Verzuimbeleid	35
6.2.3 Re-integratie	35
6.3 Implementatie van beheersmaatregelen	36
7. Medisch onderzoek	38
7.1 Gezondheidseffecten en beroepsziekten	38
7.1.1 Gezondheidseffecten	38
7.1.2 Beroepsziekten	38
7.1.3 Kwetsbare groepen	38
7.2 Diagnostiek, behandeling en preventief medisch onderzoek.....	41
7.2.1 Diagnostiek	41

7.2.2 Begeleiding/behandeling.....	42
7.2.3 Preventief medisch onderzoek inclusief vroegdiagnostiek	44
8. Werkgeversverplichtingen	45
9. Werknemersverplichtingen.....	47
10. Werknemersrechten	50
10.1 Rechten individuele werknemer.....	50
10.2 Rechten medezeggenschapsorgaan	51
11. Praktijkverhalen	51
12. Referentie auteurs.....	53
13. Peer review.....	53

1. Beschrijving onderwerp

1.1 Beschrijving onderwerp

Preventie, verzuim en re-integratie (samen te vatten onder de noemer 'gezondheidsmanagement) zijn op diverse manieren te benaderen en mede daarom onderhevig aan trends en marktbevingen. De laatste jaren verschuift de focus van reactief verzuim- en re-integratiebeleid richting proactief integraal gezondheidsmanagement

1.1.1 Preventie

De volgende onderwerpen komen aan bod:

- Wat is preventie?
- Paradigmaverschuiving
- Aangrijpingspunten

Wat is preventie?

Preventie in de keten van preventie, verzuim(begeleiding) en re-integratie, kan vanuit een tweetal invalshoeken omschreven worden. Ten eerste lopen medewerkers gezondheidsrisico's op de werkvloer, bijvoorbeeld als zij met schadelijke stoffen werken. Ook stress en werkdruk hebben invloed op de gezondheid. Andere factoren zoals bewegen, voeding, roken en alcoholgebruik liggen meer in de privésfeer. Werkgevers kunnen ook op deze gebieden actief bijdragen aan de verbetering van de gezondheid van hun medewerkers door hier in hun beleid aandacht aan te besteden.

De tweede invalshoek is (vroeg) signalering bij individuele medewerkers en het voeren van gesprekken tussen leidinggevende en een medewerker om verzuim te voorkomen of in een vroeg stadium weer snel het werk op te pakken. Een onderdeel van deze gesprekken is het vinden van oplossingen en preventieve maatregelen om in de toekomst uitval te voorkomen.

Preventie van gezondheidsrisico's

Over de preventie van gezondheidsrisico's op het werk in het algemeen staat meer te lezen in de algemene dossiers [Arbobeleid](#) en [Arbodienstverlening](#) en in de verschillende specifieke dossiers, zoals het arbokennisdossier [PSA](#).

Ook in de hoofdstukken 1.2 en 6 van dit dossier staan preventieve (organisatorische) maatregelen beschreven.

Preventie van verzuim

Vroegsignalering door de leidinggevende en het nemen van maatregelen voor individuele werknemers is bewezen effectief voor het voorkomen en verlagen van verzuim. Er is inmiddels veel (trainings)materiaal voor leidinggevendenden. Als voorbeeld noemen we hier de [Handreiking Preventie Leidraad uit 2004 van TNO](#).

Paradigmaverschuiving

In het kader van 'trends en ontwikkelingen' is het ook aardig om de (langzame) paradigmaverschuiving te benoemen in het denken over gezondheid en werk. (bron: [De toekomst werkt Mens en Bedrijf in 2020, TNO, 2007](#)).

- Perspectief I: de risicobenadering, gezondheid is een verzekeraar risico, er is sprake van 'externalisering'. Werkgevers verleggen het risico en de consequenties richting verzekeraar en daarmee ook de verantwoordelijkheid voor het voorkomen en terugdringen van risico's.
- Perspectief II: goed werk maakt gezond, re-integratie gaat sneller als mensen werken, goed georganiseerd werk is goed voor de gezondheid. Het levert meer productiviteit en minder kosten op.
- Perspectief III: gezondheid als 'resource', gezondheid is een bron van welzijn en welvaart, levert meer veerkracht op voor individu en organisatie. De werkgever stelt 'goede gezondheid van werknemers' als kernwaarde vast in de organisatie.

Aangrijpingspunten

Aangrijpingspunten voor organisaties en professionals die gezondheidsmanagement op de agenda willen zetten:

- Sluit aan op strategische doelen van de organisatie

- Monitor en evalueer de bedrijfsmatige impact van gezondheidsmanagement
 - Koppel gezondheid aan kernwaarden
 - Organiseer 'goed werk', creëer ruimte om zinvol en plezierig werk te organiseren
 - Heb aandacht voor zingeving en intrinsieke motivatie en 'interpersoonlijke processen'
- (bron: [De toekomst werkt Mens en Bedrijf in 2020, TNO, 2007](#)).

1.1.2 Verzuim

De volgende onderwerpen komen aan bod:

- Wat is ziekteverzuim
- Gezondheidsklachten die aan het verzuim ten grondslag liggen
- Determinanten van verzuim
- Werkgerelateerdheid van het verzuim
- Invloed bedrijfskenmerken
- Invloed sociale zekerheid
- Regels
- Verzuimmodellen

Wat is ziekteverzuim?

Ziekteverzuim is gedefinieerd als het door ziekte of gebrek ongeschikt zijn voor de uitvoering van werk. Volgens de wet kan men tijdens ziekte of gebrek maximaal twee jaar lang een beroep doen op voorzieningen voor loondoorbetaling; daarna wordt beoordeeld of men in aanmerking komt voor beroep op de wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA), voorheen de Wet Arbeidsongeschiktheid (WAO).

Gezondheidsklachten die aan het verzuim ten grondslag liggen

Het verzuim door psychische klachten, overspannenheid en burnout heeft het grootste aandeel in het totale aantal verzuimde dagen, namelijk 19% van alle verzuimde dagen. Er wordt niet vaak verzuimd vanwege deze psychische aandoeningen (4% van alle ziekmeldingen), maar het aantal verzuimdagen per ziekmelding is wel hoog (60 werkdagen). Het verzuim door griep of verkoudheid bepaalt 9% van alle verzuimdagen. Dat komt omdat er kort, maar vaak verzuimd wordt vanwege dit type klacht. Andere gezondheidsklachten met een relatief groot aandeel in het totaal aantal verzuimde dagen zijn:

- rugklachten (16%),
- klachten aan nek, schouders, armen, polsen en handen (14%),
- klachten aan heup, benen, knieën en voeten (8%)
- klachten aan hart en vaatstelsel (6%)
- en klachten aan buik, maag of darmen (5%)

Bron: [Arbobalans 2007-2008](#).

Determinanten van verzuim

5% van het verzuimpercentage wordt verklaard door drie gezondheidskenmerken:

- algehele gezondheidstoestand van de werknemer
- het wel of niet hebben van een chronische aandoening
- het hebben van een arbeidsongeschiktheidsuitkering

Verder wordt 1% verklaard door persoonskenmerken en 3% door werkkenmerken. Alles bij elkaar kan slechts 9% van het verzuimpercentage verklaard kan worden door variabelen. Dat is weinig, maar het is wel bekend uit onderzoek naar oorzaken van verzuim. Een van de redenen daarvoor is dat ziekteverzuim ook met toevallige, niet-systematische omstandigheden te maken heeft. Denk aan griep, verkoudheid en 'gevoelsstemmingen' van mensen. Een tweede reden is dat er heel veel factoren een rol kunnen spelen in verzuim. Het is bijna ondoenlijk die allemaal in onderzoek te combineren. Zie [Beter aan het werk](#).

Nadere beschouwing

Veel werkgerelateerde factoren zijn alleen onderzocht in specifieke beroepsgroepen en (nog) niet in de beroepsbevolking in het algemeen. Uit de literatuur zijn ook andere factoren bekend, bijvoorbeeld fysieke en psychosociale belasting op het werk (zie hoofdstuk 3 van dit dossier). Daarnaast komt er steeds meer literatuur beschikbaar over het grote belang van tot voorheen moeilijk kwantificeerbare aspecten, zoals cultuur en leiderschapstijl (zie hoofdstuk 1.2 en 6 van dit dossier).

Werkgerelateerdheid van het verzuim

Bijna een kwart (23,5%) van alle werknemers heeft de indruk dat de klachten bij hun laatste verzuimepisode het gevolg waren van het werk. In totaal denkt 9,3% dat dit hoofdzakelijk het gevolg is van het werk en 14,4% denkt dat dit voor een deel het geval is. Bij het langdurige verzuim van 13 weken en meer heeft 51% van de werknemers de indruk dat het verzuim werkgerelateerd is. Bij psychische klachten (80%), conflicten op het werk (71%), rugklachten (63%) en klachten aan nek, schouders, armen, polsen en handen (61%) liggen deze percentages nog hoger (dan het gemiddelde van 51% bij de totale groep van verzuimers van 13 weken of meer). Veel van het werkgerelateerde verzuim wordt veroorzaakt door werkdruk en werkstress (meer informatie over werkdruk en werkstress staat in het dossier [werkdruk](#), lichamelijk te zwaar werk en werk waarbij men langdurig dezelfde handelingen verricht of achter de computer werkt. Bron: [NEA 2006](#)

Werkgerelateerdheid bij 15 langdurige ziekten

In totaal 35% van de werkende populatie geeft aan dat er bij hen sprake is van één of meer langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps. Daarvan is in totaal 17% veroorzaakt door factoren op het werk, aldus de werknemers. De lichamelijke klachten aan rug en nek en aan armen en handen komen vaak voor en worden de werknemers in ruim een derde van de gevallen veroorzaakt door het werk. Psychische klachten komen minder vaak voor, maar het ontstaan ervan wordt in 29% van de gevallen aan het werk toegeschreven. De oorzaak van gehoorproblemen, en ook klachten aan benen en voeten wordt in ruim een vijfde van de gevallen aan het werk geweten. De overige klachten worden volgens de werknemers in ongeveer een tiende van de gevallen door het werk veroorzaakt. Alleen de oorzaak van suikerziekte, levensbedreigende ziekten en epilepsie wordt in 5% of minder van de gevallen aan het werk toegeschreven. Onbekend is echter in welke mate het toeschrijven van de oorzaak van deze langdurige ziekten aan het werk, gaat over het ontstaan ervan of het verergeren van de klachten die er al waren.

Invloed bedrijfskenmerken

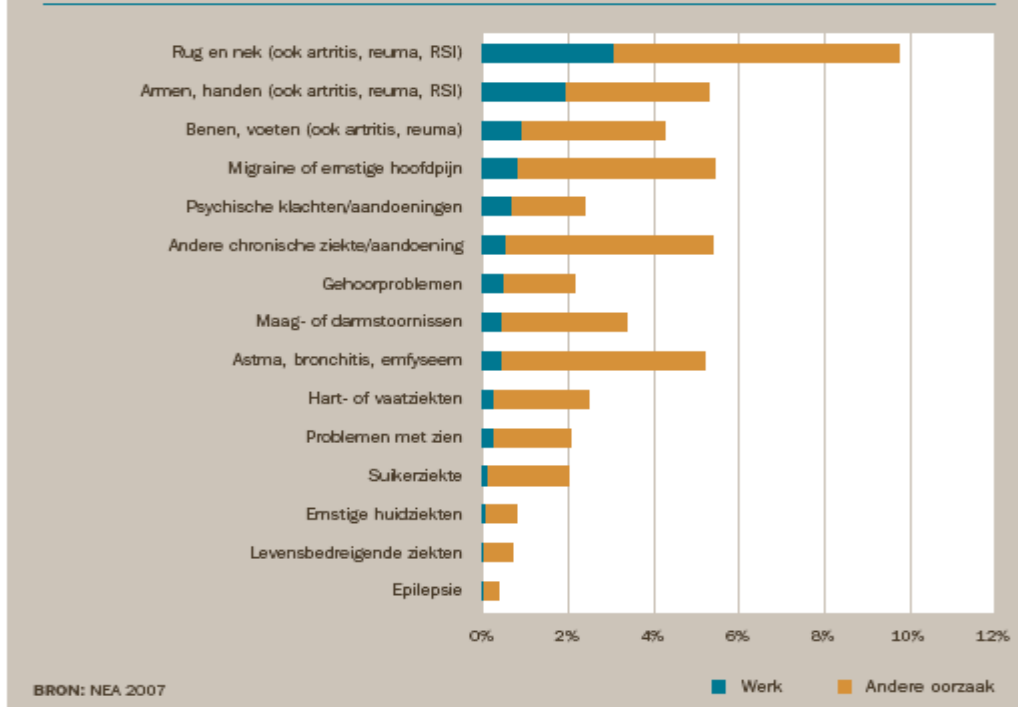
Bedrijven worden in verschillende mate met verzuim geconfronteerd en gaan er mede om die reden op uiteenlopende wijzen mee om. Lomwell en Nelissen vonden in 2003 dat er drie bedrijfskenmerken te benoemen zijn die verzuim direct beïnvloeden:

- aantal werknemers
- aantal hiërarchische niveaus
- conjunctuurgevoeligheid

Indirecte kenmerken zijn zwaar werk, hoog verloop en reorganisaties. Meer informatie over het onderzoek naar ziekteverzuim, bedrijfskenmerken en verzuimbeleid is te vinden op www.uvt.nl/osa.

FIGUUR 3.4

percentage werknemers in de totale populatie van werknemers dat aangeeft dat de langdurige ziekten, aandoeningen en handicaps waar men last van heeft veroorzaakt zijn door het werk of door een andere oorzaak



Bron: NEA 2007

Invloed sociale zekerheid

Ook de veranderde sociale zekerheid in Nederland heeft duidelijk een effect op de benadering van verzuim. Sinds de invoering van strengere wetgeving en het verleggen van de (financiële) verantwoordelijkheid naar werkgevers en werknemers, valt een substantiële daling te noteren van het landelijke verzuimgemiddelde, wat precies de invloed is geweest van de verschillende ingrepen in de sociale zekerheid staat beknopt beschreven in [Nederland wordt beter](#).

Regels rond verzuim en re-integratie

Vergeleken met de meeste andere Europese landen heeft Nederland andere regels rond verzuim en re-integratie:

- medisch certificaat is niet nodig, werkgever en werknemer bepalen in overleg en met behulp van advies van de bedrijfsarts de mate van arbeidsgeschiktheid;
- werknemers worden in de regel het 1^e jaar van ziekte volledig doorbetaald, het 2^e jaar 70%;
- een arbeidsongeschiktheidsuitkering volgens de Wet WIA is gebaseerd op het laatstverdiende loon in plaats van op basis van betaalde premie;
- in plaats van het 'risque professional' (alleen arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door het werk geeft recht op uitkering) geldt in Nederland een 'risque social' (recht op sociale zekerheid ongeacht of de oorzaak in het werk of andere factoren ligt). Zie verder H4 Wetgeving in dit dossier.

Verzuimmodellen

In Nederland worden ter verklaring en voor de aanpak van het ziekteverzuim en de re-integratie de volgende modellen veel gebruikt: het beslissingsmodel, het model belasting-belastbaarheid en het Jobs Demands and –Resources model.

Beslissingsmodel

Volgens het *beslissingsmodel* heeft een individu vaak een zekere vrijheid om zich al dan niet ziek en/of hersteld te melden. De beslissing om zich bij bepaalde klachten (verzuimnoodzaak) ziek en/of

hersteld te melden wordt beïnvloed door de verzuimgelegenheid en de verzuimbehoefte. De verzuimgelegenheid wordt bepaald door formele regelingen rond ziekteverzuim (zoals de wachtdagen en het uitkeringspercentage), de controleprocedures, de verzuimcultuur binnen het bedrijf (de informele normen over welk soort verzuim gerechtvaardigd is) en de mate waarin men gemist wordt bij ziekte. De verzuimbehoefte wordt onder andere beïnvloed door het gevoel van binding met het bedrijf. (Philipsen, 1968; Smulders & Veerman, 1990). Meer info: zie ook dit document over [individuele verzuimbegeleiding](#) van de UVA.

De afgelopen jaren is op basis van het beslissingsmodel het adagium 'verzuim is een keuze' ontwikkeld en toegepast. Bij het optreden van 'verzuim' spelen keuzes een rol. Als daarbij irreële cognities vóórkomen, is het de taak van de arboprofessional om te trachten die weg te nemen. Uit analyses van een viertal Nederlandse databestanden blijkt echter dat factoren, die in vele gevallen niet vrij gekozen worden door een individuele werknemer, een grote invloed hebben. Zo is gebleken dat naast het eerdere verzuim en iemands medische consumptie de duur van de werkbelasting en de zwaarte van de fysieke en psychische werkbelasting een rol spelen bij het optreden van verzuim. Voor rugklachten werd aangetoond dat meer regelmogelijkheden in het werk leidden tot minder kort en langdurig verzuim. Voor verzuim door psychische klachten bleken het hebben van een chronische ziekte en een lage mate van autonomie in het werk de sterkste voorspellers.
Bron: C.T.J. Hulshof in TBV 13 nr 3 2005

Model belasting-belastbaarheid

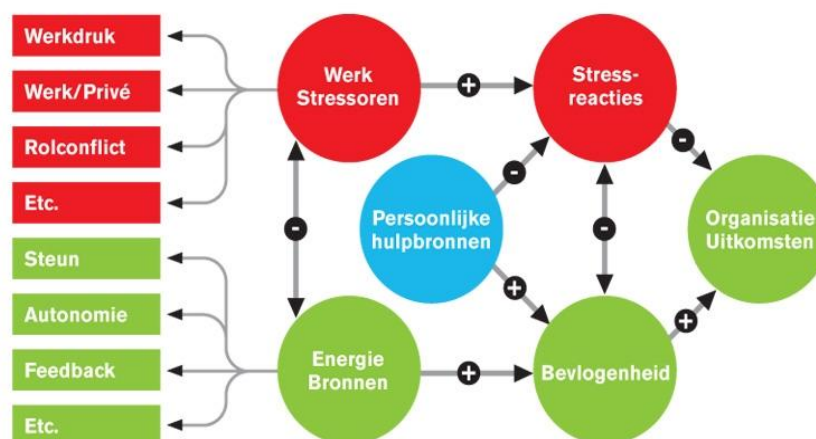
Volgens het *model belasting-belastbaarheid* is ziekteverzuim het gevolg van een verstoord evenwicht tussen belastende factoren in de arbeidssituatie, de regelmogelijkheden en het verwerkingsvermogen (de belastbaarheid) van een individu (Van Dijk et al., 1990). Belastende factoren kunnen gelegen zijn in de arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden. In dit model worden regelmogelijkheden gedefinieerd als de mogelijkheden voor de werknemer om zelf veranderingen aan te brengen in de belastende arbeidsfactoren. Het verwerkingsvermogen is een individuele eigenschap, namelijk het vermogen tot presteren en trotseren. Een grotere belasting dan het verwerkingsvermogen en daarbij onvoldoende regelmogelijkheden leidt tot (tijdelijke) belastingsverschijnselen zoals vermoeidheid. Wanneer geen volledig herstel optreedt en verdere belasting volgt, leidt dit tot belastingsgevolgen, zoals ziekte en ziekteverzuim.

Bron: [Handboek Arbeid en Belastbaarheid, Epidemiologie van verzuim, arbeidsongeschiktheid en re-integratie](#).

Job Demands and -Resourcesmodel.

Dit model gaat uit van een balans tussen taakeisen (werkstressoren) en energiebronnen. Dit model is een uitbreiding van het bekende Job Demand-Control model van Karasek. Over het Karasek model is veel wetenschappelijke literatuur beschikbaar. Wie in staat is hier een goede balans in te vinden wordt een bevlogen medewerker. Meer informatie hierover is te vinden in het dossier [werkdruk](#).

Job Demands-Resources (JD-R) Basismodel



Bron: www.c4ob.nl.

ICF

De ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) is een classificatiesysteem ontworpen door de World Health Organization (WHO). Het volgt geheel andere systematiek dan de medische International Classification of Diseases (ICD). Bij de ICD staat de ziekte centraal. De ICF is een sociaal-medisch model dat zich richt ook op de gevolgen van ziekten en letsels en de sociale context van de patiënt. Daardoor is de ICF bruikbaar voor de re-integratie in arbeid.

Betekenis van ICF in relatie tot belastbaarheid

Veel belasting-belastbaarheidmodellen besteden weinig aandacht aan de belasting in de privé-context (thuisomgeving, sociale omgeving). Arbeidsbelasting en privé-belasting bepalen echter samen de totale belasting die moet worden gezien tegen de belastbaarheid. Bij privé-belasting gaat het enerzijds om taken en activiteiten die tegen de achtergrond van onze culturele en maatschappelijke normen voor een gemiddelde burger als 'normaal' moeten worden beschouwd (het verrichten van huishoudelijke en/of verzorgende taken, uitoefenen van hobby's, sport en deelnemen aan maatschappelijk verkeer). Ook kan privé-belasting voortkomen uit factoren zoals ruzie met huisgenoten, omgevingslawaai, en stress door financiële problemen.

Integraal model

De integratie van ICF en de modellen over belasting en belastbaarheid bieden aangrijpingspunten voor de (multifactoriële) analyse van verzuim en voor de multifactoriële aanpak op zowel individueel als organisatie niveau. Bron: [Handboek Arbeid en Belastbaarheid, katern Bepaling belastbaarheid voor arbeid.](#)

1.1.3 Re-integratie

De volgende onderwerpen komen aan bod:

- Wat is re-integratie?
- Re-integratie en Wet verbetering Poortwachter
- Poortwachtercentra

Wat is re-integratie?

Onder re-integratie wordt verstaan de terugkeer in het arbeidsproces. Deze terugkeer kan plaatsvinden in:

- de eigen of een andere functie op de eigen werkplek
- de eigen of een andere functie op een andere werkplek bij de eigen (re-integratie 1^e spoor) of andere werkgever (re-integratie 2^e spoor)

Re-integratie en de Wet Verbetering Poortwachter

Op 1 april 2002 werd deze wet van kracht. Het doel van deze wet was een actievere en effectievere re-integratie van werknemers door het versterken van de verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers en door een betere samenwerking met de arbodienst (zie ook hoofdstuk 6). Er kwamen nieuwe regels voor de ziekmelding, re-integratie, de wachttijd van werknemers en de loondoorbetalings-verplichting van werkgevers. Ybema, Evers & Lagerveld (2006, TNO) geven aan dat sinds de invoering van de wet zieke werknemers sneller het werk hervatten dan in 2000. Zij melden meer interventies van de bedrijfsarts en de werkgever heeft meer contact met de zieke werknemer. De aard en de hoeveelheid interventies van de werknemer, de werkgever en de arbodienst zijn gerelateerd aan de werkhervatting van de werknemer. De auteurs concluderen dat de invoering van de wet succesvol is geweest.

Bron: [Arbobalans 2007-2008.](#)

Poortwachtercentra

Samenwerking tussen werkgevers om de inzetbaarheid van personeel met een beperking te vergroten zien we terug in de oprichting van verschillende poortwachtercentra in het land, gecoördineerd door het werkgeversforum Kroon op het Werk. Primair doel van een poortwachtercentrum is re-integratie in ander werk bij een andere werkgever in de eigen regio, georganiseerd door werkgevers zelf

www.poortwachtercentrum.nl

1.1.4 Trends en ontwikkelingen

Trends en marktbewegingen

De benadering van verzuim en re-integratie is ook onderhevig aan trends en marktbewegingen. Zo heeft de liberalisering van de markt voor arbodienstverlening een verschuiving in gang gezet. Door het afschaffen van de verplichte aansluiting bij een gecertificeerde arbodienst in 2005 kan de werkgever kiezen voor maatwerkregeling of de vangnetregeling. Kiest hij voor maatwerkregeling dan heeft de werkgever (meestal met meer dan 25 werknemers) een contact met een eigen arbodeskundige (bedrijfsarts, arbeidshygiënist, veiligheidskundige of arbeids- en organisatieskundige). Dit heeft een enorme invloed gehad op de ontwikkeling van de arbodienstverlening. Kiest de werkgever voor de vangnetregeling, dan sluit is hij aangesloten bij een arbodienst. Ook de veranderingen in de sociale zekerheid hebben geleid tot verschuivingen. Re-integratiebedrijven zijn zich gaan professionaliseren via certificeringstrajecten. Arbodienstverlening en verzuimbegeleiding zijn sterker versnipperd. Het 'eigen regie-model' en de mogelijkheid voor maatwerk arbodienstverlening hebben er toe geleid dat organisaties efficiënter en gericht zijn gaan inkopen met een positief effect op re-integratie. Zie ook dossier [arbodienstverlening](#).

