

A A M S  
A A M S  
A A M S  
A A M S

Wat maakt dat  
een absenteïsme-  
interventie werkt?



# Voorwoord

Begin 2022 sloegen bpost, Mensura, B-Tonic (dochter-onderneming van Baloise) en Antwerp Management School de handen in elkaar om op zoek te gaan naar antwoorden op de vraag:

## Wat maakt dat een absentieisme-interventie werkt?

Zij merkten elk in hun eigen domein dat organisaties steeds meer aandacht hebben voor welzijn en ziekteverzuim op hun werkvloer, maar de interventies die ze organiseren zijn zelden gegrond in empirisch onderbouwde kennis.

En dat is zonde. Tijd, geld en energie investeren in acties die niet werken, of misschien zelfs een averechts effect hebben, is zowel jammer voor werkgevers als medewerkers. Geen van beiden heeft immers baat bij ziekte en afwezigheid van het werk.

Daarom wilden de 4 partners starten met een overzicht van wat er wél geweten is. Een samenvatting van bestaande kennis over wat maakt dat een absentieisme-interventie werkt. Meer specifiek focusten zij zich op de volgende twee onderzoeksvragen:

1. Wanneer is een werkhervatting geslaagd? En wat kunnen we hier uit leren voor de preventie van absentieisme in het algemeen?
2. Wat kan een leidinggevende doen om absentieisme te verlagen en de gezondheid en het welzijn van de medewerkers te waarborgen?

In deze whitepaper leest u het resultaat van de literatuurstudie die Eva Geluk en Kathleen Vangronsvelt in 2022 uitvoerden om een antwoord te vinden op deze vragen. Hun bevindingen zijn aangevuld met praktijkvoorbeelden en 'best practices' van de drie partnerorganisaties.

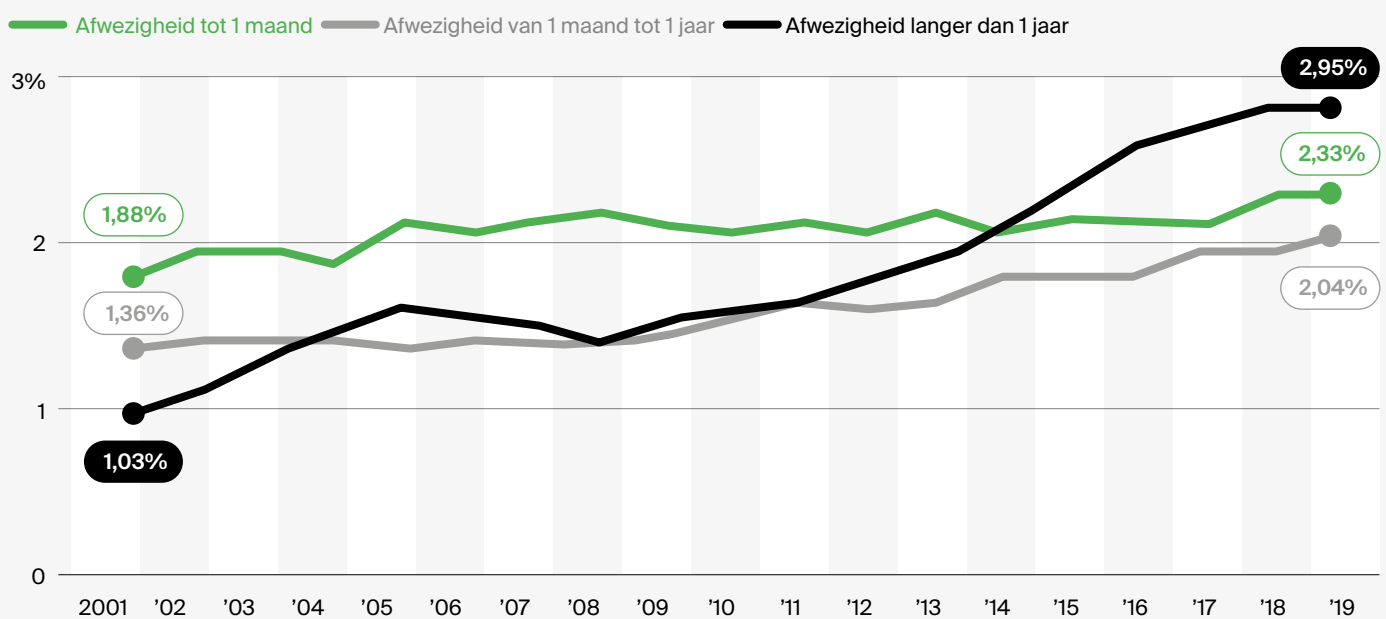
# Inleiding

## Stijging ziekteverzuim

België telt een relatief groot aantal personen die niet aan het werk zijn wegens ziekte of langdurige arbeidsongeschiktheid: met 5,9% was hun aandeel in 2019 bijna 50% hoger dan het Europees gemiddelde van 4,0% (Studie Federgon/Idea Consult 2022). Ondanks initiatieven om ziekteverzuim terug te dringen, blijven de cijfers van zowel kort (minder dan 1 maand), middellang (tussen 1 maand en 1 jaar) als langdurig ziekteverzuim (meer dan 1 jaar) stijgen:

FIGURE 1: ZIEKTEVERZUIM IN BELGIË

Percentage werknemers afwezig, meetpunt telkens 1ste semester van het jaar



Bron: DS Infografiek, Securex, gegevens voor bedrijven tot 1.000 werknemers

Het hoeft geen betoog dat dit “niet opdagen voor ingepland werk” (= ‘ziekteverzuim’ of ‘absenteïsme’; Johns, 1997) een grote kost meebrengt voor de werkgever. Die wordt verwacht het loon van de afwezige medewerker gedurende een maand door te betalen.

#### Enkele sprekende voorbeelden uit de praktijk

Case 1:	Case 2:	Case 3:
11.000 werknemers, zorgsector (thuisverpleging, gezinszorg, poetshulp, ...)	1.260 werknemers, zorgsector (ziekenhuis)	1.032 werknemers, overheid (stad)
Actueel verzuim gemiddeld: <b>+ 10%</b>	Actueel verzuim gemiddeld: <b>+ 15%</b>	Actueel verzuim gemiddeld: <b>+ 12%</b>
Directe kost verzuim Q1 2022: <b>+ € 8.000.000</b>	Directe kost verzuim Q1 2021: <b>+ € 2.500.000</b>	Directe kost verzuim Q1 2021: <b>± € 2.250.000</b>

Bron: Projectplan Certimed/Mensura uitgevoerd bij klant

Ook overuren van collega's of vervangingen door uitzendkrachten zorgen voor ongewenste, extra kosten. Daarnaast creëert afwezigheid ook een reeks niet-meetbare kosten, zoals kwaliteitsverlies, (negatieve) impact op de werksfeer en uitval van collega's door de verhoogde werkdruk. Ook de samenleving betaalt, want die is verantwoordelijk voor de loonkost van de afwezige medewerker na de 1e maand. In 2019, bijvoorbeeld, bedroeg de kost van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen al 9,3 miljard euro. Dat is 3 miljard euro meer dan in 2014, en meer dan er aan werkloosheidsuitkeringen uitbetaald werd (bron: Federgon/Idea Consult).

#### Stijging ziekteverzuim om psychosociale redenen

Hoewel het onderscheid niet altijd even duidelijk is, worden de redenen voor ziekteverzuim vaak opgedeeld in musculoskeletale, psychosociale en andere oorzaken. Het is vooral de tweede categorie die de laatste jaren een sterke stijging kende. Zo stijgt het aantal langdurig zieken wegens burn-out en depressie in België tussen 2016 en 2021 met maar liefst 46%.

Dat is niet alleen een tragedie op menselijk en organisatorisch vlak, ook op maatschappelijk vlak zet dit onze structuren onder druk. En het probleem is niet opgelost wanneer mensen 'hersteld' zijn van burn-out: 50% is bang om te hervallen, en bij maar liefst 25% gebeurt dit ook effectief (Geluk, Lenstra, & Stuer, 2020; Koopmans et al., 2011; Norder et al., 2015).

#### Meer aandacht voor welzijn op het werk

Wellicht mede door deze effecten zien we dat organisaties steeds meer aandacht besteden aan welzijn op het werk. Ook de pandemie was een katalysator die extra focus legde op fysieke én mentale gezondheid. In een recent onderzoek in 14 Europese landen, waaronder België, geven HR-verantwoordelijken aan dat welzijn de komende jaren een topprioriteit wordt (vlak na werkkrachten aantrekken en rekruteren; Future of Work & People 2021 – SD Worx).

Water- en fruitabbonnementen, yogalessen, veerkrachtrainingen, draagbare stressmeters... Er is een wildgroei aan welzijnsinterventies (Rooman et al., 2021), met als rode draad een zeker 'feel good' gehalte en een buikgevoel dat ze zouden helpen. Tot nu toe zijn hun effecten echter zelden aantoonbaar (Saruan et al., 2019). Meer nog, een te eenzijdige focus op het gedrag en de gevoelens van de individuele medewerker, kan een averechts effect hebben. De impliciete boodschap die initiatieven als veerkrachtrainingen en stressmeters meedragen, is dat het individu zelf verantwoordelijk is om grenzen te stellen, te ontspannen en zijn/haar stress onder controle te houden. Maar in een veeleisende, ongezonde werkomgeving blijkt dit vaak onbegonnen werk (Saruan et al., 2019).