Ontwikkelingen volgen

Wie de trends en marktontwikkelingen over (preventie van) verzuim en re-integratie wil volgen of nader wil bestuderen, kan terecht bij diverse bronnen:

- [Marketconcern](#) voert jaarlijks de arbomonitor uit. Dit onderzoek laat zien dat arbodienstverleners zich steeds meer richten op vitaliteitsconcepten naast of in plaats van bestrijden van ziekteverzuim
- onderzoek van [Atos Consultancy](#) laat zien dat er in de zorgketen nog veel voordeel te behalen valt, dat ten goede kan komen aan de inzetbaarheid van medewerkers en het financieel rendement van gezondheidsmanagement voor alle stakeholders. Ondanks het project sociale zekerheid en zorg van de ministeries van VWS en SZW is werken de zorg- en inkomensverzekeraars nog onvoldoende samen (conclusie Atos Consultancy). Ook hebben reguliere zorgaanbieders nog steeds weinig affiniteit met het werken voor opdrachtgevers en houden zij weinig rekening met de factor arbeid. Deze conclusie staat vermeldt in het onderzoek van LangmanEconomen in opdracht van SZW: [Naar een sluitende keten voor preventie, verzuim en re-integratie](#)
- De Gezondheidsraad bracht in 2005 een advies uit over het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Zij pleitte voor verbetering van dit handelen en voor de ontwikkeling van overkoepelende richtlijnen voor beoordeling, behandeling en begeleiding ('3B-richtlijnen') met draagvlak bij alle artsengroepen (behandelaars, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen). In 2007 en 2008 zijn er acht van dergelijke richtlijnen [verzekeringsgeneeskundige protocollen](#) gepubliceerd.

1.2 Psychosociale aspecten

In deze paragraaf komen de psychosociale aspecten van preventie, verzuim en re-integratie aan de orde. Het gaat om de gevolgen van het invoeren en uitvoeren van verzuimmanagement en re-integratiebeleid op de organisatie als geheel en op de individuele medewerker. Het gaat hier dus niet over [psychosociale arbeidsbelasting](#) als óorzaak van verzuim.

Wetenschappelijk onderbouwde kennis over de psychosociale effecten is in dit verband niet veel voorhanden. Een aantal aandachtspunten uit de praktijk wordt hier aangestipt, eerst op organisatieniveau, vervolgens op werknemersniveau en tot slot vanuit de rol van de arboprofessional.

1.2.1 Preventie

Goed uitgevoerd gezondheidsbeleid levert een betere kwaliteit van arbeid, duurzame inzetbaarheid en een verbeterde aandacht voor gezondheid op het werk en –impliciet of expliciet- in de privé-sfeer.

Illmarinen noemt het verbeteren van de factor 'welzijn op het werk' een voorwaarde om inzetbaarheid te verhogen. Het resultaat uit zich in verhoogde productiviteit, gezondheid en motivatie.

Er is bewijs dat een verhoogde algemene gezondheid en ervaren vitaliteit van werknemers ook leidt tot verhoogde werknemerstevredenheid, lagere verloopintentie en een verhoogd veiligheidsbewustzijn.

Succesfactoren om gezondheidsbeleid goed op de rit te krijgen én te houden zijn:

- Een organisatiecultuur waarin bedrijfsgezondheidszorg en veiligheid geïntegreerd zijn
- Training en communicatie

- Commitment van het management
- Goede planning en samenwerking

Goed uitgevoerd gezondheidsbeleid levert voor het individu welzijnsvoordelen op, al ervaart de medewerker dat overigens zelf niet altijd. Verandering van werkwijze door veiligheids- en gezondheidsvoorschriften en extra aandacht voor 'gezond gedrag' door de werkgever leidt in veel gevallen tot weerstand

Er is veel publieke aandacht voor een gezonde leefstijl. Te verwachten is dat factoren zoals collegiale groepsdruk om samen gezonder te leven en te werken, de stijl van leidinggeven, commitment van het management en op lifestyle gerichte bedrijfscampagnes invloed hebben op de werkbeleving van medewerkers. Er is echter weinig bekend over het effect van al deze (limitatieve) factoren op het welbevinden van werknemers.

Bronnen:

- Samenvatting van een Brits [onderzoek naar het effect van arbo&verzuimbeleid](#) op organisaties en hun medewerkers.
- [Studie van Ilmarinen](#) naar duurzame inzetbaarheid.
- Schaufeli, W. en Bakker, A. (2007). *De psychologie van arbeid en gezondheid*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Dos Reis, A, (2007) [Bemoeien met de leefstijl van werknemers vinden we te persoonlijk': overgewicht.](#)

1.2.2 Verzuim

De volgende onderwerpen komen aan bod:

- Soorten verzuim en verzuimbehoefte
- Verzuimgelegenheid

Soorten verzuim en verzuimbehoefte

Voor de aanpak van verzuim wordt vaak onderscheid gemaakt tussen puur wit verzuim (de harde werker die eens een enkele keer griep heeft) en het grijze of zwarte verzuim, waarbij gedacht wordt aan sociale of sociaal-medische redenen tot aan fraude aan toe.

Bij wit verzuim is de noodzaak om thuis te blijven aanwezig. Het verzuim is onvermijdelijk en er is geen keuzemogelijkheid. In veel andere gevallen heeft een medewerker wel de keus, ondanks de klachten, naar zijn werk te gaan of thuis te blijven. Waarom blijft de ene medewerker thuis en gaat de andere wel naar zijn werk? Dat komt door de verzuimdrempel, die wordt bepaald door de behoefte en de gelegenheid van de medewerker om zich ziek te melden.

Verzuimgelegenheid

Terugdringing van het ziekteverzuim betekent terugdringing van de verzuimbehoefte en beperking van de verzuimgelegenheid. De gelegenheid om te verzuimen is bij medewerkers groot als zij niet geconfronteerd worden met financiële consequenties, niet weten dat het werk door anderen wordt overgenomen, en zij zich anoniem bij bijvoorbeeld de telefoniste of de afdeling PZ ziek kunnen melden. De rol van de leidinggevende is daarom belangrijk. Door (telefonische) ziekmeldingen via de leidinggevende te laten lopen en door met zieke en inmiddels weer herstelde medewerkers gesprekken te voeren, voorkomt de leidinggevende dat medewerkers zich te gemakkelijk ziek melden. Ook kan de leidinggevende alternatieven aanbieden wanneer er zich omstandigheden voordoen waardoor de werknemer behoefte heeft om thuis te blijven.

Over financiële consequenties voor werknemers is een digitale [brochure](#) samengesteld.

1.2.3 Re-integratie

De volgende psychosociale factoren hebben invloed op het verloop een re-integratietraject:

- Oriëntatie op re-integratie
- Relatie werknemer en leidinggevende
- Herstelgedrag van de werknemer
- Afwachtende houding van leidinggevende en werknemer
- Veranderkundige rol re-integratiedeskundigen

Oriëntatie op re-integratie

De motivatie om te re-integreren in eigen of ander werk, wordt ondermeer bepaald als de werknemer zowel negatieve prikkels (bijvoorbeeld inkomensverlies) als positieve prikkels (bijvoorbeeld sociale contacten) herkent die stimuleren om weer aan het werk te gaan. Wanneer de werknemer deze prikkels niet herkent, spreken we van gebrek aan oriëntatie op de re-integratie. Zo kunnen werknemers ook onvoldoende doordrongen zijn van hun 'werknemersplichten en – verantwoordelijkheden'. Oriëntatie op werkherleving wordt extra gestimuleerd als de werknemer kennis heeft van de verwachtingen ten aanzien van de eigen rol in het re-integratieproces en de gevolgen voor zijn baan- en inkomenszekerheid.

Als een werknemer door beperkingen niet meer kan re-integreren in eigen werk, dan kan de werknemer terecht komen in een emotionele periode, die te vergelijken is met de fasen in een [rouwproces](#): ontkenning, woede, onderhandelen/vechten, depressie en als laatste stap in het verwerkingsproces acceptatie. Deze fasen moeten doorlopen worden, om nieuwe stappen te kunnen zetten. Zolang de werknemer nog niet toe is aan acceptatie van zijn situatie, is oriëntatie op re-integratie niet aan de orde.

Bronnen:

Stecr [werkwijzer aanpak problematisch verzuim](#)

Relatie werknemer en leidinggevende

Een belemmerende factor voor re-integratie is de [combinatie conflict en verzuim](#). De volgende situaties kunnen voorkomen:

- Conflict over arbeidsvoorwaarden of inhoud van het werk als aanleiding voor het verzuim.
- Meningsverschil over de mate van belastbaarheid als aanleiding voor een conflict.
- Het niet nakomen van re-integratieafspraken door de werknemer, dit gecombineerd met psychische klachten -> is het verwijtbaar gedrag of is het te wijten aan de psychische aandoening?

Het contact tussen werknemer en leidinggevende moet goed zijn om constructieve afspraken te kunnen maken. In geval van (onderhuids) conflict is het van belang om eerst het conflict op te lossen en dan pas een re-integratieplan op te stellen. Een complicerende factor is interferentie met psychische of privé-gerelateerde klachten: medewerkers met deze klachten in combinatie met een arbeidsconflict hebben meer moeite om hun problemen bespreekbaar te maken. Hetzelfde geldt voor leidinggevendenden die er geen raad mee weten. Voorbeelden uit de praktijk plus oplossingsrichtingen zijn terug te vinden in het TNO-onderzoek [Werken naar vermogen en de praktijk van alledag](#).

Herstelgedrag van de werknemer

De re-integratie kan stagneren doordat de werknemer onvoldoende adequaat bezig is met zijn herstel. Hij volgt adviezen van behandelaars niet op, gaat met medicatie experimenteren of shopt binnen de gezondheidszorg. Zorgvuldige afstemming tussen bedrijfsarts, behandelend arts, leidinggevende en werknemer helpt de werknemer adequaat te laten werken aan het herstel.

Afwachtende houding van werknemer en leidinggevende

Een andere 'gedragsfactor' die effect heeft op het re-integratietraject, is de neiging om uitstelgedrag te vertonen. Leidinggevende en werknemer kunnen zich verschuilen achter nog op te leveren uitslagen van onderzoeken, arbeidsdeskundige rapporten, vakanties, etc. Ook de opvatting dat het verzuim niet werk-gerelateerd is en dat er vanuit werkgeverszijde weinig invloed mogelijk is, levert een vertragend effect op. Gebrek aan acceptatie over de onmogelijkheid tot terugkeer in het eigen werk kan tot een afwachtende houding leiden (zie ook oriëntatie op re-integratie in deze tekst).

Bron:Stecr-richtlijn [aanpak problematisch verzuim](#)

Veranderkundige rol re-integratiedeskundigen

In voorgaande - gelimiteerde - opsomming van de psychosociale aspecten wordt duidelijk dat de rol van de deskundigen -die zich met re-integratie bezighouden- veelal gericht moet zijn op de positieve beïnvloeding van gedrag, gericht op activering, verhogen van zelfvertrouwen en het nemen van verantwoordelijkheid voor de eigen re-integratie. Daarnaast is het van belang om de organisatie en de inhoud van het werk goed in kaart te hebben om ervoor te zorgen dat het functioneren van de werknemer geoptimaliseerd wordt. Lees ter inspiratie de [intreerede](#) van prof. Dr. Jan de Jonge, waarin hij het volgende aangeeft: "We weten dat de gezondheid en welbevinden van een werknemer ook afhangt van persoonskenmerken, zoals stresshanteergedrag en doeloriëntaties. Doeloriëntaties

worden als concept steeds belangrijker in theoretische modellen die zich bezighouden met *motivationale processen*". Met doeloriëntaties bedoelt de Jonge persoonlijke doelstellingen die een werknemer formuleert die bijdragen aan een goede gezondheid en welzijn in het werk. Deze doelstellingen kunnen gericht zijn op het bereiken van succes, uitdaging en groei, maar ook op het vermijden van situaties waarin de werknemer mogelijk zou kunnen falen of klachten zou kunnen krijgen. Gedragsbeïnvloeding is vooralsnog de insteek om verzuim te managen. In hoofdstuk 8 van dit dossier staat een uitwerking van de mogelijkheden.

De rol van arbokerndeskundigen in het speelveld van verzuim en re-integratiebeleid wordt verder toegelicht in de volgende paragraaf.

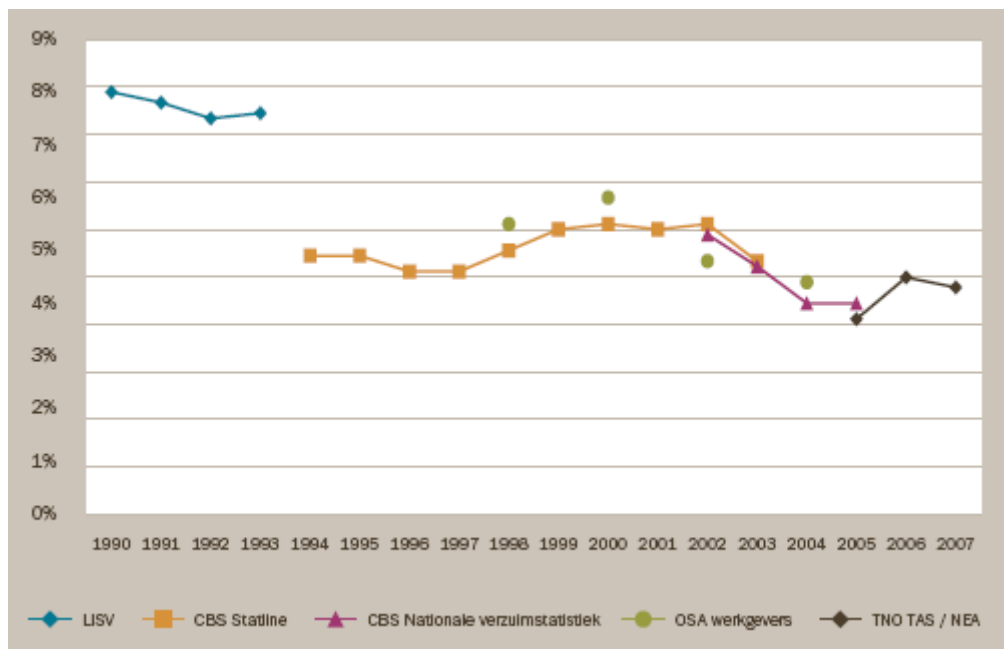
1.3 Omvang van de problematiek

In deze paragraaf komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Ziekteverzuimpercentage
- Ziekteverzuim in Nederland boven Europees gemiddelde
- Mogelijke oorzaken voor het relatief hogere verzuim in Nederland
- Ziekteverzuim per bedrijfssector
- Rol van verschillende actoren
- Globale uitleg van de rollen van de arbokerndeskundigen
- Rol van overige arbodeskundigen

Ziekteverzuimpercentage

Rond 1990 was het ziekteverzuim opgelopen tot 8% (LISV, 2000). Dat was voor de overheid aanleiding tot het nemen van een reeks van wettelijke maatregelen. De privatisering van de Ziektewet begon in 1994 met het van kracht worden van de TZ/arbo regeling die in 1996 werd gevolgd door de Wet uitbreidingloondoorbetaling bij ziekte (Wulbz). Vooral na de invoering van de TZ/Arbo regeling daalde het ziekteverzuimpercentage in Nederland. In 2005 bedroeg het ziekteverzuimpercentage in Nederland (exclusief zwangerschapsverlof) 4%. Door de privatisering van het ziekteverzuim was het voor UWV en de juridische voorgangers van deze organisatie niet meer mogelijk het verzuim te registreren en berekenen. Verschillende bronnen daarna geven echter een redelijk volledig en consistent beeld van het verloop van het verzuim over de jaren (CBS Statline; CBS Nationale verzuimstatistiek; OSA: Bekker e.a., 2007; TNO: NEA).



Bron: [Arbobalans 2007-2008](#).

Ziekteverzuim in Nederland boven Europees gemiddelde

Vergeleken met andere Europese landen was het ziekteverzuim in Nederland hoog in de periode 1995 tot 2003. Het ziekteverzuim in Nederland in de periode 1995 tot 2003 was hoog in vergelijking

met andere landen. Het ziekteverzuim in Nederland in dit tijdvak was (6%) twee keer zo hoog als in IJsland (2,9%), België (2,9%) en Frankrijk (3,0%), en zelfs vier keer zo hoog als in Italië (1,4%), Ierland (1,5%) en Duitsland (1,5%). Ook Zweden, Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk kenden een hoog ziekteverzuim (tussen 4% en 6%).

Mogelijke oorzaken voor het relatief hogere ziekteverzuim in Nederland

De volgende [factoren](#) worden genoemd:

- Minder disciplinaire maatregelen van werkgevers
- Betere ontslagbescherming dan in het buitenland
- De scheiding van behandeling (huisarts, specialist) en controle (arbodienst)
- De wachttijden voor specialistische behandeling en ziekenhuisopname
- De ervaren werkdruk (percentage mensen dat minstens de helft van hun werktijd in een hoog tempo werkt of dat met deadlines wordt geconfronteerd) ligt in Nederland hoger dan het Europees gemiddelde ([Houtman et al., 2006](#))
- Het lage aantal wachtdagen voor loondoorbetaling bij ziekte bij het merendeel van de bedrijven;
- Verschillen in het sociale zekerheidsstelsel en het functioneren van de arbeidsmarkt. Een belangrijk aspect is de definitie van verzuim en de daarbij behorende duur van maximaal verzuim. In nagenoeg geen enkel ander land kan een werknemer 2 jaar lang verzuimen. Dit heeft een grote invloed op het algemene verzuimpercentage in de werkende bevolking
Bron: [Beter aan het werk](#)
- In Nederland zijn samenwerking, ontplooiing en zorg voor de maatschappelijk zwakkeren belangrijke normen en waarden naast prestatiegerichtheid
- Over het algemeen geldt dat als de werkloosheid toeneemt, het ziekteverzuim afneemt. Bron: [Beter aan het werk](#). Het werkloosheidspercentage in een aantal ons omringende landen lag de laatste jaren op een hoger niveau dan in Nederland.

Ziekteverzuim per bedrijfssector

Het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het [RIVM](#) meldt dat het ziekteverzuim hoog is in de industrie, het openbaar bestuur, bij de gemeenten, en de politie (5,4% - 7,2%). De horeca, het onroerend goed en zakelijke dienstverlening en de rechterlijke macht kennen een laag ziekteverzuim (2,2% - 3,5%). De [Arbobalans 2007-2008](#) geeft aan dat er een gemiddeld hoog ziekteverzuimpercentage is te zien in sectoren als de industrie en de nutssector, maar ook in een aantal dienstverlenende sectoren zoals het onderwijs en de gezondheidszorg.

Meer informatie

Meer informatie en achtergronden over ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn te vinden in:

- het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het [RIVM](#)
- de publicatie [Beter aan het werk](#) van het SCP, CBS en TNO Kwaliteit van leven
- [Arbobalans 2007-2008](#)

Rol verschillende actoren

Wie zijn de verschillende actoren, die zich bezig houden met ziekteverzuim en re-integratie?

Er zijn verschillende beroepsgroepen werkzaam met deze onderwerpen. Centraal staan de vier kerndisciplines: bedrijfsarts, veiligheidskundige, arbeidshygiënist en arbeids- en organisatiedeskundige (A&O). De werkgever is volgens de Arbo-wet verplicht arbodeskundigen in te schakelen voor advies over en toetsing van de risico inventarisatie en evaluatie (RI&E), periodiek medisch onderzoek (PMO), aanstellingskeuringen en verzuimbegeleiding. De arboprofessional onderscheidt zich van de organisatie adviseur, proces begeleider, hulpverlener, milieukundige of veiligheidsexpert door de combinatie van kennis van arbeidsomstandigheden.

Globale rollen van de kerndisciplines:

- De [bedrijfsarts](#) werkt conform de Arbo-wet en de Wet verbetering poortwachter onder andere als begeleider, behandelaar en adviseur bij (de preventie van) verzuim. Verder voert de bedrijfsarts het Preventief medisch onderzoek (PMO) uit en verricht bij functies waar sprake is van specifieke arbeidsbelasting aanstellingskeuringen uit. Alle gecertificeerde bedrijfsartsen staan ingeschreven in het register van sociaal-geneeskundigen. Ze kunnen lid worden van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde (NVAB). De NVAB is opgericht in 1946. zie <http://nvab.artsennet.nl>
- De [veiligheidskundige](#) is specialist op het gebied van arbeidsveiligheid. Taken die de veiligheidskundige vervult zijn o.a. het inventariseren gevaren op de werkplek, voorkomen van

(**verzuim**) ongevallen. Ze zijn werkzaam op middelbaar en hoger niveau. Veiligheidskundigen kunnen een certificaat aanvragen via de Stichting voor de certificatie van vakbekwaamheid (SKO) en lid worden van de Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde (NVVK). De NVVK bestond in 2007 precies 60 jaar. Zie www.veiligheidskunde.nl

- De arbeidshygiënist is specialist in zaken die schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid van medewerkers. Het kan daarbij gaan om gevaarlijke stoffen, lawaaige machines, slecht klimaat, trillend gereedschap, schadelijke straling, bacteriën en schimmels. Arbeidshygiënisten kunnen een certificering aanvragen bij de Stichting voor de certificatie van vakbekwaamheid (SKO). Hij kan lid worden van de Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne (NVvA). In 1983 werd de NvvA opgericht. In 1993 volgde de definitieve en wettelijke verankering van het beroep arbeidshygiënist. zie www.arbeidshygiene.nl
- De arbeids- en organisatiedeskundige (A&O) werkt op het gebied van welzijnsrisico's, arbo/**verzuim**beleid en optimaliseren van arbeidsinhoud aan de hand van veranderkundige vraagstukken. A&O-ers kunnen een certificering aanvragen via het KIWA en lid worden van de Beroepsvereniging van Arbeid & Organisatiedeskundigen (BA&O). Met het inwerking treden van de Arbo-wet in 1994 is de Arbeids- en Organisatie (A&O) deskundige als kerndiscipline ingesteld. Zie www.baeno.nl

Overige arbodeskundigen (niet zijnde kerndeskundige vanuit arbowet)

- Arbeidsdeskundige: is de specialist in mens, werk en inkomen. Zie www.arbeidsdeskundigen.nl
- Arbo-adviseur/verzuimconsulent: arboverpleegkundige of bedrijfsverpleegkundige genoemd, heeft als taak zelfstandig onderzoek te doen naar arbeidsomstandigheden. Kijk op www.arboverpleegkunde.nl
- Casemanager: de werkgever moet volgens de Wet Verbetering poortwachter een case-manager aanstellen, die de overeengekomen activiteiten begeleidt en fungeert als contactpersoon tussen werknemer, werkgever en Arbo-dienst. Ook wel re-integratieconsulent, klantmanager of re-integratiecoach genoemd. De casemanager coördineert de **verzuim**begeleiding. Registerberoepsvereniging Nederlandse Vereniging voor Case- en caremanagers ([RNVC](http://www.rnvc.nl)).
- Ergonoom: stelt de relatie mens-middel-organisatie centraal om zo optimaal mogelijk te laten aansluiten bij het menselijk lichaam. Meer info op www.ergonoom.nl
- Preventiemedewerker: dit kunnen ook de kerndeskundigen zijn. De arbowet kent geen opleidingseisen voor deze functionaris. Iedereen mag de functie bekleden, wel staan een aantal taken in de arbowet genoemd. Meer info op www.preventiemedewerker.fme.nl
- Psychische hulpverlener: psychische problemen die ontstaan in combinatie van werk/thuissituatie of klachten in relationele sfeer op het werk. De begeleiding kan komen van een bedrijfsmaatschappelijke werker, loopbaanadviseur, coach, of bedrijfspsycholoog. De [Nederlandse Orde van Beroepscoaches](http://www.nobco.nl), kortweg NOBCO genoemd, is een beroeps- organisatie voor mensen die het vak van arbeidgerelateerde coaching. Zie verder ook de [Nederlandse Vereniging voor Psychologen](http://www.nvpa.nl) en de [Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers](http://www.nvpa.nl).
- Personeel & Organisatie: personeelswerk is de verzamelnaam voor alle activiteiten die een bijdrage leveren aan het bevredigend werken en samenwerken van mensen in arbeidsorganisaties. Bevredigend zowel vanuit het gezichtspunt van de mensen, als gezien vanuit de arbeidsorganisatie als geheel (*def volgens Drs. J.L. Noomen*). De Nederlandse Vereniging voor Personeelsmanagement & Organisatieontwikkeling, zie <http://www.nvp-plaza.nl>.

Noodzaak tot ontzuiling ten aanzien van verzuimbeleid en re-integratie:

Wat maakt dat ontzuiling nodig kan zijn bij verzuimbeleid en re-integratie? Op het gebied van ziekteverzuimpreventie en re-integratie heeft de arboprofessional direct of indirect een rol. Samenwerking, met als doel ontzuiling, is een aandachtspunt dat voortkomt uit de wensen van de markt, globalisering en overheidsbeleid. Uit onderzoeken van de beroepsverenigingen ("*preventiedeskundigen heden en toekomst 2008*" en "*modernisering van de kwaliteit van arbeid 2006*") blijkt dat de markt vraagt om integratie van kennis. Bedrijven kunnen het als hinderlijk ervaren als ze per land/regio/arbodeskundigheid grote verschillen ervaren. Bedrijven en organisaties operen steeds vaker wereldwijd. Dit maakt dat zij het verzuim- en re-integratiebeleid op elkaar willen afstemmen.

Eindtermen van de vier kerndeskundigen

In de eindtermen van de vier kerndeskundigen staat rondom ziekteverzuim en re-integratie onder andere het volgende:

- Basale kennis van de volksgezondheid en de interactie met arbeidsomstandigheden, kennis van preventieve gezondheidsbeschermende maatregelen en kennis van volksgezondheid stimulatie programma's (arbeidshygiënist/veiligheidskundige;)
- Kennis van het raakvlak tussen arbeids- & organisatiekunde en arbeidshygiëne en inzicht in de specifieke deskundigheid van de A&O-deskundige (arbeidshygiënist/veiligheidskundige);
- Is in staat te adviseren over het optimaliseren van de inzet van arbeid, bijvoorbeeld door het terugdringen van uitval (verzuim) of het verbeteren van werkprocessen (arbeids- en organisatiedeskundige)
- Behoud en herstel van arbeidsgeschiktheid (re-integratiebeleid) (bedrijfsartsen)
- Voor alle eindtermen van de kerndeskundigen, zie:

<http://www.skocert.nl>

<http://www.hobeeon.nl>

<http://nvab.artsennet.nl>

<http://www.1kiwa.com>

Globalisering

Het meest unieke kenmerk van de huidige wereldorde is de steeds grotere globalisering. Nationale politiek, economie, sociale zaken, cultuur en technologie worden steeds meer beïnvloed en bepaald door internationale instellingen en gebeurtenissen in de wereld. Ook arbeid ontsnapt niet aan de globalisering. Het Europees Fonds voor de aanpassing aan de globalisering (EGF) werd opgericht in het begin van 2007 voor de financiering van maatregelen om mensen aan het werk te houden. Het fonds is opgericht ter ondersteuning van de kosten die om de hoek komen kijken bij het zoeken naar een andere baan, het volgen van een extra opleiding en de ondersteuning van de ondernemingsgeest. De helft van de kosten hiervoor moeten van de EU-lidstaten komen.

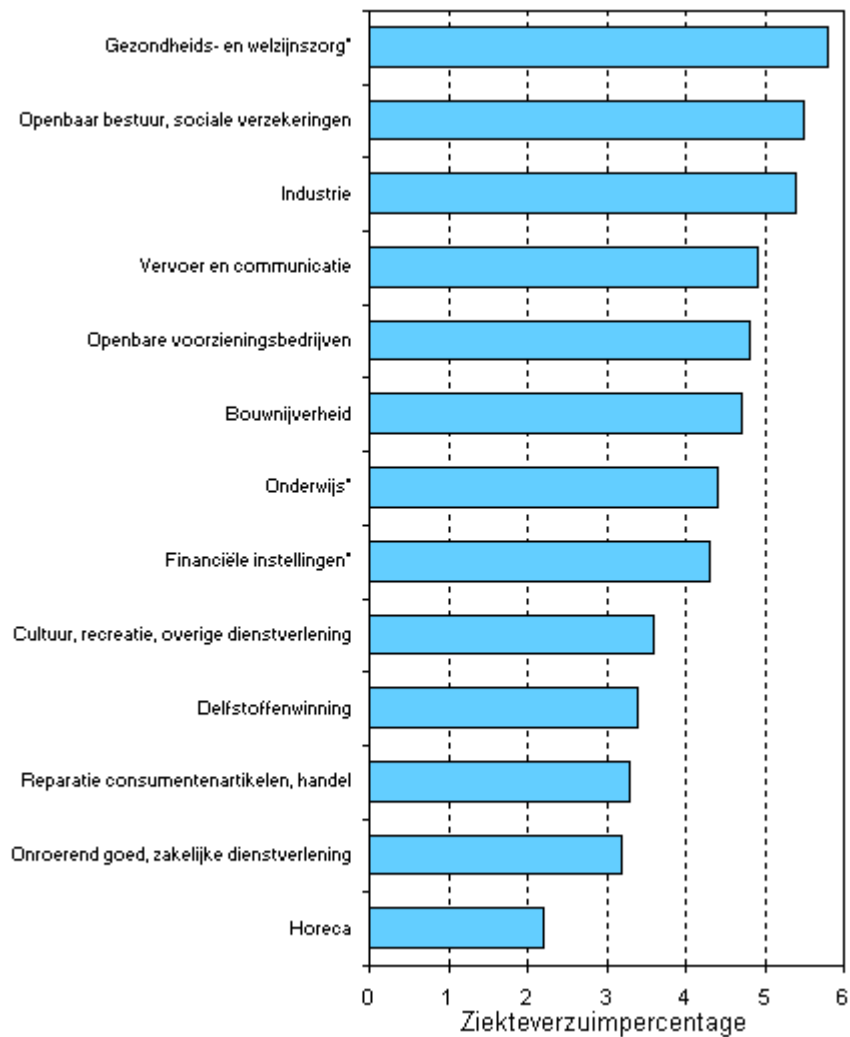
2. Relevante werksituaties

2.1 Relevante branches

In deze paragraaf staat informatie over het algemene en het werkgerelateerde ziekteverzuimpercentage in branches aangevuld met opmerkingen.

Algemeen ziekteverzuimpercentage branches.

De hoogte van het ziekteverzuimpercentage verschilt tussen bedrijfssectoren. In onderstaande tabel is te zien dat er hoge verzuimpercentages zijn voor de bedrijfssectoren 'Openbaar bestuur en sociale verzekeringen' (5,5%) en 'Industrie' (5,4%). Uitgesproken laag is het ziekteverzuim in de bedrijfssector 'Horeca' (2,2%), maar voor deze sector geldt dat het een relatief jonge beroepsbevolking heeft vergeleken met andere sectoren. Van de bedrijfssectoren 'Onderwijs', 'Gezondheids- en welzijnszorg' en 'Financiële instellingen' zijn na 2003 geen representatieve verzuimcijfers bij het CBS beschikbaar vanwege de liberalisatie van de arbodienstverlening op 1 juli 2005.



Ziekteverzuimpercentages naar bedrijfssector (exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof), 2005 (Bron: [CBS StatLine](#), Nationale Verzuim Statistiek, 2007).

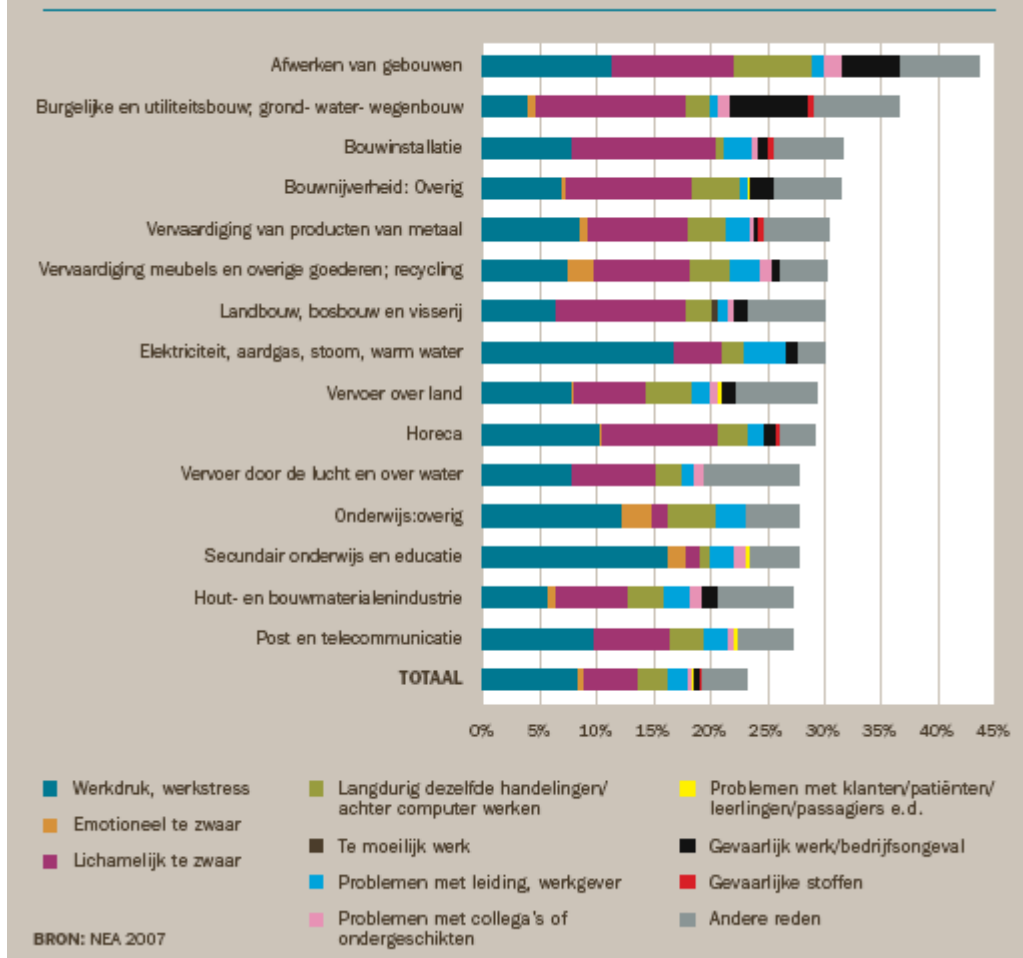
Opmerking: de verzuimstatistieken van CBS bieden cijfers tot en met 2005, en geen cijfers van recentere perioden.

Werkgerelateerd ziekteverzuim en branches

Vanuit preventieoverwegingen is het belangrijk om te weten in welke sectoren het verzuim hoog is en gerelateerd is aan het werk dat er verricht wordt. Onderstaande figuur geeft een overzicht van de top 15 van sectoren waar het verzuim (hoofdzakelijk en voor een deel) werkgerelateerd is en de oorzaken daarvan.

Veel van het werkgerelateerde verzuim wordt veroorzaakt door werkdruk en werkstress, lichamelijk te zwaar werk en werk waarbij men langdurig dezelfde handelingen verricht of achter de computer werkt.

Top 15 van sectoren met veel werkgerelateerd verzuim en de oorzaken daarvan



Bron: [Arbobalans 2007-2008](#).

Opmerkingen

Als voor belastende werkkenmerken wordt gecorrigeerd, dan verdwijnt de relatie zorgsector-ziekteverzuim. Men kan ook zeggen: het verzuim in de zorgsector is relatief hoog door de aanwezigheid van vrouwelijk personeel (met zorgtaken thuis), emotioneel zwaar werk, fysiek zwaar werk en agressie en intimidatie van patiënten.

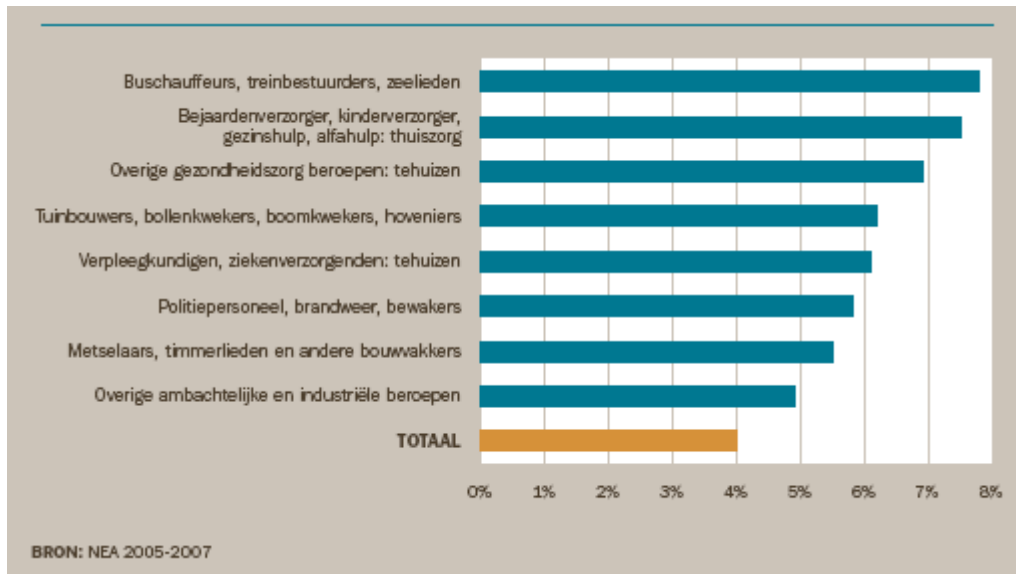
De relatie tussen werkzaamheid in de zakelijke/financiële dienstverlening en een laag verzuimpercentage verdwijnt als gecorrigeerd wordt voor de (lage) fysieke belasting, de (goede) arbeidsvoorwaarden, de (hoge) autonomie in het werk, de (hoge) opleidingsgraad en het ontbreken van gevaarlijk werk en van lawaai in het werk. Deze gunstige omstandigheden bepalen dat het verzuim in de zakelijke/financiële dienstverlening zo laag is. Zie [Beter aan het werk](#).

2.2 Relevante beroepen

Hoogverzuimberoepen

In onderstaande figuur staan de 'hoogverzuimberoepen' (> 25% in het kalenderjaar voorafgaand aan het NEA-onderzoek). Er zijn nog al wat verschillen tussen de 'hoogverzuimberoepen'. Bij verpleegkundigen en ziekenverzorgenden gaat het vooral om zwaar werk, ongewenst gedrag door cliënten en emotioneel zwaar werk. Het bus- en treinpersoneel melden vooral een gebrek aan regelmogelijkheden en agressief gedrag van passagiers. In de tuinbouw, de bouwnijverheid en de overige ambachtelijke en industriële beroepen is de lichamelijke en omgevingsbelasting hoog. Het

hoge percentage langdurig verzuim van deze beroepsgroepen kan niet verklaard worden door de verschillen in persoons-, baan- en bedrijfskenmerken, maar uit de blootstelling aan arbeidsrisico's.



Bron: [Arbobalans 2007-2008](#).

3. Inventarisatie en evaluatie

3.1 Risico-inventarisatie en evaluatie

In deze paragraaf komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Koppeling verzuimmanagement aan risicoinventarisatie en evaluatie
- Verzuimmanagement
- Risicoinventarisatie en evaluatie
- Tips
- Internationale normen
- Verzuim versus veiligheid
- Arbeidsongevallen
- Verzuimduur en verzuimkosten
- Indicatoren tot het jaar 2013
- Doelen rijksbegroting voor 2009 over arbeidsomstandigheden en verzuim

Koppeling verzuimmanagement aan RI&E

Hoe is verzuimmanagement te koppelen aan de risico inventarisatie en evaluatie?

Als we de twee beschrijvingen van verzuimmanagement uit het woordenboek en wikipedia samenvoegen komen we tot een definitie van verzuimmanagement: *verzuimmanagement is een proces van één of meer mensen bewegen tot het gecontroleerd uitvoeren van activiteiten gericht op het bereiken van doelstellingen rondom de afwezigheid van mensen.*

Verzuimmanagement heeft in 2002 een nieuwe impuls gekregen door de invoering van de Wet verbetering poortwachter (Wvp). De risico inventarisatie en evaluatie is een instrument dat gebruikt wordt sinds de invoering van de Arbo-wet in 1980. Bedrijven kunnen verzuim koppelen aan hun beleidsplan door bijvoorbeeld op te nemen dat leidinggevenden zelf de regie hebben op de verzuimcijfers en als onderwerp op laten nemen in de risico inventarisatie en evaluatie. Integraal gezondheidsmanagement gaat nog een stapje verder: daarbij is het doel om continue te verbeteren op meerdere gezondheidsaspecten (van eten in de kantine tot een gezonde bedrijfsvoering vanuit bedrijfskundig oogpunt).

Verzuimmanagement

Verzuimmanagement is niet alleen beperkt tot ziekteverzuim. Het kan ook ander soort verzuim zijn. Afhankelijk van de sector, bedrijfscultuur, risico's, historie en organisatiestructuur kan men maatwerk wensen, eigen normen willen opstellen en de regie behouden. Er wordt gesproken over verschillende

soorten verzuim in termen van kort, middenlang of lang, wit, grijs of zwart, op medische indicatie of mentaal. Hierover bestaan verschillende theorieën. Hierbij kan overwogen worden welke theorie past bij de opvattingen die collectief binnen een organisatie leven.

Risico-inventarisatie en –evaluatie

De risico inventarisatie en evaluatie is een instrument, dat maatwerk kan ondersteunen. Daarbij kun je denken aan de beste praktijken binnen een sector/ organisatie. Meer informatie over beste praktijken is te vinden op: www.arbonieuwestijl.nl. De risico-inventarisatie en -evaluatie kan ook sectorbreed worden toegepast: de brancherisico inventarisatie en evaluatie.

Tips

Overweeg ook de sterke punten te benoemen in de RI&E over verzuim- en re-integratiebeleid.

Risico's zijn per sector/organisatie verschillend en prioriteiten kunnen verschuiven. Het is bijvoorbeeld handig om in kaart te brengen welke prioriteiten op het gebied van ziekteverzuim en re-integratie leven en dit vergelijken of onderbouwen met de cijfers uit de organisatie/sector.

Daarnaast bestaan verschillende theorieën, (*Fine & Kinney*, *HAZARD*, *FIRECAM: Fire Risk, Evaluation and Cost Assessment Model*, *Fault Tree Analysis*, *de foutenboom*, *Ishikawa of visgraatmethode*, *MORT: Management Oversight and Risk Tree*, *RISMAN*, *What-if methode* etc).

Bron: <http://nl.wikipedia.org/wiki/Risicoanalyse>.

Het gebruik van (reken)modellen en methoden kan een hulpmiddel zijn. Overweeg wel of deze modellen ondersteunend zijn, zorgen voor een beperking of passen bij de vraagstelling.

Internationale normen

- Norm EN 954-1 beschrijft een kwalitatieve methode voor het rangschikken van risico's
- Norm EN 1050 beschrijft uitgangspunten voor een deugdelijke risicoanalyse

Zie ook www.nen.nl

Verzuim versus veiligheid

Hoe koppel je ongevallenpreventie aan verzuimmanagement en re-integratie?

Uit de rijksbegroting van 2009 blijkt dat de doelstelling is om samenhang in beleid te bevorderen. Dat vraagt om samenwerking en ontzuijing tussen de verschillende arboprofessionals en om de koppeling tussen preventie van arbeidsongevallen, verzuimpreventie en re-integratie. Behalen van deze doelstelling heeft als effecten dat:

- ongevallen en gezondheidsschade bij werkenden worden beperkt;
- verzuim wordt beperkt en arbeidsgeschiktheid wordt bevorderd;
- incidenten en gezondheidseffecten met een maatschappelijk ontwrichtend karakter worden beperkt;
- de kosten van de WIA en van loondoorbetaling bij ziekte worden beperkt.

Arbeidsongevallen

Ondanks ongevallenpreventieprogramma's kan er een ongeval plaats vinden. Maatregelen ter voorkoming van arbeidsongevallen met verzuim kunnen in de praktijk los staan van maatregelen rondom ziekteverzuimbeleid en re-integratie. Overweeg om met een werknemer/werkgever in gesprek te gaan over aangepast werk na een bedrijfsongeval. Een optie is om hierover afspraken te maken met andere arboprofessionals en elkaar te helpen hierbij.

Uit het TNO rapport "Verantwoording Monitor Arbeidsongevallen van 2007" blijkt uit evaluatie de volgende keuze voor de meest geschikte, betrouwbare en gezaghebbende bronnen voor ziekteverzuim cijfers, zie ook <http://www.tno.nl>

CBS: Statistiek Niet-natuurlijke dood (NND);

- Consument en Veiligheid: Letsel Informatie Systeem (LIS);
- Arbeidsinspectie: melding en registratie van ernstige en dodelijke arbeidsongevallen;
- CBS: Enquête Arbeidsomstandigheden binnen de Enquête Beroepsbevolking
- (EBB).

Arbeidsongevallen en verzuim

In 2006 hebben naar schatting 213.000 arbeidsongevallen plaatsgevonden met letsel en verzuim als gevolg Monitor Arbeidsongevallen 2006. Dit aantal is inclusief ongevallen met geestelijke schade en andere voorvallen die leiden tot lichamelijk of geestelijk letsel. Zo worden bijvoorbeeld ook gevallen van agressie en geweld als arbeidsongeval beschouwd.

Verzuimduur en verzuimkosten

Ongeveer de helft van de slachtoffers van een arbeidsongeval met letsel en verzuim verzuimt één dag tot één week. Verder verzuimt 21% van de slachtoffers twee weken tot één maand en 9% langer dan één maand.

De totale verzuimkosten (tot één jaar) van arbeidsongevallen die hebben geleid tot een behandeling op een SEH-afdeling of waarvoor het slachtoffer is opgenomen in het ziekenhuis, bedroegen in 2006 200 miljoen euro, gemiddeld 4.300 euro per slachtoffer.

Indicatoren tot het jaar 2013

De gekozen prestatie-indicatoren zijn maatgevend voor de veiligheid en gezondheid van werknemers. Gelet op de realisaties in 2005, 2006 en 2007 wordt voor de komende jaren gestreefd naar een afname van het aantal ongevallen met letsel en verzuim met 1,5% per jaar.

Indicatoren algemene doelstelling				
	Realisatie 2007	Streven 2008	Streven 2009	Streven 2013
Percentage arbeidsongevallen onder werknemers met verzuim tot gevolg	3,2%	3,1%	3,0%	2,9%
Percentage werknemers dat verdere aanpassingen aan de werkplek of aan de werkzaamheden noodzakelijk acht in verband met zijn of haar gezondheid	24,1	24	24	22

Bron: CBS/TNO, nationale enquête arbeidsomstandigheden. Zie ook <http://rijksbegroting.minfin.nl>

Doelen rijksbegroting voor 2009:

- Bevorderen van veilige en gezonde arbeidsomstandigheden en een goede verzuimaanpak
- Omschrijving van de samenhang in het beleid

Om de veiligheid en gezondheid van werknemers te beschermen en arbeidsuitval te voorkomen is een goed arbeidsomstandigheden- en verzuimbeleid noodzakelijk. Dit is van belang voor het beperken van het beroep op de WIA en de gezondheidszorg en voor het in stand houden van de arbeidsproductiviteit. Veilige en gezonde arbeidsomstandigheden dragen daarnaast bij aan het inperken van (bedrijfs)risico's met ingrijpende effecten op de samenleving, bijvoorbeeld bij bedrijven die werken met grote hoeveelheden gevaarlijke stoffen. De daadwerkelijke uitvoering van goed arbeidsomstandigheden- en verzuimbeleid is de verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers. SZW stimuleert het arbobeleid van bedrijven en ziet erop toe dat de arbeidsomstandighedenwet wordt nageleefd.