#### Samengevat

Werkgevers hebben de beste bedoelingen, maar pogingen tot ingrijpen werken vaak niet. Reden te meer om stil te staan en ons te verdiepen in welke factoren ervoor zorgen dat een absenteïsme-interventie dan wél werkt!

## Deze whitepaper

Hoewel er in de wetenschappelijke literatuur heel wat informatie over absentieïsme-interventies te vinden is, zit die wijd verspreid over verschillende vakgebieden (bv. occupational health, safety, organizational behavior). Bovendien is ze vaak erg moeilijk om te zetten in concrete, praktische aanbevelingen.

Daarom werkten we het afgelopen jaar samen met B-Tonic, Mensura en bpost om concrete handvaten aan te reiken als antwoord te vinden op onderstaande, zeer specifieke onderzoeksvragen:

- Wanneer is een *werkhervatting na afwezigheid om mentale gezondheidsredenen* geslaagd? En wat kunnen we hieruit leren voor de preventie van afwezigheid om mentale gezondheidsredenen?
- *Wat kan een leidinggevende* (first line manager) *doen* om absentieïsme te verlagen en de gezondheid en het welzijn van de medewerkers te waarborgen?

De eerste onderzoeksvraag focust op werkhervatting *na* afwezigheid om psychosociale redenen., De tweede focust op het voorkomen van absentieïsme in het algemeen. De eerste onderzoeksvraag onderzoekt *de rol van alle actoren* bij werkhervatting, terwijl de tweede specifiek kijkt naar *de rol van de leidinggevende*.

Na het lezen van deze whitepaper hebben lezers (leidinggevendenden, bedrijfsleiders, HR-professionals, preventieadviseurs en -medewerkers, of welzijnsmedewerkers) niet alleen een beter beeld van wat er bedoeld wordt met absentieïsme interventies. Ook weten zij wat belangrijk is om wel of niet te doen in het kader van ziekte preventie en gezondheidspromotie en vinden zij aanknopingspunten om zelf evidence-based interventies op te zetten in hun organisatie. Tenslotte zullen zij herkennen dat ze sommige praktijken al toepassen en leren dat er nog meer is dat ze kunnen doen.

# Begrippenkader

## Ziekteverzuim of absenteïsme

Absenteïsme wordt gedefinieerd als “het niet opdagen voor ingepland werk” (Johns, 1997), ongeacht de oorzaak. Of het nu gaat om psychosociale of musculoskeletale redenen, vrijwillig of onvrijwillig ziekteverzuim, legitiem of niet, wit, zwart of grijs... Daar houden de meeste onderzoekers geen rekening mee. Niet alleen is de grens vaak dun, maar als leidinggevende of HR-professional weet je het zelden met zekerheid (Lokke, 2022). Organisaties gebruiken absentieïsme-cijfers vaak als een indicator voor het welzijn van hun medewerkers.

## Psychosociale oorzaken van ziekteverzuim

Dit zijn zowel oorzaken door psychische aandoeningen zoals depressies, angststoornissen of burn-outs, als sociale problematieken zoals verslavingen, problemen op het werk, armoede, relatieproblemen of problemen met huisvesting.

*In het eerste deel van deze whitepaper (Re-integratie na burn-out = wat werkt in re-integratie en wat nemen we mee voor preventie) ligt de focus op psychosociale oorzaken. In het tweede deel (Rol van de leidinggevende) gaat het over verzuim ongeacht de oorzaak.*

## Absenteïsme-interventies

Absenteïsme-interventies zijn een set van strategieën voor gezondheidsbevordering, geïmplementeerd op de werkplek om werkgerelateerde resultaten te verbeteren (Tarro et al., 2020). Deze interventies richten zich zowel op ziekteverzuim omwille van musculoskeletale en psychosociale redenen, als andere oorzaken.

Het is belangrijk dat deze strategieën rekening houden met het ‘kunnen’ en ‘willen’ van de medewerkers (Steers & Rhodes, 1978).

- ‘Kunnen’ werken gaat over het vermogen van het individu om te werken. Dit behelst aspecten als de gezondheidstoestand van het individu en gezinsaanleggenheden, samen met andere verantwoordelijkheden die medewerkers moeten afhandelen om aan het werk te kunnen gaan.
- ‘Willen’ werken gaat over de motivatie van het individu om te werken. Dit behelst aspecten gerelateerd aan werktevredenheid die de keuze van de medewerker beïnvloeden (Saruan et al., 2019).