Arbo-dienstverlening en arbobeleid

Op www.arbonieuwestijl.nl staat over het ziekteverzuimbeleid dat via de Wet verbetering poortwachter wordt getoetst of de werkgever voldoende heeft gedaan aan re-integratie en aan het voorkomen van arbeidsongeschiktheid. In de Arbowet is een bepaling opgenomen dat de werkgever het werk, de werkplek en de daarbij gebruikte arbeidsmiddelen moet aanpassen ten behoeve van de zieke werknemer die door zijn ziekte verhinderd is zijn werk te verrichten. Met ingang van 2005 kan in overeenstemming tussen werkgevers en werknemers over de organisatie van het arbo- en verzuimbeleid in de onderneming zelf beslist worden. De partners zijn vrijwel volledig verantwoordelijk voor de inschakeling van de benodigde interne en externe deskundigheid en hun onderlinge samenwerking.

Meer lezen: In het dossier [arbodienstverlening](#) en [arbobeleid](#) staat meer informatie over de RI&E.

3.2 Meten

In deze paragraaf komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Verzuimregistratie
- Verzuimkosten
- Effecten meten en arbeidsrisico's
- Meten en de workabilityindex

Verzuimregistratie

De standaard voor verzuimregistratie is ontwikkeld door TNO Arbeid: zie de [berekening van ziekteverzuim](#). Veel onduidelijkheid over rekenregels en definities van ziekteverzuim was aanleiding tot vaststelling van een standaard. Individuele bedrijven en traditionele producenten van verzuiminformatie gebruiken bijvoorbeeld uiteenlopende berekeningen. In dit boek wordt de Standaard gepresenteerd en toegelicht met de bedoeling duidelijkheid te scheppen, rekening te houden met actuele wensen en vergelijking van verzuimcijfers mogelijk te maken.

Een goed praktijkvoorbeeld gebaseerd op deze standaard is de toolkit verzuimregistratie en –analyse van Arboservicepunt voor Beroepsonderwijs en –educatie en voor Hoger Onderwijs en Onderzoek. In de toolkit komt aan bod hoe je verzuim kunt registreren, verzuimcijfers kunt berekenen, presenteren, analyseren en interpreteren. Er staan handige tips in over een goed managementinformatiesysteem en het analyseren van de verzuimcijfers. Zie [toolkit](#).

Goede diagnostiek vormt de basis voor een adequate advisering en aanpak van verzuim en re-integratie, zie hoofdstuk 9 'Medisch Onderzoek' van dit dossier.

Verzuimkosten

De Commissie het Werkend Perspectief heeft een module om de verzuimkosten te berekenen gebaseerd op branche- en onderzoeksgegevens van TNO en CBS. Het gaat om de kosten van verzuim, langdurig verzuim, intrede in de WIA en kosten-batenanalyse van het (her)plaatsen van (gedeeltelijk) arbeidsgeschikte werknemers. Zie ook www.verzuimkosten.nl/dm.

Effecten meten en arbeidsrisico's

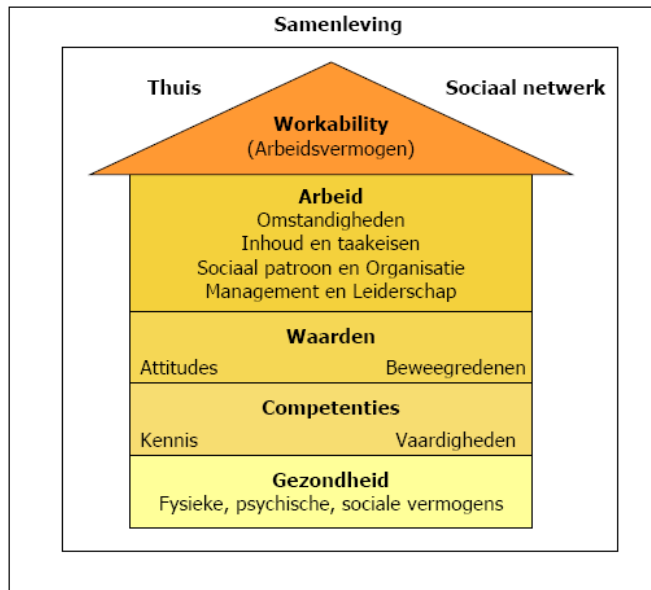
Vanwege de (paradigma)verschuiving van ziekteverzuim naar gezondheidsmanagement wordt steeds meer naar een set van effecten gekeken als het gaat om arbeidsrisico's.

In [Arbobalans 2007-2008](#) wordt de relatie weergegeven tussen 8 effecten en 35 arbeidsrisico's. Een verzuimduur van > 13 weken is één van de effecten. De arbeidsrisico's tijdsdruk, taakeisen en emotioneel zwaar werk zijn vooral gerelateerd aan het effect burnout. Kracht zetten, een ongemakkelijke werkhouding en herhalende bewegingen hangen samen met meer RSI. Conflicten op het werk, intimidatie en pesten hangen samen met de effecten meer burnout, meer RSI-klachten, de neiging om ander werk te zoeken en ontevredenheid.

Meten en de Work Ability Index (WAI)

De Workability Index van Juhani Ilmarinen is een praktische toets om het arbeidsvermogen van een werknemer te meten en monitoren. Het is een preventie-instrument op het niveau van de individuele werknemer. Het is een goed instrument om in te zetten bij de overgang van verzuimbeheersing naar preventie. Ook biedt dit instrument goede aanknopingspunten om programma's op te zetten voor individuele gezondheidsbevordering, en vervolgens de effecten van ergonomische en organisatorische maatregelen op de gezondheid van werknemers te evalueren.

Workability Concept (J. Ilmarinen)



Wat meet de WAI?

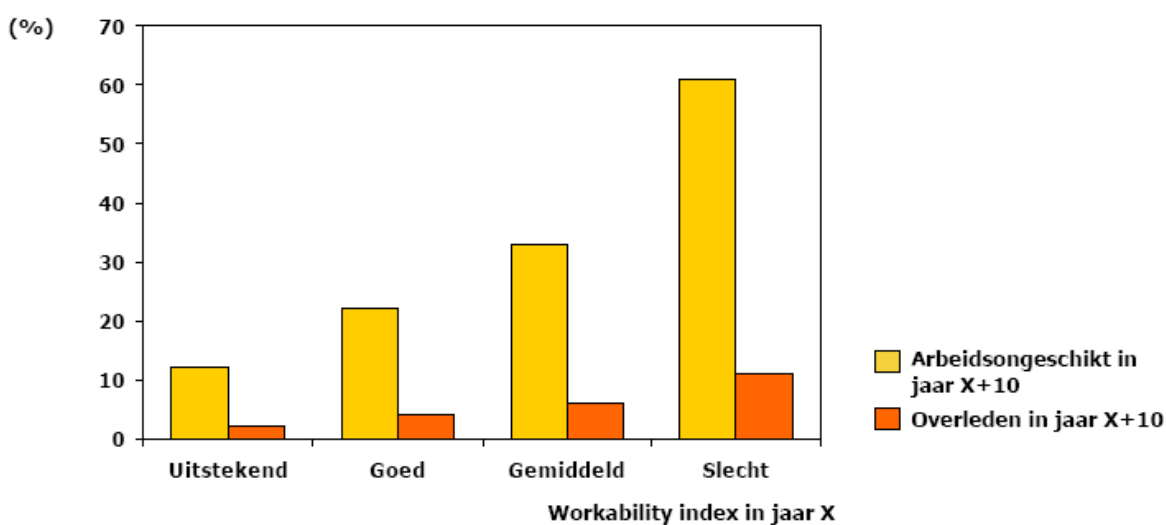
De meting bestaat uit het beantwoorden van een vragenlijst op zeven aspecten:

- werkvermogen nu vergeleken met zoals die op zijn best was
- werkvermogen ten opzichte van de taakeisen
- aantal aandoeningen/ziekten op dit moment, vastgesteld door de arts
- geschatte belemmeringen in het werk veroorzaakt door deze aandoeningen
- verzuim gedurende het laatste jaar
- ingeschat werkvermogen voor de komende twee jaar
- mentale capaciteiten

Bron: <http://www.blikopwerk.nl>; bovenstaande informatie is ontleend aan Marketconcern: [Work Ability Index](#).

Voorspellende waarde van de WAI

Wetenschappelijk onderzoek in Finland heeft laten zien dat de WAI een sterk voorspellend vermogen heeft voor arbeidsongeschiktheid in de komende vier jaar. Werknemers met een slecht werkvermogen hadden een ruim tienmaal zo hoog risico om binnen vier jaar arbeidsongeschikt te raken dan werknemers met een goed of uitstekend werkvermogen. Uitgebreide informatie over het voorspellend vermogen van de WAI in Nederlands onderzoek naar arbeidsproductiviteit, verzuim en arbeidsongeschiktheid is te vinden in het recente [proefschrift](#) van het Erasmus MC.



Effectmeting re-integreren

Uit een onderzoek van de Raad voor Werk en Inkomen (RWI; gepubliceerd in januari 2008) blijkt dat het merendeel van de onderzochte werkgevers slaagt er in om hun zieke werknemer het werk volledig of gedeeltelijk te laten hervatten. Van de ruim 600 langdurige zieke werknemers (drie maanden tot langer dan twee jaar ziek) uit het onderzoek, is de helft in eigen werk hervat, 6,7% in een andere functie bij de eigen werkgever hervat en 6,0% elders aan het werk.

(Nog) geen re-integratie na een jaar ziekte

Bij ruim 8% van de werkgevers is de werknemer langer dan een jaar ziek en (nog) niet aan het werk. Bij bijna 10% van de werkgevers is de re-integratie op het moment van de enquête geëindigd in ontslag van de langdurig zieke werknemer (4% zelf ontslag genomen zonder uitzicht op een andere baan en 6% ontslagen door de werkgever. In hoeverre de beëindiging van het dienstverband (altijd) te maken had met de langdurige ziekte is op basis van de enquête van de RWI niet aan te geven. Ook de relatie met de ontslagbescherming van twee jaar tijdens ziekte wordt in dit onderzoek niet duidelijk.

Voor een klein deel (2%) liep het dienstverband af. Deze mensen moeten na een langdurige ziekte (en met mogelijke arbeidsbeperkingen) solliciteren naar ander werk.

Ontslag door de werkgever - zonder nieuw dienstverband bij een andere werkgever – is de meest vergaande vorm van positieverslechtering als gevolg van een (mislukte) re-integratie. In de Stichting van de Arbeid is afgesproken om werknemers die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn (dus geen aanspraak op een WIA-uitkering) zoveel mogelijk te behouden voor het arbeidsproces bij de eigen of een andere werkgever. Uit het onderzoek van de RWI blijkt echter dat werkgevers zich (formeel en moreel) gerechtigd voelen om na twee jaar ziekte werknemers te ontslaan die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn. Als de werkgever en de werknemer het eens zijn over het beëindigen van de arbeidsrelatie kunnen ze dit onderling regelen. Als ze het niet eens zijn, is een ontslagprocedure bij het CWI nodig. Ziekte is na twee jaar geen reden meer om een ontslagvergunning te weigeren. De bevindingen van het UWV, dat er binnen afzienbare termijn geen aangepaste of passende arbeid mogelijk is, worden betrokken bij de behandeling van de ontslagaanvraag. Dit betekent dat na twee jaar vrij eenvoudig tot ontslag kan worden overgegaan en dat het bij een deel van de gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers die langer dan 24 maanden ziek zijn ook gebeurd.

Werkgeverervaringen over effectiviteit re-integratieaanpak

Werkgevers ervaren geen verschil in de effectiviteit van zelf doen, uitbesteden of samenwerken in het eerste en het tweede spoor. Om meer over effectiviteit te weten te komen is een goed gecontroleerd longitudinaal onderzoek op werknemersniveau nodig.

Succes- en faalfactoren bij re-integratie

De volgende factoren bevorderen c.q. belemmeren een adequate inzet van re-integratie van zieke werknemers:

- Gezondheid
- Beschikbaarheid van passend werk
- Mate waarin werknemer meewerkt aan re-integratie
- Mate van initiatief door werknemer
- Beroepsniveau (ongeschoolde arbeid)

Verder wordt als succesfactor benoemd het belang van een goed contact onderhouden van leidinggevende met werknemer en arbodienst.

Voorwaarden voor succesvolle re-integratie

De uitkomsten van het kwalitatieve deel van het RWI-onderzoek (interviews met werkgevers en leidinggevenden) geven aan dat onder de volgende voorwaarden de inzet van re-integratietrajecten vaker succesvol is:

- Snel, structureel en warm contact tussen werknemer en leidinggevende
- Werknemer zoveel mogelijk ruimte geven voor het nemen van eigen initiatief, maar wel in overleg met de leidinggevende zodat deze goed de regie vanuit de organisatie kan voeren
- Zoveel mogelijk parallel werken aan herstel en werkhervatting in plaats van volgtijdelijk
- Optimaal benutten van kansen eerste spoor: pluk eerst het fruit op ooghoogte en pak pas dan de ladder (naar het tweede spoor)
- Korte lijnen tussen leidinggevende, arbodienst en andere deskundigen.

Ondersteunende initiatieven

De volgende initiatieven zouden (vertegenwoordigers van) werkgevers kunnen ondersteunen om hun verantwoordelijkheid voor de re-integratie van zieke werknemers optimaal op te pakken:

- Verzekeraars dienen hun verzekerden meer aan te sturen op het gebruik van voorzieningen uit het pakket
- Voorlichting vanuit brancheorganisaties, websites met kennis en ervaring
- Instelling van een onafhankelijk adviseur voor werknemer, die zo ook de werkgever meer kan aanspreken
- Deskundigenoordeel meer promoten en een bindend karakter geven
- Regionale Poortwachtercentra instellen
- Daadwerkelijke evaluatie (opschudmoment) na één jaar ziekte

Meer lezen:

[Re-integratie van zieke werknemers](#): feiten, verklaringen mogelijkheden. P. Piek, T. van Vuuren, J.F. Ybema, C. Joling, J. Huijs, Den Haag, Raad voor Werk en Inkomen (RWI) : 2008

3.3 Blootstellingsmeting

Dit onderwerp is niet direct van toepassing op dit dossier. Blootstellingsmetingen worden toegepast als onderdeel van de inventarisatie en evaluatie van arbeidsrisico's. Zie voor meer informatie de dossiers [algemeen stoffenbeleid](#) en [arbobeleid](#) .

3.4 Effectmeting

Vergelijkend onderzoek van verschillende strategieën op het effect van de veranderdoelstellingen is zeldzaam. Bijvoorbeeld: we weten dat de stijl van leidinggeven een determinant is voor verzuim, maar er is geen evidence-based onderzoek naar het effect op verzuim van een gekozen strategie om leidinggevenden te ontwikkelen in het gebruik van verschillende stijlen van leidinggeven. Vooral nog komt de input voornamelijk uit best-practices-onderzoek.

Welke mogelijkheden zijn er om het effect van verzuimmanagement en re-integratie te meten? En welke methoden hebben zich bewezen?

In deze paragraaf komt achtereenvolgens aan bod:

- Meten van financiële opbrengsten
- Benchmark
- Survey Feedbackmethode

Metten van financiële opbrengsten

Financiële opbrengsten van verzuimmanagement en re-integratie worden nog onvoldoende gemeten. Zie de presentatie [Bedrijfsmatige opbrengsten van investeren in gezondheid en vitaliteit](#) van Prof. Dr. G. I. J. M. Zwetsloot:

- Gezondheidsdoelen en bedrijfsmatige opbrengsten zijn nog twee gescheiden werelden
- Doelstellingen en activiteiten zijn niet goed op elkaar afgestemd
- Er wordt niet systematisch gedacht over bedrijfsmatige opbrengsten van gezondheidsmanagement
- Datamanagement is niet goed op orde, waardoor valide evaluaties moeilijk te realiseren zijn en significante uitspraken onmogelijk zijn.

Benchmark

De verzuimanalyse is bruikbaar als effectmeting voor interventies op preventief gebied. De methodiek van 'benchmarken' (binnen en buiten organisatieonderdelen) helpt om successen binnen of buiten organisatieonderdelen verder uit te rollen. De 'toporganisatie is rolmodel'. De verzuimanalyses worden ingezet om te benchmarken. Zie de [Vroolandmethode](#).

Survey Feedbackmethode

Deze methode is niet alleen bedoeld voor het meten van het effect van interventies, maar bedoeld voor het ontwerpen van (verzuim) beleid. In de methodiek, die cyclisch en regulatief is opgebouwd, zit een (kwantitatief en kwalitatief) meetmoment waarmee je het effect van interventies kunt evalueren. Een aardige onderzoeksmethode hierbij is het bijhouden van een logboek door de interventie-uitvoerder. Voor digitale info over de opzet van survey-feedbackmethoden zie [dit artikel](#) van Bennebroek.

Bronnen:

- Schaufeli, W. en Bakker, A. (2007). *De psychologie van arbeid en gezondheid*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Quick, J.C. en Tetrick, L.E. (2003). *Handbook of occupational health psychology*. APA, Washington DC.

4. Wetgeving

4.1 Arbowet

In deze paragraaf komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Kaderregels (ziekte)verzuim
- Deskundige personen
- Arbeidsongevallen
- Artikelen in de arbowet
- Meer informatie

Kaderregels (ziekte)verzuim

Samengevat staat in de arbowet over ziekteverzuim en preventie daarvan de volgende kaderregels: De werkgever is verplicht is aanpassingen te verrichten voor de inrichting van de arbeidsplaats, de werkmethode en de bij de arbeid gebruikte arbeidsmiddelen ten behoeve van aanpassing arbeidsplaats werknemer met structurele functionele beperking, zodat re-integratie van de werknemer plaats kan vinden.

Deskundige personen

De werkgever laat zich bij de volgende taken bijstaan door een of meer deskundige personen ten behoeve van wie overeenkomstig artikel 20 een certificaat is afgegeven:

- de bijstand bij de begeleiding van werknemers die door **ziekte** niet in staat zijn hun arbeid te verrichten, met inbegrip van de bijstand bij de uitvoering van bij of krachtens artikel 25, eerste, tweede, derde, vierde en zevende lid van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, dan wel bij of krachtens artikel 71a, eerste, tweede, derde, vierde en zevende lid, van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering gestelde regels;
- het uitvoeren van het arbeidsgezondheidskundig onderzoek en de aanstellingskeuring, indien de werkgever deze laat verrichten.

Arbeidsongevallen

Definitie van arbeidsongeval: een aan een werknemer in verband met het verrichten van arbeid overkomen ongewilde, plotselinge gebeurtenis, die schade aan de gezondheid tot vrijwel onmiddellijk gevolg heeft gehad en heeft geleid tot **ziekteverzuim**, of de dood tot vrijwel onmiddellijk gevolg heeft gehad.

De werkgever houdt een lijst bij van de gemelde arbeidsongevallen en van arbeidsongevallen welke hebben geleid tot een **verzuim** van meer dan drie werkdagen en registreert daarop de aard en datum van het ongeval.

Artikelen in de arbowet

De volgende artikelen gaan over (ziekte)verzuim:

- Ziekte: Artikelen 4 en 14 van de arbowet
- Ziekteverzuim: artikel 1.3.i. van de arbowet
- Verzuim: artikel 9.2
- Re-integratie: zie ook overige wet- en regelgeving

Meer informatie

www.szw.nl

www.overheid.nl

www.wetten.overheid.nl

www.mkb servicedesk.nl

www.arbonieuwestijl.nl

4.2 Arbobesluit

Maatregelen in het arbobesluit

De volgende artikelen gaan over preventieve maatregelen t.a.v. ziekteverzuim:

[Definities algemeen](#), artikel 1.1

[Uitzondering bijstand ziekteverzuim](#), artikel 2.14c

[Onderzoek](#), artikel 4.10a

[Biologische agentia, celculturen en micro-organismen](#), artikel 4.84

[Onderzoek en vaccins](#), artikel 4.91

[Arbeidsgezondheidskundig onderzoek inzake trillingen](#), artikel 6.11e

Meer informatie over het arbobesluit (zowel de integrale teksten als achtergrondinformatie)

www.szw.nl

www.overheid.nl

www.wetten.overheid.nl

www.mkb servicedesk.nl

www.arbonieuwestijl.nl

4.3 Arbeidsomstandighedenregelingen

In de arbeidsomstandighedenregeling staan regels met betrekking van verzuim gericht op specifieke doelgroepen en/of sectoren. Tot op heden is dit vooral een handleiding, dat als werkdocument gebruikt wordt door de arbeidsinspectie.

Arbocatalogus

Nadat werkgevers en werknemers in een bepaalde sector of branche een positief getoetste arbocatalogus hebben opgesteld, worden de beleidsregels voor die sector of branche ingetrokken. Per 1 januari 2010 worden alle beleidsregels ingetrokken. Zie

<http://www.arbonieuwestijl.nl/7/14/Arbocatalogus.html>

Meer informatie

www.szw.nl

www.overheid.nl

www.wetten.overheid.nl

4.4 Overige wet en regelgeving

In deze paragraaf komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Wet verbetering poortwachter en casemanagement
- Intern of externe casemanager
- Overige wetgeving in het kader van ziekteverzuim
- Overige wetgeving in het kader van re-integratie
- Meer informatie

Wet verbetering poortwachter/ en casemanagement

De werkgever moet volgens de Wet Verbetering poortwachter een casemanager aanstellen, die de overeengekomen activiteiten begeleidt en fungeert als contactpersoon tussen werknemer, werkgever en Arbodienst. De casemanager coördineert de verzuimbegeleiding. De direct leidinggevende kan ook als casemanager fungeren, hij kent de werknemer, zijn situatie, de arbeidsplek, de belasting en krijgt van de bedrijfsarts alles te horen over de belastbaarheid en restcapaciteit van de verzuimer.

Interne of externe casemanager

In de praktijk speelt de overweging of blijkt dat de leidinggevende als casemanager hiervoor het meest effectief is, en het meest efficiënt is door de kostenbesparing op een nieuwe professional.

In één geval kan het beter zijn om een casemanager of een verzuimcoördinator van buiten in te schakelen: bij een arbeidsconflict kan het vertrouwen minder zijn. Een casemanager of een verzuimcoördinator kan dan, zonder risico van partijdigheid, effectiever zijn. In hoofdstuk 8 en 9 van dit dossier staat te lezen welke informatie er tussen werkgever en werknemer, tussen bedrijfsarts en werkgever en tussen werknemer en bedrijfsarts uitgewisseld mag worden. Deze informatie-uitwisseling is gebonden aan verschillende wet- en regelgeving (Wet bescherming persoonsgegevens, Burgerlijk wetboek, Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst).

Bronnen:

[De zieke werknemer en privacy](#). Deze studie is samengevat in een aantal [vuistregels](#).
[KNMG-Code gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie](#)

Overige wetgeving ziekteverzuim

Deze links bevatten zowel een korte samenvatting als de integrale wetsteksten.

- [Wet terugdringing ziekteverzuim](#)
- [Invoeringswet arbeid en zorg](#)
- [Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte 2003](#)
- [Wijzigingswet Ziektewet, enz.](#)
- [Aanpassingswet privatisering ABP](#)
- [Invoeringswet Wet financiering sociale verzekeringen](#)
- [Invoeringswet Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen](#)
- [Wet Invoering en financiering Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen](#)
- [Wet medezeggenschap op scholen](#)
- [Wet op de medische keuringen](#)
- [Wet op de ondernemingsraden](#)
- [Wet op het primair onderwijs](#)
- [Wet verbetering poortwachter](#)
- [Ziektewet](#)

Overige wetgeving re-integratie

Deze links bevatten zowel een korte samenvatting als de integrale wetsteksten.

- [Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering](#)
- [Wet overheidsperoneel onder de werknemersverzekeringen](#)
- [Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten](#)
- [Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen](#)
- [Wet financiering sociale verzekeringen](#)
- [Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen](#)
- [Invoeringswet Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen](#)

- [Werkloosheidswet](#)
- [Wet Invoering en financiering Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen](#)
- [Aanpassingswet privatisering ABP](#)
- [Wet bescherming persoonsgegevens](#)
- [Wet rechtspositie rechterlijke ambtenaren](#)
- [Wet verbetering poortwachter](#)
- [Wet verzelfstandiging reïntegratiediensten Arbeidsvoorzieningsorganisatie](#)

Deze wetten zijn nader gespecificeerd met AMVB's, ministeriële regelingen, gepubliceerde beleidsregels en circulaire's. Dit is na te lezen op onderstaande websites.

Meer informatie

www.szw.nl

www.overheid.nl

www.wetten.overheid.nl

www.mkb servicedesk.nl

www.arbonieuwestijl.nl

http://www.werkenaarvermogen.nl/re_poortwachter.htm

4.5 Europese wet- en regelgeving

Verdrag waarbij ziekteverzuim een onderwerp is: [Verdrag betreffende deeltijdwerk](#), Genève, 24-06-1994.

5. Beleid

5.1 Arboconvenanten

In ruim 20 sectoren is de laatste jaren geprobeerd via arboconvenanten vorm te geven aan veilige en gezonde werkplekken, en aan daling van ziekteverzuim. De meeste convenanten liepen in de periode 2006-2007 af. In totaal vielen ruim 3,5 miljoen (ruim 50% van de beroepsbevolking) werknemers onder de afspraken van één of ander arboconvenant. In totaal zijn er bijna 70 arboconvenanten afgesloten. In plaats van arboconvenanten zijn er inmiddels ook mogelijkheden tot sectorale afspraken over arbo-dienstverlening, branche-risico-inventarisatie en de arbocatalogus.

In 2007 is een eindevaluatie arboconvenanten nieuwe stijl uitgevoerd. De resultaten zijn te lezen in het eindrapport van de Tripartiete Werkgroep Arboconvenanten, waarin overheid, werkgeversorganisaties en vakbonden zitting hebben. Op 11 oktober 2007 verzonden aan de Tweede Kamer. Klik [hier](#) en op www.swz.nl

Belangrijkste conclusies uit de eindevaluatie zijn:

- Het evaluatieonderzoek laat zien dat de convenanten een sterke impuls hebben gegeven aan het arbo- en verzuimbeleid op sectorniveau. Het arbobeleid is op een hoger plan gebracht door verbetering van de arbo-infrastructuur en een grotere bereidheid om arbeidsomstandigheden te verbeteren. Bovendien is er meer kennis over effectieve instrumenten.
- Het ziekteverzuim in convenantsectoren is in de periode 1999 - 2005 met 28% gedaald. Deze daling is 2,5 keer zo groot als in sectoren die geen convenanten hebben afgesloten.
- De aanpak van arbeidsrisico's via convenanten laat in 50% van de risicosituaties belangrijke verbeteringen van de arbeidsomstandigheden zien. Deze verbeteringen zijn doorgaans behaald in deelsectoren of bij specifieke doelgroepen.
- Bedrijven in convenantsectoren hebben meer maatregelen genomen tegen de meeste arbeidsrisico's dan sectoren zonder convenant.
- Evaluatie van de arboconvenanten heeft duidelijk gemaakt dat de sectorale context van invloed is op de werking van dit beleidsinstrument. Sectorkenmerken bepalen voor een belangrijk deel of trajecten tot stand komen en hoe ze verlopen.

5.2 CAO afspraken

In november 2004 is in de Stichting van de Arbeid afgesproken dat convenanten waar mogelijk zullen worden omgezet in CAO-afspraken; dat kan gebeuren binnen de 'reguliere'(sector)-CAO, maar ook in een afzonderlijke arbo-CAO, bijvoorbeeld in sectoren waar geen sector-CAO bestaat, of waar dit om andere redenen zinvol wordt geacht.

Om de vertaalslag van arboconvenant naar CAO te ondersteunen heeft het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) een brochure uitgegeven. [Klik hier](#) om hem te downloaden (pdf-formaat).

5.3 Brancheafspraken

Arbocatalogi

Met ingang van 1 januari 2007 is de Arbeidsomstandighedenwet in Nederland gewijzigd. Werkgevers en werknemers hebben door de nieuwe Arbowet meer mogelijkheden gekregen om zelf invulling te geven aan de wijze waarop ze in de eigen sector aan de wetgeving voldoen. De overheid zorgt voor een helder wettelijk kader met zo min mogelijk overbodige regels en zo weinig mogelijk administratieve lasten. Werkgevers en werknemers maken samen afspraken over de wijze waarop zij aan de door de overheid gestelde voorschriften kunnen voldoen. Deze afspraken kunnen worden vastgelegd in zogenoemde arbocatalogi. Over ziekteverzuimpreventie kunnen per sector afspraken gemaakt worden. Goede praktijken zijn daar ook een onderdeel van. Voorbeelden hiervan staan op de site: www.arbonieuwestijl.nl en een overzicht van [tot nu toe goedgekeurde catalogi](#) is te vinden op de website www.arboportaal.nl.

5.4 Standaardisatie en normalisatie

Normen

Normen zijn documenten waarin bijvoorbeeld afspraken zijn vastgelegd over zorgsystemen, werkplekken etc. Zo dragen normen bij aan de veiligheid thuis en op het werk, en aan een gezonde en duurzame samenleving.

Voor ziekteverzuimbeleid en re-integratie zijn geen specifieke normen verkrijgbaar. Normen over arbomanagementsystemen zijn bijvoorbeeld:

- OHSAS 18001 – Arbomanagementsystemen
- Meting en beoordeling van blootstelling van personen aan incoherente optische straling - Deel 4: Terminologie en grootheden voor metingen bij UV-, zichtbare en IR-blootstelling
- Ergonomie - Ergonomische criteria voor kantoorwerktafels - Eisen voor afmetingen en uitvoering – Beproevingmethoden, Ventilatie van gebouwen - Ontwerpcriteria voor de binnenomstandigheden

Zie ook: www.nen.nl

5.5 Certificering

In deze paragraaf komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Kenmerken van certificatie
- Gecertificeerde arbodiensten en deskundigen
- Maatwerkregeling arbodienstverlening
- Begeleiding van zieke werknemers
- Toetsing van de RI&E
- Certificering van bedrijven

Kenmerken

De volgende zes kenmerken geven aan wat certificatie is:

- beoordeling door onafhankelijke deskundigen
- op basis van die beoordeling zijn 'spelregels' uitgewerkt door deskundigen
- het bedrijf moet blijvend voldoen aan de eisen
- toetsing door periodieke controle
- het certificaat is een bewijs van gerechtvaardigd vertrouwen
- het certificaat is een waardevol communicatiemiddel.

Gecertificeerde Arbodiensten en deskundigen

Een gecertificeerde Arbodienst is een private en onafhankelijke dienstverlenende organisatie. Voor deze Arbodiensten is een systeem ontwikkeld met normen. Deze normen zijn gebaseerd op de [Arbeidsomstandighedenwet](#). De Stichting Beheer Certificatieregeling Arbodiensten (borea) houdt de regelingen bij voor certificering van arbodiensten. De arbodienst helpt werkgevers bij het opstellen en uitvoeren van een goed arbeidsomstandigheden- en ziekteverzuimbeleid.

Maatwerkregeling arbodienstverlening

In 1994 werd het voor elk bedrijf met werknemers in loondienst verplicht om zich bij een arbodienst aan te sluiten. Per 1 juli 2005 is het niet meer verplicht om zich aan te sluiten bij een arbodienst, maar zijn bedrijven wel verplicht om zich deskundig te laten ondersteunen bij preventie- en verzuimaanpak. Er zijn alternatieven voor het contract met een arbodienst. (bron: www.arbeidsinspectie.szw.nl). Meer informatie over de maatwerkregeling is te lezen in het dossier [Arbodienstverlening](#).

Begeleiding van zieke werknemers

Volgens de Arbowet moet de werkgever zich bij begeleiding van “werknemers die door ziekte niet in staat zijn hun arbeid te verrichten” laten bijstaan door een bedrijfsarts is ingeschreven in een erkend specialistenregister.

Toetsing van de RI&E

Voor een branchespecifiek RI&E instrument dat is aangemeld bij de website van het Arbo Platform Nederland, is de inzet van de vier kerndeskundigen bij de toetsing niet per se noodzakelijk. Het volstaat om aangegeven te hebben dat relevante deskundigheden zijn ingezet voor de toetsing waarbij de eindverantwoordelijkheid bij een van de vier kerndeskundigen ligt. (Bron: Staatscourant 3 februari 2004, nr. 22 / pag. 33) <http://www.staatscourant.nl/staatscourant>

Certificeringen voor bedrijven

- De VGM Checklist Aannemers: de VGM-checklist is ontwikkeld om op uniforme en objectieve wijze aannemers te toetsen op hun veiligheidsbeleid.
- Ten aanzien van arbo kan men een certificaat verkrijgen voor de OHSAS 18001:2007.
- Daarnaast zijn er certificeringen voor: Metingen van geluid en geluidseffecten, Inspectie van elektrische laagspanningsinstallaties volgens de normen NEN 3140 en NEN-EN 50110-1, etc.

Meer informatie

<http://arbeidsinspectie.szw.nl>

www.borea.nl

<http://www.businessissues.nl> (over kwaliteitssystemen)

6. Beheersmaatregelen

6.1 Arbeidshygiënische strategie

De arbeidshygiënische strategie is een belangrijke beleidsverplichting vanuit de Arbo-Wet. Deze beleidsuitgangspunten moeten dan ook terugkomen in de maatregelen die men kiest om te voorkomen dat men verzuimt.

Sommige werknemers zullen na een periode van langdurig verzuim te maken krijgen met een blijvend verminderde capaciteit. Denk hierbij aan terug in het werk na een herseninfarct, maar ook aan het optreden van een chronische ziekte als reuma, diabetes en epilepsie. In deze situaties is beleid nodig, dat rekening houdt met de capaciteiten van de individuele werknemers en optimale mogelijkheden creëert voor deze werknemer om binnen het bedrijf te blijven functioneren. Dit beleid koppelt individuele begeleiding (bronmaatregelen) met organisatorische ondersteuning.

6.1.1 Bronmaatregelen

Werkplekaanpassingen

Bij langdurig verzuim zal de bedrijfsarts de functionele mogelijkheden van de werknemer beoordelen. De boordeling start met een inschatting van de belastbaarheid van de werknemer en het risico op herhaling van verzuim cq blijvende invloed op de productiviteit op het werk. Wanneer er sprake is van

blijvende beperkingen, kunnen de mogelijkheden voor het verrichten van de oorspronkelijk activiteiten eveneens zijn beperkt. In zo'n situatie is aangepast werk nodig door aanpassingen van de werkplek, de werktijden of de inhoud van het werk. Voor een secretaresse met reuma kunnen (ergonomische) aanpassingen op de werkplek een oplossing zijn. Voor een diabetes patiënt kan het vergroten van de regel mogelijkheden om het werk zelfstandig in te delen belangrijk zijn. Werken met epilepsie kan aanpassing van de inhoud van het werk betekenen.

Integraal gezondheidsmanagement

Integraal GezondheidsManagement (IGM), omvat het sturen en beheersen van een met het primair proces samenhangend geheel van beleidsmatige, organisatorische, technische en administratieve maatregelen en afspraken, en anderzijds van betrokkenheid, beleving, gedrag, samenwerking en overleg van de sleutelactoren in (en soms buiten) de organisatie, met het doel de gezondheid van mens en bedrijf te bevorderen.

TNO heeft in samenwerking met NIGZ deze methodiek ontwikkeld. IGM is geen product dat kan worden ingekocht, of dat met een éénmalige actie is te verwezenlijken. Het is een proces en verdient voortdurend de aandacht. Het moet zich binnen bedrijven ontwikkelen. Daarbij zal de aandacht verschuiven van fixatie op ongewenste output (zoals ziekte en uitval van personeel), via processen die daar toe leiden, naar de gezondheid van de organisatie. Op basis van herkenbare aspecten van de gezondheidsimpact van bedrijfsactiviteiten kunnen een zevental lijnen worden onderscheiden.

Het is overigens *niet* de bedoeling deze lijnen ook daadwerkelijk te scheiden, juist in samenhang zullen zij een sterke meerwaarde opleveren:

- Het inrichten van een zo gezond mogelijk primair proces
- Een gezonde fysieke (werk)omgeving
- Een gezonde sociale (werk)omgeving
- Actieve en gezonde mensen
- Gezonde producten en/of diensten
- Gezonde relatie met de directe leefomgeving
- Gezondheid als strategisch item

Bron en achtergrondinformatie: [eindrapportage IGM](#) (TNO, 2003)

6.1.2 Organisatorische maatregelen

Vuistregels voor succesvol verzuimbeleid

Door een analyse van ruim 50 succesvoorbeelden heeft TNO in 2003 een lijst van vuistregels opgesteld voor organisatie van het verzuimbeleid. De belangrijkste regels zijn:

- Leiderschap: besluit verzuim aan te pakken in de organisatie
- Maak verzuimbeleid onderdeel van het gehele organisatiebeleid
- Betrek alle partijen vanaf het begin bij het aanpakken van het verzuim
- Betrek de zieke in de oplossing van het verzuim
- Maak leidinggevend en medeverantwoordelijk en leer hen om te gaan met verzuim.
- Evalueer jaarlijks de resultaten van verzuimbeleid met het management.

Klik ook [hier](#).

Communicatie en regie

Bedrijven hebben baat bij duidelijke richtlijnen om stapsgewijs te komen tot een goed ziekteverzuimbeleid. Verschillende personen binnen de organisatie zijn betrokken bij het aanpakken van verzuim, met allen hun eigen rol in het verzuimproces. De communicatie en samenwerking tussen deze personen binnen de organisatie, ook wel sleutelfiguren van verzuim genoemd, is van belang voor een succesvolle aanpak van verzuim. Goed verzuimbeleid is bedrijfsbeleid, waarin het bedrijf zelf de regie voert.

Verzuimmanagement en rol van actoren

In de paragrafen 1.1 tot en met 1.3 van dit dossier staat informatie over deze onderwerpen.

6.1.3 Technische maatregelen

De volgende onderwerpen worden in deze paragraaf toegelicht:

- Managementtools
- Verzuimanalyse
- Diagnose-specifieke informatie
- Risicoprofiel en referentiemateriaal
- Interventies
- Timing van interventies

Managementtools

Een essentieel onderdeel van het management van verzuim is inzicht in het niveau en oorzaken van verzuim. Daartoe moet een verzuimregistratie worden opgezet, die analyse en presentatie van essentiële kengetallen mogelijk maakt. In diverse convenanten zijn afgelopen jaren handleidingen geproduceerd die gedetailleerd omschrijven hoe verzuimcijfers moeten worden verzameld, worden geregistreerd en kunnen worden geanalyseerd. Een mooi voorbeeld is de [Toolkit Verzuimregistratie en –analyse](#) van het Hoger Onderwijs.

Verzuimanalyse

Informatie is zinvol, als ze wordt (h)erkend door degene voor wie de informatie bestemd is en richting geeft aan de actie die de betreffende persoon kan/moet ondernemen. Verzuimanalyse is met name belangrijk voor managers van organisaties en medewerkers van een afdeling Personeel & Organisatie met verantwoordelijkheden voor het verzuimbeleid in het bedrijf.

Daarvoor moet informatie voldoen aan de volgende eisen:

- begrijpelijkheid: duidelijke, herkenbare kengetallen (frequentie en verzuimpercentage)
- voldoende specifiek: uitsplitsing naar afdeling of andere relevante organisatie-eenheid
- vergelijkbaar: verschillen tussen afdelingen of trends in de tijd vereisen dat dezelfde informatie wordt verzameld en gepresenteerd
- statistisch betrouwbaar: informatie over te kleine groepen is niet betrouwbaar
- passen bij het verantwoordelijkheidsgebied van de betrokken functionaris: de informatie moet de verzuimactiviteiten van de lezer aansturen.

Klik ook [hier](#).

Diagnose-specifieke informatie

De meeste verzuimregistraties bevatten geen informatie over de onderliggende oorzaken van het verzuim. Zonder inzicht in onderliggende oorzaken, kan het verzuimbeleid alleen gericht zijn op algemene maatregelen. Bij langerdurend verzuim is er vaak wel inzicht in diagnose-specifieke informatie, waardoor gericht beleid mogelijk is. Het verzamelen van diagnose-specifieke informatie is mogelijk door werknemers een eigen verklaring te laten invullen, door registratie van reden van verzuim direct bij de melding of door actief contact door een medewerker van de arbodienst.

Risicoprofiel en referentiemateriaal

Informatie over de diagnose draagt bij aan:

- het opstellen van een verzuimprofiel met de relatieve bijdragen van diverse ziekten aan het totale verzuim
- het koppelen van diagnose aan verzuimduur zodat ziekte-specifieke uitstroom-curves kunnen worden bepaald als referentiemateriaal.

De verzuimprofielen worden gebruikt om prioriteiten te stellen in primaire preventieve interventies. Een grote relatieve bijdrage van klachten van het bewegingsapparaat vraagt om ergonomische maatregelen, terwijl bij een hoge proportie psychische problemen stressgerelateerde maatregelen moeten worden overwogen. Een ziektespecifieke uitstroom curve is van belang om te kunnen beoordelen wanneer sprake is van een afwijkend patroon van verzuim.

Interventies

Voor verzuimders bestaat een groot scala aan mogelijkheden van interventies. Algemene organisatorische maatregelen zijn gewenst bij verzuim korter dan 1 week en bij frequent verzuim. Bij langer durend verzuim is inzicht nodig of het verzuimpatroon afwijkt van de verwachting (vandaar de noodzaak tot uitstroomcurves). Bij afwijkend patroon moeten gestructureerde interventies worden overwogen, zoals een rugschool bij chronische rugklachten of een stressmanagement cursus bij

dreigende burn-out.

Timing van interventies

De inzet van dit type interventies kan niet te vroeg zijn in het verzuimproces, omdat dan te veel verzuimers worden meegenomen die zelfstandig snel naar het werk terugkeren. Zo'n aanpak is dan zeker niet kosteneffectief, zeker voor de duurdere interventies. Het huidige inzicht is dat veelal tussen 4-8 weken het aanbod moet volgen (zie ook de NVAB-richtlijnen, www.nvab-online.nl). Voortdurende evaluatie is nodig, omdat deelname aan een langer durende interventie ook terugkeer naar het werk kan vertragen.

6.1.4 Persoonlijke beschermingsmiddelen

Niet van toepassing bij dit dossier

6.2 Psychosociale aspecten van beheersmaatregelen

In deze paragraaf wordt ingezoomd op de psychosociale aspecten waar werknemers en hun leidinggevenden mee te maken kunnen krijgen wanneer er maatregelen worden getroffen om verzuim te voorkomen (preventie- en verzuimbeleid) danwel te beperken (re-integratie).

6.2.1 Preventie

Preventie van verzuim begint met bewustwording over noodzaak en mogelijkheden. De politiek heeft in Nederland een belangrijke rol gespeeld in het denken over verzuim en re-integratie en de verantwoordelijkheid is bij werkgevers en werknemers belegd. Zij worden geacht er samen werk van te maken en dit verandert de beleving van ziekte en verzuim, wat voorheen een voornamelijk privé-aangelegenheid was van de werknemer.

Verandering in denken: rol politiek

Dat de verandering in denken door de politiek is ingezet wordt geïllustreerd in deze [notitie van SZW](#) (2003) als aankondiging van wijzigingen in sociale zekerheid en zorg. Dit resulteerde in een pakket aan maatregelen die zowel positieve als negatieve financiële prikkels betrof. Voor beide partijen is er een aanzienlijk financieel belang ten behoeve van de re-integratie in eigen of ander werk:

- Financieel belang voor werknemer: verlies van inkomenszekerheid, uit het [rapport](#) van de Stichting Ombudsman (2007) komt naar voren dat bijna alle medewerkers die hun baan verliezen door arbeidsongeschiktheid er in inkomen op achteruitgaan.
- Financieel belang voor werkgever, behalve dat de werkgever de eerste twee jaar van arbeidsongeschiktheid het loon doorbetaalt, wordt er nog eens tien jaar gedifferentieerde premie doorberekend wanneer de medewerker een uitkering ontvangt vanwege de WIA. Uit hetzelfde rapport van de Stichting Ombudsman als hierboven genoemd, blijkt dat werkgevers vaak niet op de hoogte zijn van de relevante regelingen rondom arbeidsongeschiktheid.

Impact sociale zekerheid

Bij het invoeren van nieuw gezondheidsbeleid in organisaties is het van belang om aandacht te hebben voor het gegeven dat we in Nederland jarenlang zijn opgevoed met de 'Verzorgingsstaat' met de bijbehorende relatief laagdrempelige vangnetten voor zorg en inkomen. In het laatste decennium is vanuit de politiek de nadruk op preventie en werken komen te liggen. Activeren en inzetbaarheid is het doel. Denken in mogelijkheden in plaats van in beperkingen. Werk boven uitkering. Werken naar vermogen. Dat is wat de overheid van organisaties en werknemers verwacht. Voor arboprofessionals zou dit vanzelfsprekende kost moeten zijn. Het kost echter veel tijd en inspanningen voordat werknemers én werkgevers deze omslag in denken en doen maken.

Verantwoordelijkheid stimuleren

De overheid stimuleert met het ingezette beleid sinds 1998 het nemen van gedeelde verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer, zowel voor het voorkomen van verzuim als voor het beheersen van de schade vanwege verzuim. Dit beleid heeft inmiddels tot een culturomslag geleid in de meeste organisaties. In een [rapport](#) (maart 2008) van de Raad van Werk en Inkomen, wordt geconcludeerd dat werkgevers in ruim 90% van de gevallen van langdurig verzuim re-integratie-inspanningen verrichten. In ditzelfde rapport wordt ook aangegeven dat "Eigen initiatief van de

werknemer en een goede en open relatie tussen werkgever en werknemer belangrijke succesvoorwaarden zijn". Verzuimende werknemers die volgens de werkgever enigszins of in sterke mate initiatieven hadden genomen bleken een 2,4 keer zo grote kans op werkhervatting te hebben.

Regie bij de werknemer

In onderzoek naar succesfactoren van re-integratie van Regioplan (2006) wordt geconcludeerd dat als de medewerker zich meer verantwoordelijk voelt voor re-integratie, deze vaker aan het werk blijft bij gedeeltelijk arbeidsongeschiktheid.

Met de invoering van het IRO (Individuele Re-integratieovereenkomst) wordt het nemen van eigen verantwoordelijkheid voor re-integratie voor uitkeringsgerechtigden gestimuleerd. Doelstelling is dat cliënten hun eigen regie over hun re-integratie voeren. Een evaluatie over het effect staat in een [rapport](#) (2007) van onderzoeksbureau Astri in opdracht van het Breed Platform Verzekerden. De overall conclusie is dat de beoogde regie –met name in het voortraject van keuzes maken voor aard traject en welke dienstverlening nodig is- toch nog veel bij de re-integratiebegeleiders en het UWV ligt. Pas tijdens de uitvoering van het traject trekt de cliënt de regie wat meer naar zich toe.