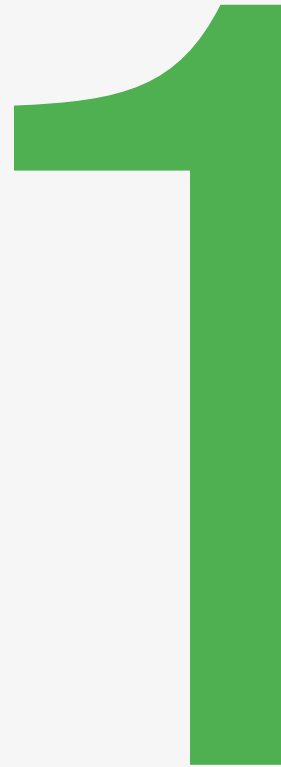
Traditioneel onderscheiden we 3 soorten absentieïsme-interventies, die zich onderscheiden naargelang hun focusmoment en focusgroep (Ahola et al., 2017; Tarro et al., 2020)

- Primaire interventies trachten impact te genereren voordat absentieïsme optreedt. Deze preventieve interventies zijn gericht op alle medewerkers en hebben als doel om de risicofactoren van uitval te verlagen.
  - Denk aan de aanstelling van een vertrouwenspersoon of een opleiding heffen en tillen voor medewerkers met fysiek zwaar werk.
- Ook secundaire interventies trachten impact te genereren voordat absentieïsme optreedt, maar bij een selecte groep medewerkers; namelijk diegenen met een hoog risico op uitval.
  - Denk aan een ergonomisch consult bij medewerkers aan een lopende band of een sessie ‘omgaan met moeilijke klanten’ voor medewerkers van een klachten-afdeling met hoge afwezigheidsgraad.
- Tertiaire interventies trachten impact te genereren wanneer medewerkers het werk hervatten na een langdurige afwezigheid. Daardoor is de focusgroep vanzelf beperkt.
  - Denk aan een wekelijks gesprek met de leidinggevende om werkaanpassingen op te volgen.

*In het eerste deel van deze whitepaper (Re-integratie) ligt de focus op tertiaire interventies, maar leggen we ook de link naar wat we hieruit kunnen leren voor de andere twee categorieën. In het tweede deel (Rol van de leidinggevende) ligt de focus op primaire interventies, al zijn heel wat van de inzichten makkelijk te vertalen naar secundaire interventies, en zelfs tertiaire interventies.*

# Focusdomein

## Wat kunnen we leren uit re-integratie na ziekteverzuim omwille van mentale gezondheidsredenen?



Gedreven door maatschappelijke problematische ontwikkelingen, tonen onderzoekers de laatste jaren meer interesse in de succesfactoren en drempels voor werkhervatting na ziekteverzuim omwille van mentale redenen, waardoor ook de kennis over dit onderwerp gestaag toenam. Desondanks constateren we enkele belangrijke problemen.

1. Enerzijds zien we nog weinig kwalitatief hoogwaardige studies naar interventies voor re-integratie (zeker wat mentale gezondheid betreft).
2. Anderzijds is het bewijs van de *effectiviteit van huidige interventies* schaars (voor mentale gezondheid). Toch groeit de welzijns-industrie, met een steeds toenemende diversiteit aan interventies gericht op het voorkomen van stressgerelateerde ziekten en re-integratie, zonder bewezen effectiviteit (Pijpker et al., 2019) (Blonk, Brenninkmeijer, Lagerveld, & Houtman, 2006; Karkkainen et al., 2017; Karlson et al., 2010; Salminen, Andreou, Holma, Pekkonen, & Mäkikangas, 2017). Het wordt, met andere woorden, steeds moeilijker om door het bos de bomen te zien.

Wat maakt het precies zo lastig om te weten wat écht werkt in het faciliteren van werkhervatting na ziekteverzuim om mentale redenen? Om dat te ontdekken werd een diepgaand literatuuronderzoek gedaan. Op basis van de resultaten die daaruit voortvloeiden, konden we een kader creëren voor alle elementen die moeten worden meegenomen bij werkhervattingen. Via een steekproef testten we onze bevindingen bij verschillende organisaties.

Hieronder onderzoeken we beide probleemstellingen, te beginnen met waarom er zo weinig goede kennis is. We verkennen het concept van duurzame werkhervatting als een veelbelovende piste om tot een succesvolle re-integratie te komen. Daarna focussen we op de effectiviteit van huidige interventies en geven we enkele best practices en tips mee.