Overige bronnen waar meer info over dit onderwerp te vinden is:

- [De Weldergroep](#) (niet alles is actueel!)
- [Blik op Werk](#) (gericht op re-integratie van uitkeringsgerechtigden)

6.2.2 Verzuimbeleid

Veranderingen in de beleving van ziekte en verzuim uit zich ook in een omslag in het denken over het opzetten van verzuimbeleid. De arbeidsverhoudingen spelen steeds meer een rol, omdat werknemer en werkgever 'tot elkaar veroordeeld zijn' om de schade vanwege verzuim zoveel mogelijk te beperken.

Zakelijke en sociale aanpak

"De meest sociale aanpak van verzuim is een zakelijke. De meest zakelijke aanpak van verzuim is een sociale aanpak". Dit citaat komt uit het [case-study-onderzoek van TNO](#) naar goede praktijken van verzuimmanagement. De aanbeveling illustreert dat het van belang is om in een vroeg stadium de financiële consequenties per mogelijke eindsituatie helder te krijgen voor de medewerker. Dat geldt voor de Poortwachterperiode en de periode daarna, wanneer ontslag aan de orde kan zijn. Het boekje 'Reisgids voor de werknemer' -te bestellen via www.Weldergroep.nl - is een goede aanvulling op de informatievoorziening.

Arbeidsverhoudingen

Weinig sociale steun en opvattingen over verzuim (lage verzuimdrempel) bevorderen de frequentie en de duur van verzuim. 1/3^e van alle langdurende verzuim met psychische klachten is veroorzaakt door een arbeidsconflict.

De onderzoeksresultaten zijn echter niet eenduidig: uit de [Nationale Enquete Arbeidsomstandigheden van 2005/2006](#) blijkt dat slechts 1% van de verzuimoorzaken toegeschreven wordt aan een conflict.

Niet goed uitgevoerd re-integratiebeleid kan ook oorzaak zijn voor een conflict (bron?).

6.2.3 Re-integratie

Succesvolle re-integratie begint bij het wegnemen van belemmeringen en het bevorderen van herstelgedrag.

Herstelgedrag

Gedrag is een factor die herstel sterk kan bevorderen en ziekteverzuim kan bekorten. Het beïnvloeden van re-integratiegedrag is dan ook een van de kernactiviteiten bij de begeleiding en advisering van verzuimende werknemers. In paragraaf 7.2 van dit dossier worden enkele elementen over (het positief beïnvloeden van) herstelgedrag beschreven. Meer informatie en achtergronden zijn te vinden in het boek *Herstelgedrag*. Hierin staan theoretische kennis en direct toepasbare instrumenten en praktische vaardigheden aan om herstelgedrag te beïnvloeden.

Bron: I.F.D. van den Bold; M.J. Kelder, Herstelgedrag, 2006

Belemmeringen in de re-integratie door werkrelatie

Uit [onderzoek](#) van TNO voor de Raad van Werk en Inkomen concluderen de onderzoekers echter het volgende:

“Drie op de tien werkgevers ervaren belemmeringen in de re-integratie eerste spoor ten gevolge van problemen in de relatie tussen werkgever en werknemer voorafgaand en/of tijdens de re-integratie van de langdurig zieke werknemer in het eerste spoor. Deze problemen betreffen disfunctioneren voor de ziekte, onvoldoende medewerking aan de re-integratie of conflicten vooraf en tijdens de re-integratie. Indien er sprake is van functioneringsproblemen, hebben werkgevers en werknemers moeite om deze goed bij de re-integratie te betrekken. Meer aandacht voor het functioneren of de wijze waarop mensen met hun werk omgaan, biedt betere kansen om oorzaken van uitval aan te pakken. Wanneer er eenmaal sprake is van conflicten of apert disfunctioneren, is het serieuze overwegen waard om een breder perspectief (ander werk, andere afdeling of zelfs andere werkgever) te hanteren voor het vinden van de beste re-integratiemogelijkheid.”

6.3 Implementatie van beheersmaatregelen

Deze paragraaf handelt over het organiseren van en het adviseren over verzuimbeleid en re-integratie. Het regiemodel van Falke en Verbaan kan organisaties helpen de juiste (inkoop)keuzes te maken. Succesvolle implementatie van beheersmaatregelen wordt versterkt door aan te sluiten op het ontwikkelingsniveau van de organisatie. Achtereenvolgens komen aan bod:

- Regiemodel
- Veranderkundige aspecten van verzuimmanagement
- Drie invalshoeken voor de implementatie van gezondheidsmanagement:
- Succesfactoren voor interventies gericht op inzetbaarheid
- Aandachtspunten bij het invoeren van een veranderkundige aanpak

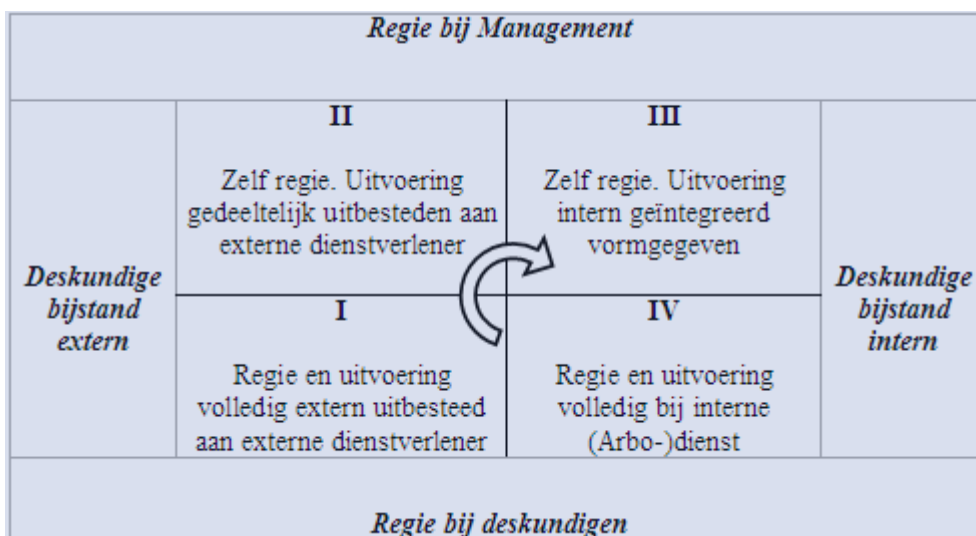
Regiemodel

Met de liberalisering van de markt voor arbodienstverlening in 2005, ontstond voor organisaties meer ruimte om de verzuimbegeleiding (en overige arbodienstverlening) naar eigen inzicht in te richten.

Falke en Verbaan brachten de keuzemogelijkheden hiervoor terug tot vier modellen. Afhankelijk van wat een organisatie zelf aankan en aanwil, valt de keuze op

- I klassieke model (alles uitbesteden)
- II inkoopmodel (gedeeltelijk inkopen, zelf meer regie nemen)
- III integratiemodel (management voert regie, inkoop van deskundigheid)
- IV interne arbodienst (deskundigen hebben regie)

Het 'regiemode' is een hulpmiddel voor organisaties bij het maken van (inkoop)keuzes over hoe de verzuimbegeleiding –passend bij de organisatie- ingericht kan worden. Er is geen goed of fout voor de vier keuzemogelijkheden. Afhankelijk van wat een organisatie zelf kan en of wil uitvoeren wordt de keuze voor één van de vier mogelijkheden bepaald.



© Falke en Verbaan 2005

Drie invalshoeken voor de implementatie van verzuimbeleid

Bij het invoeren van verzuimbeleid is het zinvol om voor de volgende drie invalshoeken visie en strategie te bepalen. Met andere woorden: "hoe voorkomen we dat medewerkers uitvallen (preventief beleid), hoe verhogen we de drempel om thuis te blijven (drempeloptimaliserend beleid) en hoe verlagen we de drempel om aan het werk te gaan (curatief beleid)":

- Preventief beleid: beleid gebaseerd op belasting-belastbaarheidsmodel: voorkom dat medewerkers boven of onder hun kunnen moeten presteren
- Drempeloptimaliserend beleid: betreft het invoeren van drempelverhogende procedures. Let wel op de valkuil: doorwerken met klachten en verslechterde werksfeer. (mensen 'mogen' zich niet meer ziek melden)
- Curatief beleid: betreft het verlagen van de hervattingsdrempel, werkgever biedt aangepast werk aan, werknemer vraagt op zijn beurt om aangepast werk en doet hier ook voorstellen voor. Casemanagement vindt plaats door de direct leidinggevende of een andere functionaris (intern of extern). Er zijn faciliteiten om interventies aan te bieden

Succesfactoren voor interventies gericht op inzetbaarheid

Preventie- verzuim en re-integratiebeleid heeft ten doel om medewerkers optimaal inzetbaar te houden of te krijgen voor het werk dat gedaan moet worden. Inzetbaarheid is een term die steeds meer in zwang raakt, omdat het een positieve lading heeft vergeleken met de terminologie van 'verzuim'. In recente onderzoeken wordt dan ook steeds meer inzetbaarheid als term gebruikt. Interventies kunnen de inzetbaarheid van medewerkers verhogen danwel versnellen. De succesfactoren volgens [onderzoek](#) (TNO, 2008, in opdracht van de Raad van Werk en Inkomen) naar het effect van interventies op inzetbaarheid:

- stapsgewijze en systematische aanpak
- een adequate diagnose
- een op deze diagnose gebaseerde theoretisch gefundeerde combinatie van werk- en werknemergerichte maatregelen
- participatieve aanpak
- steun van (top)management

Ook de moeite waard om door te nemen is [dit TNO-onderzoek uit 2003](#) naar best-practices bij 10 middelgrote organisaties over goed werkgeverschap en verzuim.

Aandachtspunten bij het invoeren van een veranderkundige aanpak

Aandachtspunten bij het invoeren van een veranderkundige aanpak van verzuim en re-integratie worden hieronder benoemd:

- Gebruik verzuimbeleid als onderdeel van een brede aanpak ter verbetering van de kwaliteit van arbeid en gezondheid van werknemers. Zie ook het dossier [arbobeleid](#) en het dossier [arbdienstverlening](#)
- Organiseer commitment, zowel top-down als bottom-up; zorg dat in de organisatie bewustwording ontstaat over ieders (financiële en immateriële) belangen van gezondheidsmanagement
- Gebruik de term activeringsmanagement of gezondheidsmanagement, vervang verzuim voor 'actieve' termen zoals inzetbaarheid, omdat dit werknemer en werkgever helpt om over mogelijkheden na te denken en daarop te acteren
- Schaf de term arbeidstherapeutisch werken af en werk alleen nog met 'loonwaarde' en 'aangepast werk'
- Start met het invoeren van maatregelend die passen bij de organisatie, bij wat er al is
- Geef problemen geen water, maar laat positieve initiatieven 'ontkiemen'
- Differentieer naar aard bedrijf en cultuur van bedrijf ('situationeel adviseren')
- Gezondheidsmanagement kun je niet als een vast pakketje maatregelen in de organisatie droppen

Bronnen:

- Zie dit uitgebreide [stappenplan](#) (met name geschikt voor grote organisaties waar 'de knop om moet')
- En tot slot zie dit [Belgisch promotie-onderzoek](#) 'Ziekteverzuim in relatie tot psychosociale en ergonomische factoren: Een onderzoek in een telecombedrijf' waarin determinanten van verzuim en interventiestrategieën om verzuim te reduceren zijn onderzocht. De context van dit onderzoek

is vergelijkbaar met die in Nederland.

7. Medisch onderzoek

7.1 Gezondheidseffecten en beroepsziekten

7.1.1 Gezondheidseffecten

Relevant in dit kader is een groot onderzoek dat de afdeling Sociale Geneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen gaat uitvoeren naar de samenhang tussen langdurige arbeidsongeschiktheid en gezondheid. Doel van dit onderzoek is om na te gaan welke factoren een bepalende rol spelen bij het herstel van mensen die al langdurig arbeidsongeschikt zijn. Met de uitkomsten van dit onderzoek kunnen zij beter begeleid worden bij het herstel van hun gezondheid en hun terugkeer op de arbeidsmarkt. De nadruk in het onderzoek ligt daarbij op psychische gezondheid. Het is voor het eerst dat een dergelijk onderzoek in Nederland wordt uitgevoerd. Aanleiding voor het onderzoek is het feit dat verzekerings- en bedrijfsartsen nog steeds moeilijk kunnen aangeven of langdurig arbeidsongeschikten nog kunnen herstellen en het werk kunnen hervatten. Daardoor ontbreekt een specifiek beleid voor deze groep, waardoor zij wellicht langer dan noodzakelijk niet aan het arbeidsproces meedoen. De uitkomsten worden in 2010 verwacht.

7.1.2 Beroepsziekten

In hoofdstuk 1 en 2 van dit dossier staat meer informatie over arbeidsrisico's en relevante branches en beroepen in relatie tot verzuim. In de huidige Arbeidsomstandighedenwet staat dat de verplichting om beroepsziekten te melden ligt bij 'de persoon die belast is met de bijstand bij de begeleiding van werknemers die door ziekte niet in staat zijn hun arbeid te verrichten.' Dit is meestal de bedrijfsarts maar kán ook een verzekeringsarts zijn. Er zijn hulpmiddelen beschikbaar voor meldende artsen. Zo is er is een document met daarin de meldingsinstructie en de definitie van een beroepsziekte. Er zijn voor een aantal beroepsziekten Registratierichtlijnen met daarin informatie over diagnostiek en meldingscriteria. Ter bevordering van de kwaliteit van de beroepsziektemeldingen zijn er algemene interne criteria opgesteld. www.beroepsziekten.nl

7.1.3 Kwetsbare groepen

In deze paragraaf worden de volgende groepen besproken:

- Mensen met een slechte gezondheid
- Werknemers die worden blootgesteld aan werkgerelateerde risicofactoren
- Mensen met riskante gewoonten
- Mensen met zorg- en huishoudelijke taken
- Vrouwen
- Zwangere
- Ouderen
- Allochtonen

Mensen met een slechte gezondheid

Een slechte gezondheidstoestand en/of een chronische aandoening zijn de beste voorspellers van verzuim. Werknemers met een matige tot slechte gezondheid – dat is overigens maar 10% van alle werknemers – rapporteren circa vier keer zoveel verzuimde dagen als degenen met een zeer goede tot uitstekende gezondheid. Dit soort verhoudingen is ook te zien bij de andere gezondheidsindicatoren. Het centraal stellen van de gezondheid van de werknemer bij verzuim is voor medici en gezondheidswetenschappers voor de hand liggend, maar economen en andere sociaal wetenschappers hebben nogal eens de neiging om te zoeken naar niet-gezondheidskundige oorzaken en gezondheid over het hoofd te zien. Klik op [Beter aan het werk](#).

Werknemers die worden blootgesteld aan werkgerelateerde risicofactoren

Er bestaat een licht verband van fysiek zwaar werk en gevaarlijk werk met ziekteverzuim. 'Intimidatie op het werk' en 'emotioneel zwaar werk' kan men als min of meer moderne veroorzakers van verzuim aanmerken. Het onderwijs, het vervoer en de zorg, met hun vele 'klantcontacten', zijn sectoren waarin veel intimidatie door klanten en emotionele belasting voorkomt. Intimidatie en emotioneel zwaar werk hebben een sterke relatie met vermoeidheid door het werk of burn-out. Deze laatste is een directe voorloper van verzuim. Werknemers met relatief veel werkdruk en relatief weinig autonomie in het

werk hebben een grotere kans op een hoog verzuimpercentage dan hun tegenpolen.

Mensen met riskante gewoonten

Riskante gewoonten als roken, drinken en ongezond eten, neuroticisme, een belastende thuissituatie en sportblessures zijn mogelijke veroorzakers van een hoog verzuim.

Mensen met zorg- en huishoudelijke taken

Hoe meer uren werknemers moeten besteden aan huishoudelijke en zorgtaken, hoe hoger hun verzuimpercentage is. Werknemers die per dag zeven tot acht uur of meer moeten besteden aan huishoudelijke en of zorgtaken, hebben een twee keer zo hoog verzuimpercentage als werknemers die maximaal één uur per dag daaraan moeten besteden. Wellicht speelt dit ook mee in het hogere verzuimpercentage van vrouwen.

Meer verzuim onder vrouwen

Het ziekteverzuimpercentage in Nederland bedroeg 4% in 2005. Vrouwen verzuimden in dat jaar gemiddeld iets meer dan mannen: gemiddeld 4,3 dagen per 100 kalenderdagen in een jaar tegen mannen 3,9 dagen (zie tabel 1). Vrouwen verzuimden gemiddeld ook 1,2 dagen langer dan mannen: 19,2 tegen 18,0 dagen. Het aantal keren dat men zich ziek meldde in een jaar was nagenoeg gelijk voor mannen en vrouwen. Zie [RIVM](#).

Zwangeren

Bij het beschrijven van het ziekteverzuim door zwangere vrouwen moet onderscheid gemaakt worden tussen ziekteverzuim in het algemeen en zwangerschapsgerelateerd ziekteverzuim, en tussen (zwangerschapsgerelateerd) verzuim voor en na de bevalling.

Ziekteverzuim van zwangeren in het algemeen

Het verzuimpercentage van zwangere vrouwen 5,7%, ten opzichte van 4,5% bij de niet zwangere vrouwen. Zwangere vrouwen verzuimden niet vaker, maar wel langer dan de niet zwangeren. Opvallend is dat vrouwen die zwanger zijn van hun 1^e kind vaker verzuimen dan vrouwen die van een 2^e of volgende kind zwanger zijn. Dit komt mogelijk doordat veel vrouwen na de geboorte van hun 1^e kind minder gaan werken, of zelfs helemaal stoppen met werken. Het is mogelijk dat vrouwen die voor de 2^e keer zwanger zijn meer ervaring hebben, en betere coping strategieën hebben ontwikkeld. Zwangere vrouwen in de gezondheidszorg verzuimen het meeste, terwijl zwangere vrouwen in de sector vervoer en communicatie het minste verzuimen. Naarmate de arbeidsbelasting hoger is neemt het verzuim toe.

Zwangerschapsgerelateerd ziekteverzuim

Gemiddeld verzuimt ongeveer de helft van de zwangere vrouwen in verband met de zwangerschap. Vooral de jongste vrouwen (onder de 25 jaar) verzuimen relatief vaak; het percentage verzuimende vrouwen neemt bovendien de laatste jaren iets toe. Ruim 90% van het verzuim treedt op voor de bevalling, en duurt ongeveer 48 dagen. Verzuim na de bevalling komt veel minder vaak voor, maar duurt wel veel langer: gemiddeld 88 dagen per verzuimgeval.

Preventie van langdurig ziekteverzuim bij zwangerschap

Zowel werknemers als professionals vinden dat minstens een deel van het zwangerschapsgerelateerd verzuim vermijdbaar is. Goed overleg tussen de betrokken partijen en goede voorlichting (door de werkgever) aan de zwangere vrouw lijkt hierbij een belangrijke rol in te nemen. Als vrouwen voorlichting hebben gehad over het werken tijdens de zwangerschap halveert dit de kans dat zij verzuimen. Zie ook [Zwangerschap, post-partumperiode en werk](#).

Ouderen

De duur van het ziekteverzuim neemt fors toe met het stijgen van de leeftijd. Opvallend is echter dat met het stijgen van de leeftijd de gemiddelde meldingsfrequentie niet stijgt. Het ziekteverzuimpercentage neemt toe tot 60 jaar, maar neemt daarna af. Selectie-effecten, waarbij bijvoorbeeld de gezondste mensen op latere leeftijd blijven doorwerken, kunnen hier de reden van zijn.

	<25	25-34	35-44	45-54	55-59	60+
Ziekteverzuim (%)	1,6	3,5	4,4	5,5	6,4	5,4
Meldingsfrequentie (per jaar)	0,6	1,1	1,1	1,1	1,0	0,7
Verzuimduur (dagen)	11,5	14,5	18,0	22,8	28,5	35,4

Ziekteverzuim naar leeftijd in 2005, exclusief zwangerschapsverlof (Bron: [CBS StatLine](#), Nationale Verzuim Statistiek, 2007). Zie ook [RIVM](#).

Relatie tussen leeftijd en ziekteverzuimpercentage

Uit nadere onderzoek blijkt dat het niet de leeftijd op zich is die tot een hoger verzuim van ouderen leidt, maar dat het zaken zijn die met het ouder worden een rol gaan spelen. Ouderen hebben in vergelijking tot jongeren meer te maken met (chronische) gezondheidsproblemen, met emotionele belasting door hun werk, werken onder grotere werkdruk, en zijn minder tevreden over de arbeidsvoorwaarden (ontwikkelingsmogelijkheden, beloning, promotie). Daar staat tegenover dat ouderen meer zelfstandigheid in het werk kennen, minder fysieke belast worden in het werk en minder gevaarlijk werk hebben. Op zich is leeftijd dus niet gerelateerd aan het ziekteverzuimpercentage, maar wel de toenemende gezondheidsproblematiek, werkdruk en emotionele belasting van ouderen. [Beter aan het werk](#).

Allochtonen

Het ziekteverzuimpercentage onder allochtonen is hoger dan onder de autochtone bevolkingsgroepen. Wel zijn er verschillen tussen Westerse en niet-westerse allochtonen en tussen de 1^e en 2^e generatie, zoals in onderstaande tabel is te zien.

Nationale VerzuimStatistiek ziekteverzuim 2005	
	%
Verzuim, totaal	4
Autochtonen	3,9
Westerse allochtonen, totaal	4,2
Westerse allochtonen, 1e generatie	4,3
Westerse allochtonen, 2e generatie	4,2
Niet-westerse allochtonen, totaal	4,6
Niet-westerse allochtonen, 1e generatie	5
Niet-westerse allochtonen, 2e generatie	3,2

Bron: www.cbs.nl

Het CBS rekent personen tot de allochtonen als ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen personen die zelf in het buitenland zijn geboren (de eerste generatie) en personen die in Nederland zijn geboren (de tweede generatie).

Westerse allochtonen:

Allochtonen afkomstig uit Europa (uitgezonderd Turkije), Noord-Amerika, Indonesië, Japan en Oceanië (onder meer Australië, Nieuw-Zeeland).

Niet-westerse allochtonen:

Allochtonen afkomstig uit Turkije, Afrika, Latijns-Amerika en Azië met uitzondering van Indonesië en Japan.

Arbeidssituaties van allochtonen

Allochtonen werken vaker in arbeidssituaties met een lage kwaliteit van de arbeid dan autochtonen. Uit onderzoek van Sandvliet en Molenaar (1990) blijkt daarnaast dat allochtonen onevenredig vaak werkzaamheden uitvoeren die worden gekenmerkt door een monotoon karakter, weinig autonomie, lage status en weinig uitdaging. (Schaufeli en Bakker, 2007 pag. 435 e.v.). 'Intimidatie op het werk' en 'emotioneel zwaar werk' zijn min of meer moderne veroorzakers van verzuim. Allochtonen rapporteren significant méér intimidatie van de kant van chefs en collega's dan autochtonen. [Beter aan het werk](#).

Re-integratie van allochtonen

Uit onderzoek naar re-integratie in het eerste ziektejaar, zie [Re-integratiegedrag van allochtonen](#), blijkt dat tijdelijke aanpassing van de werkuren en het werktempo en een structurele aanpassing van het

takenpakket minder voor kwamen bij allochtone dan bij autochtone werknemers. Ook kwam het bij allochtone werknemers vaker voor dat geen re-integratie instrument werd aangeboden. Het werd niet duidelijk waar dit verschil mee te maken had.

7.2 Diagnostiek, behandeling en preventief medisch onderzoek

7.2.1 Diagnostiek

De volgende onderwerpen komen in deze paragraaf aan bod:

- Diagnostiek
- Probleemanalyse
- Coping

Diagnostiek

Diagnostiek vormt de basis voor een adequate advisering en aanpak van verzuim en re-integratie. De multifactoriële probleemanalyse is bewezen effectief bij het bekorten van het verzuim en het bevorderen van de re-integratie (wegnemen van belemmerende factoren, faciliteren van bevorderende factoren). Bron: [Handboek Arbeid en Belastbaarheid, katern Bepaling belastbaarheid voor arbeid.](#)

Probleemanalyse

De richtlijnen van de NVAB geven per aandoening de aandachtspunten weer voor de probleemoriëntatie en diagnostiek. Het gaat om het inventariseren van de aard, het ontstaan en het beloop van de huidige klachten. Ook de behandelingen of interventies en het resultaat daarvan worden in kaart gebracht. Ook inventariseert de arbodeskundige de risico- of belemmerende factoren (zowel in de werk- als in de thuissituatie) en het copinggedrag van de werknemer.

DE PROBLEEMANALYSE

De schriftelijke probleemanalyse dient een antwoord te geven op de volgende vragen:

1. Welk probleem vormt voor de medewerker reden om te verzuimen van zijn werk?
2. Is dit een medisch probleem? Zo ja, wat zijn de beperkingen?
3. Is er sprake van een beroepsziekte, dan dient daarvan melding te worden gemaakt bij het NCvB.
4. Vormt dit medisch probleem een zodanige bedreiging voor de gezondheid van de medewerker dat er een medische noodzaak is tot verzuim van het werk? Zo ja, wat is gegeven het medische probleem de aangewezen weg tot herstel van arbeidsvermogen. Zo nee, hoe dient de medewerker zijn medisch, arbeids- of privéprobleem buiten verzuim op te lossen en welke hulp kan hij daarbij inschakelen.
5. Wat zijn de (alternatieve) mogelijkheden voor (gedeeltelijke) werkhervatting in eigen of aangepast (eigen) werk.
6. Welk tijdcontingent re-integratieschema dienen werkgever en werknemer te volgen. Op welke datum start dit schema en wanneer eindigt het?
7. Welk re-integratieprogramma kan de werknemer volgen als werkhervatting op de werkplek nog niet mogelijk is of ter preventie van recidief verzuim?
8. Wat zijn de opvattingen van de werknemer ten aanzien van zijn verzuim? Welke cognities blokkeren een voorspoedige re-integratie? Welke instrumenten kan de bedrijfsarts inzetten om deze opvattingen en cognities te beïnvloeden?
9. Is externe re-integratie kansrijker dan interne re-integratie gegeven de beperkingen van de medewerker en de mogelijkheden van de organisatie?

Bron: Koenders, **TBV** 15 / nr 6 / juni 2007

Snelle probleemanalyse leidt tot vroege re-integratie

Uit onderzoek (Post, Grol en Groothof, **TBV** 14 / nr 3 / april 2006) onder 780 werknemers voor wie een probleemanalyse is opgesteld, blijkt dat het gemiddeld zeven weken duurt voordat de probleemanalyse is gemaakt, terwijl het plan van aanpak na ruim veertien weken is opgesteld. Bij de groep 'vroeg gere-integreerd' (re-integratie binnen 13 weken) worden zowel de probleemanalyse (2,5

week eerder dan gemiddeld) als het plan van aanpak significant eerder gemaakt. Snel ingrijpen door de bedrijfsarts lijkt samen te hangen met snelle re-integratie.

Hulpbronnen voor multifactoriële probleemanalyse

De afgelopen jaren zijn er een steeds meer hulpbronnen voor bedrijfsartsen en andere arbodeskundigen verschenen die de elementen van de multifactoriële probleemanalyse stapsgewijs benoemen en toelichten:

- de NVAB-richtlijnen (www.nvab-online.nl)
- de verzekeringsgeneeskundige protocollen (www.nvvg.nl)
- het Laboretum (www.laboretum.nl)
- de Stecr-werkwijzers (www.stecr.nl)
- de ICF (www.rivm.nl/who-fic/icf.htm)
- in NHG-standaarden (www.nhg.org) en CBO-richtlijnen (www.cbo.nl) komt steeds vaker een paragraaf voor over de factor arbeid

Coping

Arbeidsre-integratie is in grote mate afhankelijk van de wijze waarop de zieke medewerker omgaat met problematische en aanpassingsvereisende gebeurtenissen. Deze manier van omgaan met de problemen wordt 'coping' genoemd. Effectief probleemoplossend gedrag draagt bij aan het gezond blijven en aan beter worden. Om die reden is het van groot belang voor de arbeidsre-integratie.

7.2.2 Begeleiding/behandeling

Deze paragraaf richt zich op de aanpak bij individuele werknemers, zoals bijvoorbeeld individuele werkaanpassingen of gedragsverandering bij individuele werknemers; in hoofdstuk 6 worden de maatregelen op organisatorieniveau beschreven. De combinatie van beide vormen van de aanpak van ziekteverzuim en re-integratie zijn het meest effectief.

De volgende onderwerpen worden hieronder toegelicht:

- Het belang van het handelen van de bedrijfsarts
- Richtlijnen (NVAB en andere relevante richtlijnen)
- Gedragsverandering
- Participatieve werkaanpassing
- Empowerment
- Motivatie-theorieën
- Samenwerking bedrijfsarts – behandelend arts

Het belang van het handelen van de bedrijfsarts

Uit onderzoeken (review van 13 publicaties, MacEachen, Clarke, Franche, en Irvin *Scand J Work Environ Health* 2006; 32: 257–269) blijkt dat de bedrijfsarts bij vroege werkhervatting een cruciale rol had. Dit vanwege de suboptimale belastbaarheid in deze fase van onvolledig herstel en de noodzaak van een intensieve begeleiding van de werknemer in deze genezingsfase.

De bedrijfsarts kan zijn bijdrage aan de secundaire preventie van langdurig verzuim vergroten door:

- vaker betrokken te zijn bij het formuleren van het verzuimbeleid
- verzuimende medewerkers gepast aan te spreken op hun eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van verzuim- en herstelgedrag
- en eenduidig medisch casemanagement (Koenders, *TBV* 15 / nr 6 / juni 2007)

NVAB-richtlijnen

De NVAB-richtlijnen bieden bedrijfsartsen een evidence-based aanpak voor verschillende aandoeningen. In de hoofdstukken over interventie wordt de aanpak beschreven die leidt tot herstel en re-integratie. De bedrijfsarts adviseert de interventies op basis van de bevindingen uit de probleemoriëntatie en diagnostiek (probleemanalyse, zie paragraaf 7.2.1). Voor de richtlijn psychische klachten is door onderzoek aangetoond (Nieuwenhuizen 2003 en van Amstel 2005) dat het effect groter is, als de richtlijn nauwkeuriger wordt toegepast.

Andere richtlijnen

Naast de NVAB-richtlijnen heeft de bedrijfsarts de beschikking over volgende richtlijnen, protocollen en standaarden:

- de verzekeringsgeneeskundige protocollen (www.nvvg.nl)
- het Laboretum (www.laboretum.nl)
- de Stecr-werkwijzers (www.stecr.nl)
- de ICF (www.rivm.nl/who-fic/icf.htm)
- in NHG-standaarden (www.nhg.org) en CBO-richtlijnen (www.cbo.nl) komt steeds vaker een paragraaf voor over de factor arbeid; dit zal nog verder gestimuleerd worden door het project KKCZ-richtlijnen (www.zonmw.nl).

Gedragsverandering

In het algemeen is het nog steeds zo dat de meeste interventies gericht zijn op een vermindering van de symptomen. Daarnaast is aangetoond dat voorspellers voor langdurig verzuim gedragsgerelateerd en multifactorieel van aard zijn in plaats van gebaseerd op een enkel medisch symptoom.

Daarom is het belangrijk om ons in interventies te richten op gedrag dat te maken heeft met werkhervatting, in plaats van op de medische aandoening van een werknemer. De methode participatieve werkaanpassing is zo'n interventie.

(Bron: S.H. van Oostrom, J.R. Anema, B. Terluin, A. Venema, H.C.W. de Vet, W. van Mechelen **TBV** 16 / nr 8 / oktober 2008).

Participatieve werkaanpassing

Met de ontwikkelingen en wetgeving van de afgelopen jaren is de verantwoordelijkheid voor (de aanpak van) verzuim en re-integratie steeds meer bij werkgever en werknemer komen te liggen. Als hulpmiddel blijkt de participatieve werkaanpassingsmethodiek hierbij effectief. Dit is een gestructureerd protocol waarbij een werknemer, een leidinggevende en een arboadviseur vroeg in de verzuimperiode gesprekken voeren om belemmeringen voor werkhervatting te identificeren en oplossingen te bedenken. Het doel is om een plan van aanpak voor werkhervatting op te stellen op basis van consensus tussen de werknemer en de leidinggevende. In een rugklachtenstudie bleek deze werkaanpassingsinterventie effectief te zijn voor terugkeer naar werk. Op dit moment wordt de methode verder ontwikkeld voor psychische klachten

(Bron: S.H. van Oostrom, J.R. Anema, B. Terluin, A. Venema, H.C.W. de Vet, W. van Mechelen **TBV** 16 / nr 8 / oktober 2008). De STECR-Werkwijzer Werkaanpassing (www.stecr.nl) is gebaseerd op deze methode.

Empowerment

Empowerment betekent het versterken van weerbaarheid, herstelgedrag en vertrouwen in eigen kunnen (self-efficacy). Het is gebleken dat dit positief kan werken voor herstel en werkhervatting. Voor de werknemer is een handig hulpmiddel ontwikkeld in het project Ziek en Mondig: de reisgids voor de werknemer, die informatie bevat voor werknemer en werkgever over stappen die nodig zijn bij (dreigende) ziekte. Er staan ook praktische oefeningen in voor de werknemer om zelf de regie in eigen hand te houden. Voor arboprofessionals is het hulpmiddel De werknemer als regisseur. De aanpak reikt arboprofessionals inzichten en praktische tips aan om werknemers die een minder actieve of effectieve probleemoplossingstijl hebben, tijdig de hulp te laten zoeken die ze denken nodig te hebben. Zie [krachtmiddelen](#).

Motivatietheorieën

In de managementliteratuur is veel te vinden over motivatietheorieën. Een uitgebreid overzicht van deze theorieën is te vinden op www.humanfactor.nl (Rob Vinke). Voor empowerment van werknemers zijn twee motivatietheorieën met een hoge effectiviteit interessant: de goal-setting-theorie van Locke en de Social learning-theorie van Bandura.

Goal-setting

Locke (1986) beschrijft in zijn doelstellingentheorie welk soort doelstellingen effectief is om een hoge graad van motivatie bij mensen te realiseren. Doelstellingen moet voldoende specifiek en voldoende moeilijk zijn. Dit hebben ze een sterk effect omdat ze

- de aandacht en de energie van de persoon op activiteiten richten die relevant zijn voor de doelen
- de persoon tot een hogere inspanning brengen
- de persoon ertoe brengen om actieplannen te ontwikkelen
- de persoon aanzetten om te volharden wanneer hij moeilijkheden op zijn weg ontmoet

Locke en Latham (1990) hanteren vier criteria voor goed geformuleerde doelstellingen: werkdoelen moeten uitdagend, concreet en helder, en door de medewerker geaccepteerd zijn. En de medewerker moet feedback krijgen over zijn vorderingen.

Social learning

Deze theorie van Bandura (1977) gaat in op self-efficacy: hoe de werknemer zijn eigen mogelijkheden ziet. Het is de inschatting van en het geloof in eigen mogelijkheden om een nieuwe taak goed te kunnen volbrengen. Lage self-efficacy leidt tot uitstel om een taak uit te voeren, hoge self-efficacy tot aan de slag gaan. Een ander element is dat wanneer de werknemer negatieve resultaten verwacht, de motivatie zal afnemen en vernijdingsgedrag zal optreden. Self-efficacy is verder van invloed op de mate van inzet bij het uitvoeren van een taak en de oriëntatie op doelen door de werknemer

Samenwerking bedrijfsarts behandelend arts

In veel beleidsdocumenten over verzuim en re-integratie wordt aangegeven dat betere samenwerking tussen bedrijfsarts, verzekeringsarts en behandelend arts een verlaging van het verzuim tot gevolg zou kunnen hebben. In evaluatie-onderzoeken naar samenwerkingsprojecten is dit nog niet altijd aangetoond. Onderzoek naar de samenwerking tussen orthopedisch chirurgen en bedrijfsartsen liet zien dat voor een deel van deze patiënten betere samenwerking kan resulteren in het verkorten van de verzuimduur. De verwachting is dat dit geen grote effecten op het verzuimpatroon in de beroepsbevolking zal hebben (E. Faber, A. Burdorf, H.S. Miedema, J.A.N. Verhaar TBV 15 / nr 1 / januari 2007)

7.2.3 Preventief medisch onderzoek inclusief vroegdiagnostiek

De volgende elementen zijn van belang:

- Kerndoelen preventief onderzoek
- Screening en signalering
- Aanvullend onderzoek
- Individuele en groepsgerichte interventies

Preventief onderzoek

Het [periodiek medisch onderzoek](#) kent drie kerndoelen:

- preventie van beroepsziekten en arbeidsgebonden aandoeningen bij individuele en groepen werknemers
- bewaken en bevorderen van de gezondheid van individuele en groepen werknemers in het werk
- bewaken en verbeteren van het functioneren en de inzetbaarheid van individuele werknemers

Screening en signalering algemeen

Voor vroegdiagnostiek (screening) en signalering van gezondheidsproblemen wordt in toenemende mate de WAI gebruikt, zie paragraaf 3.2 van dit dossier. Een ander veelgebruikt instrument is de vragenlijstset ontwikkeld voor het Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek. Deze bevat een module voor de algemene gezondheid en voor specifieke gezondheidsklachten. De modules zijn tegenwoordig onderdeel van het instrument Monitor@Work (www.skb.nl)

Screening en signalering van psychische problemen en klachten.

Voor psychische problemen of klachten zijn de [4DKL](#) en de [CIS](#) (Checklist Individuele Spankracht) geschikte vragenlijsten. Voor de signalering van psychische problemen wordt de Vragenlijst belasting en beoordeling van de Arbeid ([VBBA](#)) veel gebruikt.

Aanvullend onderzoek

Bij werknemers van wie de resultaten bij screenings- of signaleringsonderzoek daarvoor aanleiding geven, vindt aanvullend onderzoek plaats. Als de bedrijfsarts dat niet zelf kan, wordt de werknemer daarvoor verwezen naar de huisarts, psycholoog of medisch specialist.

Individuele interventies

In het kader van het Periodiek Medisch Onderzoek kunnen interventies gericht zijn op functioneel herstel van gezondheidsklachten of aandoeningen, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie bij psychische klachten. Ook kunnen ze gericht zijn op het vergroten van de belastbaarheid, zoals het aanleren van vaardigheden en *coping* strategieën voor het hanteren van belastende situaties op het

werk. Dan zijn er interventies, zie hoofdstuk 6, gericht op vermindering of aanpassing van de arbeidsbelasting.

Groepsinterventies

Van de onderzoeken worden groepsanalyses en groepsrapportages opgesteld. Voor de eisen die hieraan gesteld moeten worden zie pag 50 van de [Leidraad PMO](#) van de NVAB, De groepsinterventies kunnen gericht zijn op vergroting van de belastbaarheid. Het aanleren van vaardigheden zoals beschreven bij individugerichte interventies in hoofdstuk 6, gebeurt dan in groepsverband. Bij interventies gericht op vermindering van de arbeidsbelasting is het onderscheid moeilijk te maken tussen individu- en groepsgerichte interventies. Immers, indien voor één werknemer een werkplekaanpassing is geïndiceerd, zal deze in de regel ook ten goede komen aan collega's op dezelfde werkplek.

8. Werkgeversverplichtingen

In dit hoofdstuk komen de verplichtingen aan bod van de werkgever bij ziekteverzuim en re-integratie. Verschillende wetten (zie ook hoofdstuk 6) beschrijven de verplichtingen van werkgevers. De volgende onderwerpen worden toegelicht:

- Arbowet
- Loondoorbetalingsplicht bij ziekte
- Wet verbetering poortwachter
- Probleemanalyse en plan van aanpak
- Verplichting tot accepteren passend werk
- Verplichting bij één jaar ziekte
- Re-integratie-verslag en WIA-aanvraag
- Privacy van de werknemer

Arbowet

Artikel 3 van de Arbowet verplicht een werkgever zorg te dragen voor de veiligheid en gezondheid van de werknemers werkzaam in zijn onderneming. Preventie en beperking van ziekte, alsmede re-integratie zijn vanzelfsprekende doelstellingen van het door de werkgever te voeren beleid. Artikel 4 van de Arbowet verplicht de werkgever tot aanpassing van de werkplek van een werknemer met een structurele functionele beperking. Op basis van artikel 14 lid 1 Arbowet (en artikel 25 lid 5 WIA) is de werkgever verplicht tijdig alle noodzakelijke gegevens met betrekking tot het ziekteverzuim van zijn werknemers te verstrekken aan de bedrijfsarts of de arbodienst.

Loondoorbetalingsplicht bij ziekte.

De Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (Wulbz) en de Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (VLZ) bepalen de loondoorbetalingsplicht van de werkgever tot 104 weken. De werkgever is NIET verplicht om het loon door te betalen:

- a. indien de ziekte door opzet van de werknemer is veroorzaakt of het gevolg is van een gebrek waarover hij in het kader van een aanstellingskeuring valse informatie heeft verstrekt;
- b. als de werknemer zijn genezing belemmert of vertraagt;
- c. als de werknemer, hoewel hij daartoe in staat is, zonder deugdelijke grond geen passende arbeid verricht.

In deze situaties mag de werkgever het loon inhouden. De werkgever is verplicht om binnen vijf werkdagen aan UWV doorgeven dat het loon wordt ingehouden.

Wet verbetering poortwachter

De Regeling procesgang eerste en tweede ziektejaar geeft concrete invulling aan de verschillende verplichtingen uit de Wet verbetering poortwachter in het kader van de re-integratie.

Bij werknemers die langer dan vier weken ziek zijn, moet de werkgever een zogenoemd re-integratiedossier bijhouden. Daarin legt hij alles vast dat te maken heeft met de ziekte en re-integratie van de werknemer. Deze moeten voldoen aan de 'Beleidsregels vorm- en herkenbaarheidsvereisten re-integratieverslagen' en de 'Beleidsregels beoordelingskader poortwachter'. Indien een werkgever zich onvoldoende inspant voor de re-integratie, legt het UWV conform de Beleidsregels een loonsanctie op. De loonsanctie kan oplopen tot het doorbetalen van het loon gedurende maximaal 52 weken.

Probleemanalyse en plan van aanpak

Uiterlijk in de zesde week dat uw werknemer ziek is, brengt de arts van de arbodienst of de bedrijfsarts de situatie van de werknemer in kaart. Deze analyse vormt de basis voor het re-integratietraject. De werkgever is verplicht om hierover met de werknemer afspraken te maken om dit ook zo snel en verantwoord mogelijk te doen. Deze afspraken moet de werkgever op papier zetten: het plan van aanpak. Dit plan van aanpak en de andere re-integratie-documenten moeten voldoen aan het UWV-besluit '*Vorm- en herkenbaarheidsvereisten re-integratieverslag*'. Het plan moet door beiden ondertekend worden en klaar zijn in de achtste week dat de werknemer ziek is. De werkgever is verplicht om de afspraken die in het plan van aanpak gemaakt zijn na te komen. Als dat niet gebeurt dan kan UWV een eventuele WIA-aanvraag afwijzen en de werkgever verplichten om langer loon door te betalen. Ook is de werkgever verplicht minimaal eenmaal per zes weken een voortgangsgesprek te voeren.

Verplichting tot passend werk

De werkgever is verplicht om maatregelen te treffen waardoor de werknemer in staat wordt gesteld de eigen of andere passende arbeid te verrichten. Als vaststaat dat de eigen arbeid niet meer kan worden verricht en in het bedrijf van de werkgever geen andere passende arbeid voorhanden is, is de werkgever verplicht om passende arbeid bij een andere werkgever te (laten) onderzoeken. De werkgever kan hiervoor een re-integratiebedrijf inschakelen. Sinds 1 januari 2008 gelden er strengere regels voor passend werk. Het werk moet nog steeds passen bij de gezondheid van de werknemer. In het eerste halfjaar moet het werk ook passen bij de opleiding, de werkervaring en het salarisniveau van de werknemer. Daarna moet de werknemer echter ook ander werk accepteren.

Verplichtingen bij 42 weken en één jaar ziekte

Bij 42 weken ziekte is de werkgever verplicht om een ziekmelding te doen bij UWV. Als de werknemer in aanmerking komt voor een Ziektewet-uitkering, dan moet de ziekmelding aan UWV uiterlijk op de vierde dag plaatsvinden. Deze termijn geldt ook voor de herstelmelding. Vóór afloop van het eerste ziektejaar is de werkgever verplicht om samen met de werknemer de stappen te evalueren die in het eerste ziektejaar zijn gezet om de re-integratie te bevorderen. Samen stellen werkgever en werknemer vast of het verstandig is om het plan van aanpak bij te stellen. Deze evaluatie wordt onderdeel van het re-integratieverslag.

Re-integratieverslag

Bij een ziekteperiode van 1 jaar en 8 maanden kan de werknemer een aanvraag indienen voor een WIA-aanvraag. De werkgever is verplicht om in overleg met de werknemer het re-integratieverslag compleet te maken en een kopie aan de werknemer te verstrekken. De werknemer moet dit verslag bij de WIA-aanvraag voegen.

Meer informatie en bronnen

Lees de brochure "[Ik heb een zieke werknemer. Wat nu? Informatie voor werkgevers over re-integratie en ziektewet.](#)"

De integrale wetsteksten die zijn geraadpleegd voor dit hoofdstuk zijn te vinden op:

www.st-ab.nl

www.szw.nl

www.overheid.nl

Privacy van de werknemer

Als gevolg van het actiever ziekteverzuimbeleid, de strengere re-integratieverplichtingen voor werkgever en werknemer en de verplichting voor de werkgever om langer loon door te betalen, hebben werkgevers behoefte aan steeds meer informatie over de zieke werknemer.

Ook andere partijen, zoals arbodiensten, re-integratiebedrijven, het Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen en verzuimverzekeraars, hebben deze informatie nodig. Deze toenemende behoefte aan informatie raakt direct aan de privacy van de zieke werknemer.

Om alle partijen te informeren over de geldende privacyregels publiceerde het College bescherming persoonsgegevens (CBP) de studie [De zieke werknemer en privacy](#). Deze studie is samengevat in een aantal [vuistregels](#).

Welke gegevens mag de werkgever aan de werknemer vragen?

De werkgever mag bij de ziekmelding de volgende informatie aan de zieke werknemer vragen:

- telefoonnummer en (verpleeg)adres
- vermoedelijke duur van het verzuim
- lopende afspraken en werkzaamheden
- of er aanpassingen in het kader van re-integratie geboden kunnen worden
- of de werknemer onder een van de vangnetbepalingen van de Ziektewet valt
- of de ziekte verband houdt met een arbeidsongeval
- of er sprake is van een verkeersongeval in verband met de regresmogelijkheid

Toelichting

De werknemer die ziek wordt zal zich ziek melden bij de werkgever. De wijze waarop dit gebeurt, ligt meestal vast in een regeling die geldt binnen de organisatie waar hij werkt. De werkgever kan bij de ziekmelding in bepaalde situaties bij de werknemer ook direct informeren of er aanpassingen in het kader van de re-integratie aangeboden kunnen worden, bijvoorbeeld aanpassingen in lichamelijke belasting of werktijden. Als de werkgever informeert naar de aard en oorzaak van de ziekte, mag de zieke werknemer hierover zwijgen.

Welke informatie mag de bedrijfsarts aan de werkgever geven?

De bedrijfsarts mag alleen gerichte informatie c.q. advies aan de werkgever verstrekken over:

- de werkzaamheden waartoe de werknemer nog wel of niet meer in staat is (*functionele beperkingen, restmogelijkheden en implicaties* voor het soort arbeid dat de werknemer nog kan verrichten)
- de *verwachte duur* van het verzuim
- de *mate* waarin de patiënt/werknemer arbeidsongeschikt is (gebaseerd op *functionele beperkingen, restmogelijkheden en implicaties* voor het soort arbeid dat de werknemer nog kan verrichten)
- en de eventuele *aanpassingen of werkvoorzieningen* die de werkgever in het kader van de re-integratie moet treffen.