# Probleem 1: Waarom weten we zo weinig?

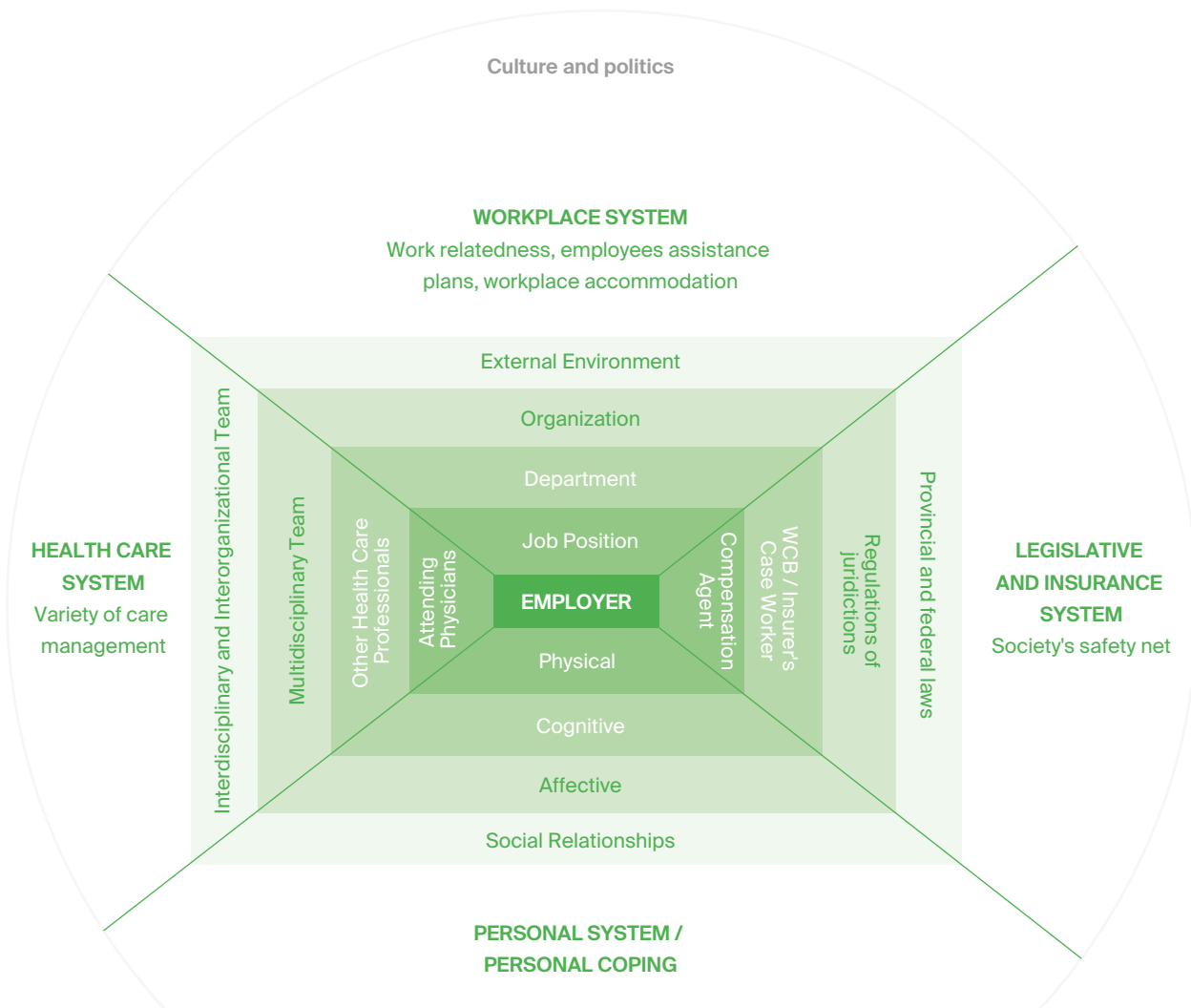
1. De grote diversiteit aan stakeholders die allemaal een invloed hebben op oorzaak, herstel en werkhervatting maken werkhervatting complex.

Ten eerste wordt veel bepaald door wie op welke manier naar werkhervatting kijkt.

Onderstaande arena-illustratie toont tenminste 4 systemen de werknemer beïnvloeden. Bijvoorbeeld, niet alleen het 'coping-mechanisme' en de relaties van de werknemer spelen een rol in zijn herstel, maar ook de werkvloer heeft een belangrijke invloed. Het beeld van de arena komt oorspronkelijk uit preventiedenken, maar kan net zo goed worden toegepast op re-integratie.

We onderscheiden vier groepen stakeholders die elk op verschillende niveaus invloed hebben, wat het vrij complex maakt. Om een voorbeeld te geven: niet alle stakeholders hebben contact met elkaar of zijn op de hoogte van elkaars rol en invloed, maar ze hebben wel invloed op elkaar en/of op een interventie hebben. De werkgever kan tevreden zijn dat de werknemer om fysieke of psychische redenen in therapie is. Maar als blijkt dat ook elementen op de werkvloer bijdragen tot de uitval, moet er ook naar de functie of afdeling gekeken worden. Het wettelijk systeem moet dan aanpassingen faciliteren en het zorgsysteem moet zorgen voor een juiste diagnose en een goede coördinatie van interventies.

# Overall societal context



Bron: De arena in de preventie van arbeidsongeschiktheid (figuur aangepast van ADDIN EN.CITE)

Niet alleen de verscheidenheid aan stakeholders maakt re-integratie zeer complex, ook de manier waarop ze naar werkhervatting kijken verschilt.

Het stakeholderperspectief bepaalt in essentie de ideale uitkomst, wat gevolgen heeft voor hoe we een werkhervatting definiëren. Een eenzijdige definitie van werkhervatting blijkt echter niet zo makkelijk te formuleren, net als het punt waarop die succesvol genoemd mag worden.

Medewerkers	Werkgevers	Arbeidsarts
<p><b>Belangrijk:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Duurzaam</li> <li>→ Subjectieve ervaring</li> <li>→ Goede begeleiding (evt. arbeidsarts)</li> <li>→ Coördinatie tussen stakeholders</li> </ul>	<p><b>Belangrijk:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Duurzaam</li> <li>→ Minimumperiode zonder herval</li> </ul>	<p><b>Belangrijk:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Duurzaam</li> <li>→ Minimumperiode zonder herval</li> </ul>
<p><b>Minder belangrijk:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dezelfde beloning als voor ziekteverlof</li> </ul>	<p><b>Minder belangrijk:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dezelfde beloning als voor ziekteverlof</li> </ul>	<p><b>Minder belangrijk:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dezelfde beloning als voor ziekteverlof</li> </ul>

Bron: (Hees, Nieuwenhuijsen, Koeter, Bultmann, & Schene, 2012)

## 2. Grote verscheidenheid in definities van werkhervatting

De insteek voor re-integratieonderzoek is de afgelopen jaren sterk geëvolueerd: terwijl werkhervatting vroeger vooral werd gezien als een mogelijke uitkomst in onderzoeken naar invaliditeit, is het ondertussen uitgegroeid tot een op zichzelf staand onderzoeksveld, waar andere uitkomsten aan verbonden zijn. Er lijkt echter geen consensus te bestaan over de definities en perceptie van werkhervatting. De definities kunnen variëren naargelang de criteria die onderzoekers kiezen, afhankelijk van hun discipline of sociaal-juridische context.

### Voorbeelden van definities

- Opnieuw in dienst treden in dezelfde baan of in een andere baan na een periode van ziekteverzuim.
- 30 dagen na de laatste dag van de WW-periode aan het werk zijn.
- Stabiele vol- of deeltijdse herplaatsing naar de oorspronkelijke of gewijzigde baan voor een periode van ten minste drie maanden, zonder terugval of ziekteverzuim of herhaling.
- Het hervatten van een werkzaamheid in dezelfde baan of in een andere baan na een periode van ziekteverzuim.

Bronnen: (Pransky, Loisel, & Anema, 2011), (Steenstra, Lee, De Vroome, Busse, & Hogg-Johnson, 2012; Vooijs, Leensen, Hoving, Wind, & Frings-Dresen, 2015) (Nielsen, Yarker, Munir, & Bültmann, 2018) (Etuknwa, 2020)

Deze verscheidenheid aan definities zorgt voor onduidelijkheid in wat de wetenschap ziet als een succesvolle werkhervatting, én de maatstaven voor een succesvolle werkhervatting. Men kan ervoor kiezen om het aantal aanwezigheden en afwezigheden op te tellen, het aantal gewerkte uren bij te houden of verloren tijd te meten. Hierdoor wordt het moeilijk om onderzoeken met elkaar te vergelijken en de significantie van resultaten te bepalen. Bovendien zeggen bovengenoemde meetpunten niets over de mate waarin de werkhervatting succesvol is en voor wie. (Hees et al., 2012) (Cullen et al., 2018)

### Wat maakt een werkhervatting duurzaam en succesvol?

De laatste jaren is er meer aandacht voor duurzame werkhervatting, gekenmerkt als effectief, succesvol en kwalitatief. In plaats van enkele meetpunten van werkhervatting wordt er vooral gekeken naar het aantal dagen dat een werknemer weer aan het werk is zonder herval. Hierbij hou je best rekening met hefboomen die daartoe leiden zoals vroegtijdige werkhervatting (d.w.z. vóór volledig herstel), of jobaanpassingen de werkplek omgeving én alle sleutelfiguren in het werkhervattingsproces. (Steenstra et al., 2012) (Nielsen et al., 2018) (MacEachen, Clarke, Franche, Irvin, & Workplace-based Return to Work Literature Review, 2006) (Etuknwa, 2020)

## Componenten van duurzame werkhervatting

### 1. Werkhervatting kan gezien worden als een proces dat plaatsvindt op meerdere niveaus en dat rekening houdt met de complexiteit.

#### 1. Onderzoek onderscheidt een aantal fases in de werkhervatting: Uitval

Op het moment dat de medewerker uitvalt, moet er al het een en ander administratief worden opgestart. Er worden ook afspraken gemaakt, bijvoorbeeld over contact houden, en het perspectief op een werkhervattingsplan kan al in the picture komen. Daar worden verschillende stakeholders bij betrokken, zoals de arbeidsarts. Zowel op het vlak van werk en zorg als op persoonlijk vlak zijn er acties te ondernemen.