De bedrijfsarts zal zijn informatie aan het Sociaal Medisch Team (SMT) beperken tot de informatie die hij ook aan de werkgever verstrekt (zie hierboven). Met uitdrukkelijke toestemming van de patiënt/werknemer mogen ook andere gegevens binnen het SMT worden besproken.

Meer lezen op www.nvab.artsennet.nl

9. Werknemersverplichtingen

In dit hoofdstuk komen de verplichtingen aan bod van de werknemer bij ziekteverzuim en re-integratie. Verschillende wetten (zie ook hoofdstuk 4) beschrijven de verplichtingen van werknemers. De volgende onderwerpen worden toegelicht:

- Arbowet
- Loondoorbetalingsplicht bij ziekte
- Wet verbetering poortwachter
- Probleemanalyse en plan van aanpak
- Verplichting tot accepteren passend werk
- Verplichting bij één jaar ziekte
- Re-integratie-verslag en WIA-aanvraag
- Privacy van de werknemer

Arbowet

De Arbowet beschrijft de verplichtingen van een werkgever bij ziekteverzuim en re-integratie. Zo moet de werkgever zorg dragen voor de veiligheid en gezondheid van de werknemers en de werkplek aanpassen van een werknemer met een structurele functionele beperking. Ook is de werkgever verplicht tijdig alle noodzakelijke gegevens met betrekking tot het ziekteverzuim van zijn werknemers te verstrekken aan de bedrijfsarts of de arbodienst.

Loondoorbetalingsplicht bij ziekte.

De Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (Wulbz) en de Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (VLZ) bepalen de loondoorbetalingsplicht van de werkgever tot 104 weken. Om voor loondoorbetaling in aanmerking te komen is de werknemer verplicht om zich te houden aan de regels van de werkgever. Bijvoorbeeld: op tijd ziek melden, aanwezig zijn voor controle en naar de arbodienst of bedrijfsarts gaan. Ook moet de werknemer belangrijke gegevens over de ziekte aan arbodienst en bedrijfsarts doorgeven. Verder is de werknemer verplicht om ander aangepast werk te doen als de werkgever dat vraagt. En de werknemer moet actief meewerken aan de re-integratie.

Wet verbetering poortwachter

Bij ziekte is de werknemer verplicht om er alles aan te doen om weer aan het werk te gaan. Als de werknemer een dienstverband heeft, dan bepalen werknemer, werkgever en de arbodienst wat belangrijk is voor de re-integratie. Heeft een werknemer geen dienstverband, dan bespreekt de werknemer dit met UWV.

De Regeling procesgang eerste en tweede ziektejaar geeft concrete invulling aan de verschillende verplichtingen uit de Wet verbetering poortwachter in het kader van de re-integratie.

Bij werknemers die langer dan vier weken ziek zijn, houdt de werkgever een zogenaamd re-integratiedossier bij. Daarin legt de werkgever alles vast dat te maken heeft met de ziekte en re-integratie van de werknemer.

Probleemanalyse en plan van aanpak

Uiterlijk in de zesde week nadat de werknemer zich heeft ziek gemeld, zet de bedrijfsarts op een rijtje wat de aard van de ziekte is en wat de werknemer wel en niet kan: de probleemanalyse. Hierin staat wat nodig is voor de re-integratie. Met al deze gegevens bekijken werknemer en bedrijfsarts hoe de werknemer zo snel mogelijk weer aan het werk kunt.

De werkgever stelt uiterlijk in de achtste week van de ziekte een plan van aanpak op. Dit plan ondertekenen werknemer en werkgever. In het plan van aanpak spreken werknemer en werkgever bijvoorbeeld af welke aanpassingen aan de werkplek en welke trainingen of therapieën nodig zijn. De werknemer is verplicht om afspraken na te komen die in het plan van aanpak zijn gemaakt.

Verplichting tot accepteren passend werk

De werkgever is verplicht ander passend werk binnen het bedrijf voor de werknemer te zoeken. Sinds 1 januari 2008 gelden er strengere regels voor passend werk. Het werk moet nog steeds passen bij de gezondheid van de werknemer. In het eerste halfjaar moet het werk ook passen bij de opleiding, de werkervaring en het salarisniveau van de werknemer. Daarna moet de werknemer echter ook ander werk accepteren. Als er echt geen werk is bij de eigen werkgever, dan gaat deze op zoek naar werk bij een andere werkgever. In de meeste gevallen zal de werkgever een re-integratiebedrijf inschakelen om hierbij te helpen. De werknemer kan ook zelf een re-integratiebedrijf kiezen en hiervoor kan een 'persoongebonden re-integratiebudget' aanvragen bij UWV.

Verplichting bij één jaar ziekte

Voor afloop van het eerste ziektejaar zijn werknemer en werkgever verplicht om samen de stappen te evalueren die in het eerste ziektejaar zijn gezet om de re-integratie te bevorderen. Samen stellen zij vast of het verstandig is om het plan van aanpak bij te stellen. Deze evaluatie wordt onderdeel van het re-integratieverslag.

Re-integratieverslag en WIA-aanvraag

Bij een ziekteperiode van 1 jaar en 8 maanden kan de werknemer een aanvraag indienen voor een WIA-aanvraag. UWV stuurt na 20 maanden automatisch een aanvraagformulier voor een WIA-uitkering. De werkgever is verplicht om in overleg met de werknemer het re-integratieverslag compleet te maken en een kopie aan de werknemer te verstrekken. De werknemer moet dit verslag bij de WIA-aanvraag voegen. Het aanvraagformulier moet binnen vier weken teruggestuurd worden aan UWV. UWV beoordeelt dan ook het re-integratieverslag. Alleen als werknemer werkgever genoeg hebben gedaan voor de re-integratie, kan de werknemer een uitkering krijgen.

Meer informatie en bronnen

Lees de [brochure Ik ben ziek. Wat nu? Informatie over re-integratie en inkomen](#) van het UWV.

De Weldergroep geeft een [praktisch overzicht](#) van de rechten en plichten van de (zieke) werknemer:

De integrale wetsteksten die zijn geraadpleegd voor dit hoofdstuk zijn te vinden op:

www.st-ab.nl

www.szw.nl

www.overheid.nl

Privacy van de werknemer

Als gevolg van het actiever ziekteverzuimbeleid, de strengere re-integratieverplichtingen voor werkgever en werknemer en de verplichting voor de werkgever om langer loon door te betalen, hebben werkgevers behoefte aan steeds meer informatie over de zieke werknemer.

Ook andere partijen, zoals arbodiensten, re-integratiebedrijven, het Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen en verzuimverzekeraars, hebben deze informatie nodig. Deze toenemende behoefte aan informatie raakt direct aan de privacy van de zieke werknemer.

Om alle partijen te informeren over de geldende privacyregels publiceert het College bescherming persoonsgegevens (CBP) de studie [De zieke werknemer en privacy](#). Deze studie is samengevat in een aantal [vuistregels](#).

Welke gegevens mag de werkgever aan de werknemer vragen?

De werkgever mag bij de ziekmelding de volgende informatie aan de zieke werknemer vragen:

- telefoonnummer en (verpleeg)adres
- vermoedelijke duur van het verzuim
- lopende afspraken en werkzaamheden
- of er aanpassingen in het kader van re-integratie geboden kunnen worden
- of de werknemer onder een van de vangnetbepalingen van de Ziektewet valt
- of de ziekte verband houdt met een arbeidsongeval
- of er sprake is van een verkeersongeval in verband met de regresmogelijkheid

Toelichting

De werknemer die ziek wordt zal zich ziek melden bij de werkgever. De wijze waarop dit gebeurt, ligt meestal vast in een regeling die geldt binnen de organisatie waar hij werkt. De werkgever kan bij de ziekmelding in bepaalde situaties bij de werknemer ook direct informeren of er aanpassingen in het kader van de re-integratie aangeboden kunnen worden, bijvoorbeeld aanpassingen in lichamelijke belasting of werktijden. Als de werkgever informeert naar de aard en oorzaak van de ziekte, mag de zieke werknemer hierover zwijgen.

Welke informatie moet de werknemer geven aan de bedrijfsarts of verzekeringsarts?

De patiënt/werknemer is ingevolge het Burgerlijk Wetboek verplicht die informatie te geven die *noodzakelijk* is om het verzuim en de re-integratie te begeleiden, zodat de bedrijfs- of verzekeringsarts een goed eigen oordeel kunnen vormen over de arbeids(on)mogelijkheden van de werknemer in het kader van de WVP en de overige sociale verzekeringswetgeving (ZW, WAJONG en WAO/WIA). Meer dan dat hoeft niet, maar mag wel op vrijwillige en vertrouwelijke basis.

Welke informatie mag de bedrijfsarts aan de werkgever geven?

De bedrijfsarts mag alleen gerichte informatie c.q. advies aan de werkgever verstrekken over:

- de werkzaamheden waartoe de werknemer nog wel of niet meer in staat is (*functionele beperkingen, restmogelijkheden en implicaties* voor het soort arbeid dat de werknemer nog kan verrichten)
- de *verwachte duur* van het verzuim
- de *mate* waarin de patiënt/werknemer arbeidsongeschikt is (gebaseerd op *functionele beperkingen, restmogelijkheden en implicaties* voor het soort arbeid dat de werknemer nog kan verrichten)
- en de eventuele *aanpassingen of werkvoorzieningen* die de werkgever in het kader van de re-integratie moet treffen.

De bedrijfsarts zal zijn informatie aan het Sociaal Medisch Team (SMT) beperken tot de informatie die hij ook aan de werkgever verstrekt (zie hierboven). Met uitdrukkelijke toestemming van de patiënt/werknemer mogen ook andere gegevens binnen het SMT worden besproken. Kijk ook eens op www.knmg.artsennet.nl voor meer informatie.

10. Werknemersrechten

In dit hoofdstuk komen de rechten aan bod van de individuele werknemer bij ziekteverzuim en re-integratie. Ook de rol van het medezeggenschapsorgaan wordt beschreven.

10.1 Rechten individuele werknemer

Rechten bij ziekte en re-integratie

Tijdens de periode van ziekte en re-integratie heeft de werknemer recht op:

- doorbetaling van minimaal 70% van het loon. In veel gevallen is in de CAO geregeld dat het loon bij ziekte wordt aangevuld.
- begeleiding bij ziekte en terugkeer naar werk
- aangepast werk
- een deskundigenoordeel bij verschil van mening over geschiktheid tot werken, passend werk en re-integratie-inspanningen
- inzage van het dossier. Bijvoorbeeld het re-integratiedossier bij de werkgever, het medisch dossier bij de arbodienst en de bedrijfsarts
- ontslagbescherming: tijdens de eerste 2 jaar van ziekte mag de werkgever de werknemer niet ontslaan vanwege diens arbeidsongeschiktheid.

Meer informatie

www.weldergroep.nl
www.fnv.nl

Privacy van de werknemer

De Wet bescherming persoonsgegevens geeft een zieke werknemer een aantal rechten waardoor hij controle kan uitoefenen op het gebruik van de persoonsgegevens. Het betreft het recht op inzage, het recht op correctie en het recht van verzet.

Recht op inzage

Dit is het recht om te vragen aan welke persoonsgegevens worden verwerkt. Binnen vier weken moet de verantwoordelijke een overzicht van de gegevens verstrekken.

Voorbeeld:

De werknemer kan bij het re-integratiebedrijf opvragen welke gegevens over hem bekend zijn en van wie (werkgever en/of de bedrijfsarts) het bedrijf de gegevens heeft ontvangen.

Recht op correctie

Als een zieke werknemer vindt dat zijn gegevens feitelijk onjuist, onvolledig of 'niet ter zake dienend' zijn kan hij verzoeken zijn gegevens te corrigeren.

Voorbeeld:

Als een zieke werknemer van mening is dat de bedrijfsarts in zijn rapportage geen juist beeld schetst van het verzuimbegeleidingsproces of de ziekte, kan hij de bedrijfsarts verzoeken dit op te nemen in de rapportage (en het dossier). De bedrijfsarts moet binnen vier weken reageren op het verzoek. Een eventuele weigering moet hij motiveren.

Recht van verzet

Dit recht houdt in dat een werknemer – in verband met bijzondere persoonlijke omstandigheden - verzet kan aantekenen tegen een op zich rechtmatige verwerking. De verantwoordelijke beoordeelt vervolgens binnen vier weken of het verzet gerechtvaardigd is.

Meer informatie

Om alle partijen te informeren over de geldende privacyregels publiceerde het College bescherming persoonsgegevens (CBP) de studie [De zieke werknemer en privacy](#).

10.2 Rechten medezeggenschapsorgaan

Rechten bij regelingen over arbeidsomstandigheden, ziekteverzuim en re-integratie

De ondernemingsraad, het medezeggenschapsorgaan of de personeelsvertegenwoordiging heeft op grond van artikel 27 WOR instemmingsrecht bij regelingen op het gebied van de arbeidsomstandigheden, het ziekteverzuim of het re-integratiebeleid. Hieronder vallen in elk geval:

- de wijze van uitvoering, de inrichting en de vaststelling van de risico-evaluatie (RI&E) inclusief het daarop te baseren plan van aanpak
- de wijze waarop de deskundige bijstand (zoals voor ziekteverzuim en re-integratie) wordt gericht, waaronder het aangaan, wijzigen, verlengen en beëindigen van het contract met de Arbodienst
- de keuze van de Arbodienst
- de wijze waarop de bedrijfshulpverlening wordt ingericht alsmede de aanwijzing van bedrijfshulpverleners
- de periodiciteit van het Periodiek medisch onderzoek
- de aanwijzing van functies waarvoor een aanstellingskeuring mag worden verricht

Bij het ontbreken van een medezeggenschapsorgaan komen de informatie-, advies- en overlegrechten op basis van de Arbowet geheel of gedeeltelijk toe aan de belanghebbende werknemers.

Meer informatie

De FNV heeft een aantal documenten en hulpmiddelen ontwikkeld, zoals het Protocol Arbodiensten en Werknemers en de checklist Arbodienstverlening op maat. Klik [hier](#)

11. Praktijkverhalen

In dit hoofdstuk staan drie praktijkverhalen. Het eerste gaat over een ambulancedienst die een pakket van maatregelen heeft genomen voor preventie, ziekteverzuim en re-integratie. Het tweede verhaal is beschrijft een succesvolle aanpak van integratie van (gezondheids)zorg en sociale zekerheid. Het derde voorbeeld is het initiatief van werkgevers voor een poortwachtercentrum.

Praktijkverhaal 1: ambulancedienst.

Preventie

Bij het preventieve gezondheidsmanagement speelt ergonomie op en rond de ambulances een belangrijke rol. Het gaat vooral om til-, duw- en trekbewegingen. Om die te verminderen en/of te verlichten wordt een hydraulische brancard ingevoerd die gebruikt kan worden bij het planbare (niet-acute) patiëntentransport tussen ziekenhuizen.

Trainingsdagen

Iedere medewerker volgt verplichte trainingsdagen, waarin een fysiotherapeut bewegingen voordoet en laat zien hoe je bijvoorbeeld met glijmatjes moet werken. Die training wordt door een ergocoach in alle clusters herhaald, gemonitord en geborgd.

Opvang na traumatische ervaringen

Medewerkers maken traumatische dingen mee. Een sterfgeval. Een ongeluk met een kind. Of agressie door omstanders. Daarvoor is het Bedrijfs Opvang Team. Het bestaat uit ervaren vakmensen die na een zwaar ongeval standaard het betrokken personeel bellen. De leden van het team zijn professioneel getraind door een psycholoog.

Verzuimbeleid; verantwoordelijkheid van leidinggevenden

Het verzuimbeleid is een zaak van de leidinggevenden. Zij hebben verzuimtraining gekregen inclusief trainingen in gesprekstechnieken. P&O adviseert. Na een ziekmelding worden snel interventies ondernomen op basis van driehoeksoverleggen met de medewerker, de leidinggevende en de bedrijfsarts. Bijvoorbeeld psychologische hulp of fitnessprogramma's. De investering verdient zichzelf terug door verlaging of voorkoming van ziekteverzuim.

Re-integratie

Er bestaat een goed re-integratietraject voor mensen met fysieke beperkingen. Een medewerker kan bijvoorbeeld tijdelijk in de meldkamer werken. Maar ook in het ambulancevervoer is de dienst gaan differentiëren. Het ziekentransport (geen ongeluk, geen haast, geen druk en de hydraulische brancard) is bijvoorbeeld fysiek en emotioneel lichter dan de acute ambulance.

Periodieke Arbeidsgezondheid Monitor

Het periodiek medewerkerstevredenheidsonderzoek is uitgebreid met een gezondheidsonderzoek en de uitkomsten daarvan zijn teruggekoppeld naar de bedrijfsarts. Die heeft gesprekken gevoerd met mensen en negenendertig mensen geselecteerd. Deze 39 zijn gemonitord door een universitair instituut (voor arbeid en gezondheid) op fysieke en mentale gesteldheid.

Sportprogramma

De meest voorkomende lichamelijke klachten zijn zwaarlijvigheid en niet aan de conditienorm voldoen door te weinig beweging. Een sportschool heeft zich verdiept in het specifieke til, duw- en trekwerk van het ambulancepersoneel en daar een sportprogramma op samengesteld. De medewerkers kunnen in hun eigen regio tweemaal per week een uur sporten volgens dit programma.

Loopbaanperspectieven

Door de differentiatie van de dienstverlening kunnen medewerkers op latere leeftijd bijvoorbeeld meer planbaar patiëntenvervoer gaan doen waar minder stress en druk op zit, en dat fysiek minder zwaar is. Of een medewerker kan doorgroeien in een leidinggevende functie of een opleiding volgen tot physician assistant. Dat alles resulteert in een veel lager ziekteverzuim en dat mensen het veel langer volhouden.

Meer lezen

Dit voorbeeld staat samen met andere best practices in Kroongetuigen 2007. www.kroonophetwerk.nl

Praktijkverhaal 2: Bedrijfszorg

De keten van zorg en Sociale Zekerheid.

Een groot industrieel bedrijf had voor zijn werknemers een collectief ziektekostencontract dat in 2003 ten einde liep. Dat was voor hen aanleiding om na te denken over de zorg als totaal, waaronder het ziekteverzuim, dat erg hoog was: tussen de zeven en acht procent. Het bedrijf en de uitvoerder van de ziektekostenregeling sloegen daarom de handen ineen en bedachten het concept van Bedrijfszorg. De kracht van het concept zit in de eenvoud: het gaat om zeer snelle zorginterventie op de vlakken fysiek en psyche met als doel: zo snel mogelijk terug naar de werkplek. Als het bijvoorbeeld nodig is een werknemer 45 minuten te masseren om hem van z'n rugklachten af te helpen, terwijl een fysiotherapeut dat in z'n standaardbehandeling maar 15 minuten doet, dan geldt in de formule van Bedrijfszorg dat het 45 minuten moet gebeuren.

Afspraken met lokale zorgaanbieders

Op basis van de uitgangspunten van Bedrijfszorg is een zorgverzekeraar bereid gevonden zorg in te kopen bij lokale zorgaanbieders rondom de bedrijfsvestigingen. Om het voor werknemers aantrekkelijk te maken, kunnen ze via de bedrijfsarts gratis fysiotherapie en psychologische hulp krijgen volgens strakke protocollering: korte herstelbegeleiding bij fysieke klachten moet binnen drie dagen plaatsvinden en bij korte psychologische zorg binnen zeven dagen. Voor deze snelle interventies betaalt het bedrijf wel wat meer, maar de opbrengsten wegen ruimschoots op tegen de extra kosten. Het ziekteverzuim is gedaald naar drie procent en ruim negentig procent van de werknemers is tevreden tot zeer tevreden over de snelheid en de manier waarop hij bij de zorgverlener terecht kan.

Samenwerking

Dat het zo succesvol heeft uitgepakt, heeft ook te maken met het feit dat de gecontracteerde zorgverleners in een kennismaking samen aan tafel zijn gebracht met de bedrijfsartsen en HRM-managers. Dat vergroot de samenwerking. Het concept Bedrijfszorg toont aan dat werkgevers goede resultaten kunnen boeken als ze serieus werk maken van gezondheidsmanagement. Het moet onderdeel worden van de arbeidsvoorwaarden en dat werkt absoluut in het voordeel van werkgevers.

Meer lezen

Dit voorbeeld en acht andere best practices zijn beschreven in: [Synergie in de keten van zorg en Sociale Zekerheid: utopie of realiteit?](#)

Praktijkvoorbeeld 3: poortwachtercentrum

Bijeenkomsten

Aan het Poortwachtercentrum (PWC) in een regio nemen ca. 1500 werkgevers deel, met een harde kern van 350 werkgevers die geregeld naar de bijeenkomsten komen die om de 6 tot 8 weken worden gehouden. Doorgaans beginnen ze met een presentatie over een onderwerp op het gebied van 'preventie van ziekte en arbeidsongeschiktheid', bijvoorbeeld over diversiteit, levensfasebeleid, ontslagrecht. Dan volgt standaard 'een veiling'.

Veiling

Bij deze 'veiling' gaat het om een heel directe matching van langdurig zieke werknemers die een andere functie zoeken bij een andere werkgever met de aangedragen vacatures. Bij aanvang van de bijeenkomst levert ieder zijn vraag of aanbod op een formulier in. Op de veiling worden kandidaten aangeboden. De huidige werkgever wordt gevraagd om een toelichting over zijn of haar kandidaat (wat kan iemand, wat houdt een eventuele beperking in of is de kandidaat in het bezit van een rijbewijs). Tegelijkertijd wordt nader uitgevraagd bij de inbrengers van een vacature waar de kandidaat mogelijk op past, wat het werk precies inhoudt en vraagt van de kandidaat. Zo zijn alle deelnemers betrokken bij het zoeken naar een match. Als men denkt dat een match is gevonden, dan stemmen de huidige werkgever en de potentiële nieuwe werkgever de zaken verder af en wordt de betrokken werknemer opgeroepen voor een gesprek.

Meer vacatures dan kandidaten

Aan het eind zijn er meestal vacatures over, er zijn namelijk meestal meer vacatures dan kandidaten. Dan kunnen ook de dienstverleners die in de zaal zitten en kandidaten vertegenwoordigen, zoals CWI, re-integratiebedrijven, zorginstellingen, SW-bedrijven eventueel in aanmerking komen voor deze vacatures. Ook mensen die niet arbeidsongeschikt zijn of dreigen te worden, kunnen dan in tweede instantie aan bod komen. Het PWC bemiddelt mensen die om welke reden dan ook niet op hun plek zijn van werk naar werk. Hierbij gaat men uit van halen en brengen en mag er geen sprake zijn van commercieel gewin. Het PWC heeft een code opgezet om dat te bewerkstelligen.

Werkgever verantwoordelijk, PWC faciliteert

De werkgever blijft verantwoordelijk voor het dossier. Het PWC neemt de verantwoordelijkheid dus niet over, maar faciliteert alleen het contact tussen de werkgevers. Werkgevers dienen er na het contact op de bijeenkomst samen uit te komen, daar bemoeit het PWC zich niet mee. CWI kan soms faciliteren en informeren over loonkostensubsidie, loondispensatie, detacheringconstructies etc.

Meer lezen

www.poortwachtercentrum.nl

Andere praktijkverhalen

In 'Goed Werkgeverschap inzake omgang met ziekteverzuim. Casestudie-onderzoek bij best practice organisaties en organisaties die nog in ontwikkeling zijn' (Uijl, S. den, Andriessen, S. TNO, 2003) staan 10 tips van werkgevers en 9 casestudies beschreven voor een succesvolle aanpak van ziekteverzuim en re-integratie. Zie ook [hier](#).

12. Referentie auteurs

Marjolein Bastiaanssen (bedrijfsarts)
Yolanda Kuis (arbeids- en organisatiedeskundige)
Alex Burdorf (arbeidshygiënist)
Cecile van der Velde (veiligheidskundige)

13. Peer review

Dit arbodossier is beoordeeld door:
Dr. J. van der Gulden, UMC Radboud Nijmegen