#### 2. Herstel

Tijdens de herstelfase wordt er vooral op individueel niveau gewerkt, door bijvoorbeeld coaching of therapie te volgen, maar ook de werkgever kan op zoek gaan naar trainingen en sensibilisering (bijvoorbeeld stressmanagementtraining).

### **3. Voorbereiding van de werkhervatting**

Tijdens deze voorbereidende fase gaan de werknemer, de werkgever (op zowel team-, manager- als organisatie- en beleidsniveau) en het zorgsysteem samen op zoek naar de nodige aanpassingen en in welk regime ze moeten gebeuren.

### **4. Werkhervatting**

Bij de werkhervatting zelf is het van belang dat collega's op de hoogte zijn en dat de manager aanwezig is.

### **5. Opvolging na werkhervatting**

Daarna volgt er opvolging en bijsturing, waarbij het individu de kans moet krijgen om feedback te geven en in dialoog te gaan met de leidinggevende over zijn voortgang etc. Op lange termijn zorgt deze fase ervoor dat de geleerde kennis gekoppeld kan worden aan beleid en preventie.

### **6. Integratie in loopbaangroei**

Het uiteindelijke doel van re-integratie is zowel persoonlijke groei, als professionele groei, wat een gevoel van welbevinden in het werk creëert. (Wasiak et al., 2007) (Nielsen et al., 2018) (Corbière et al., 2021) (Fisker et al., 2022)

## **2. Kwaliteit en welzijn staan centraal**

Er is weinig onderzoek naar de kwaliteit van werkhervatting of zogenoemde duurzame re-integratie, waarbij er aandacht is voor het welbevinden van de medewerkers. Ook de relatie tussen werkhervattingsinterventies en terugval gelinkt kan worden aan het algemene welzijn op het werk. Sinds kort pleiten bepaalde wetenschappers voor een beter begrip van de conceptuele integratie van gezondheid en werkgelegenheid. Het blijkt om een circulaire relatie te gaan: mensen met een goede gezondheid kunnen betere banen krijgen en behouden, terwijl betere banen ook invloed hebben op de gezondheid, dankzij een hoger inkomen, een betere ziektekostenverzekering en verbeterde leefomstandigheden. (Nielsen et al., 2018) (Figueredo, García-Ael, Gagnano, & Topa, 2020)

# Probleem 2: Gebrek aan kennis over de effectiviteit van huidige interventies.

De bovenstaande factoren van complexiteit en de verschillende definities van werkhervatting en het succes van werkhervatting dragen bij tot een schaarste in kennis over de *effectiviteit van huidige interventies* (met betrekking tot mentale gezondheid). Om de effectiviteit te kunnen meten heb je immers gelijkaardige en vergelijkbare definities nodig. De complexiteit van re-integratie vergt een holistische kijk, maar die is lastig te vatten in een maatstaf voor de impact van een interventie. Interventies kunnen op verschillende manieren plaatsvinden:

- Interventies op individueel niveau, zoals het leren reguleren van emoties, het verbeteren van stressmanagement en communicatievaardigheden, mindfulness, cognitieve gedragstherapie en ontspanningsinterventies zoals yoga en meditatie.
- Interventies op organisatieniveau, zoals het aanpakken van werkdruk en roosters, stressmanagementtrainingen, teamwork en de aanstelling van een persoon voor welzijn en/of re-integratie.
- Of een gecombineerde aanpak van hierboven genoemde interventies op zowel individueel als organisatieniveau.

Uit ons onderzoek blijkt dat de meeste studies die de effectiviteit van interventies meten zich richten op een evaluatie op individueel niveau of organisatieniveau. Dit is problematisch: deze benadering houdt geen rekening met de complexe wisselwerking van alle verschillende stakeholders. Bovendien kunnen interventies op zowel individueel als op organisatieniveau invloed hebben op dezelfde werkhervatting. Er blijkt nog veel aandacht te gaan naar interventies op individueel niveau en dat tijdens de herstelperiode (bv. therapie) zowel in de manier waarop de werkvloer naar re-integratie kijkt als in de manier waarop de wetenschap kennis onderzoek vormgeeft. Als men echter zou uitgaan van de complexiteit van werkhervatting, zijn interventies op meerdere niveaus - ofwel de gecombineerde aanpak - de aangewezen werkwijze. (Pijpker et al., 2019) Deze conclusie komt voort uit recent ontwikkelde kennis. Op basis van dit onderzoek creëerden we een kader met de belangrijkste determinanten, hun effect op werkhervatting<sup>1</sup> en enkele voorspellers en belemmerende factoren.

1. Bronnen: (de Vries et al., 2018) (Dewa, van Weeghel, Joosen, Gronholm, & Brouwers, 2021) (Secker & Membrey, 2003) (Corbière et al., 2021; Etuknwa, 2020; Figueredo et al., 2020; Franche et al., 2005) (Gragnano, Villotti, Larivière, Negrini, & Corbière, 2021) (Lammerts et al., 2016) (Nielsen et al., 2018; Young, Besen, & Choi, 2015) (Wasiak et al., 2007) (Hedlund, 2021) (Eskilsson, Norlund, Lehti, & Wiklund, 2021) (Mikkelsen & Rosholm, 2018) (Hedlund, 2021) (Villotti et al., 2021) (Karkkainen, Saaranen, & Rasanen, 2019) (Joosen et al., 2021)

Interventie	Effect
<p><b>Positieve verwachtingen t.a.v. werkhervatting en duur van ziekteverlof.</b></p>	<p><b>Effectieve terugkeer naar het werk</b></p>
<p><b>Verhogen sociale hulpbronnen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Steun en coaching door verhoogde dialoog met de manager</li> <li>→ Steun van collega's</li> <li>→ Feedback over de mogelijkheden</li> </ul> <p>Inzetten op relatie en communicatie medewerker - manager</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Verkorting van hersteltijd</li> <li>→ Verhoogde motivatie voor werkhervatting</li> <li>→ Snellere terugkeer (nog onduidelijk hoe te meten)</li> </ul> <p>Betere slaagkans werkhervatting</p>
<p><b>Graduele werkhervatting</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Verkorting van hersteltijd</li> <li>→ Verhoogde motivatie voor werkhervatting</li> <li>→ Snellere terugkeer (nog onduidelijk hoe te meten)</li> </ul>
<p><b>Werkaanpassingen en verhogen van autonomie.</b></p>	<p><b>Snellere werkhervatting (nog onduidelijk hoe te meten)</b></p>
<p><b>Contact houden tijdens afwezigheid.</b></p>	<p><b>Snellere werkhervatting</b></p>
<p><b>Inzetten op een actieve aanpak in werkhervatting</b></p>	<p><b>Langer dan 6 maanden afwezigheid geeft een negatieve uitkomst voor de werkhervatting. Maar bij inzet op gedeeltelijke werkhervatting is de uitkomst doorgaan positief.</b></p>
<p><b>Andere</b></p>	<p><b>Andere</b></p>
<p><b>Goede begeleiding door zorg- of arbeidsarts</b></p>	<p><b>Eigenlijke terugkeer</b></p>
<p><b>Begeleiding bij re-integratie, stakeholdercommunicatie, coördinatie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Coördinatie van stakeholders (In studies uit Canada, Zweden waar deze rollen bestaan)</li> <li>→ Adequate en tijdige ondersteuning bieden</li> <li>→ Eenvoudigere communicatie tussen de vele stakeholders met verschillende agenda's</li> </ul>
<p><b>Inzetten op zelfinzicht/zelfmanagement (maatwerk en eigenaarschap van de werkhervatting en nodige interventiecomponenten)</b></p>	<p><b>Zelf kunnen aanpassen wat niet werkt</b></p>
<p><b>Multi-component-interventies (inzetten op verschillende hefboomen in een interventie)</b></p>	<p><b>Vergroot interventie-effect en snellere werkhervatting</b></p>

## Enkele hefboomen uitgelicht

### Sociale steun

De mogelijkheid om steun, coaching en advies te vragen van leidinggevende en collega's is de voornaamste vorm van sociale steun op de werkvloer. Daarom is het een toegankelijke hulpbron voor werkgevers om op in te spelen. (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001) (Bakker, Demerouti, & Verbeke, 2004)

### Jobaanpassingen en autonomie

Welke aanpassingen zijn nodig om iemand te laten re-integreren? Anders dan bij fysieke aandoeningen, liggen de aanpassingen voor mentale gezondheid vaker in het relationele aspect, maar er kan ook nood zijn aan aanpassingen in de taakeisen, de verhoging van uitdagende taakeisen of meer zingeving in het werk.

### Graduele werkhervatting

Werknemers kunnen in een flexibel regime opstarten, bijvoorbeeld vanaf 10% of 20%.

### Positieve verwachtingen

Enkele studies laten zien dat een re-integratieplan, contact houden met de afwezige en acties van de werkgever om werkhervatting te faciliteren, de intentie en motivatie vergroten om terug te keren naar het werk.

### Contact houden tijdens afwezigheid

Deze maatregel kwam in meerdere studies naar voren als een belangrijke component voor geslaagde werkhervatting.

## Voorspellers en drempels voor een succesvolle werkhervatting

Verder identificeerde voorgaand onderzoek ook enkele voorspellers en barrières voor werkhervatting. Daarin herkennen we ook *enkele interventies, zoals positieve verwachtingen naar werkhervatting en herstel, sociale steun, graduele werkhervatting, contact houden tijdens de afwezigheid en werkaanpassingen.*

Bijkomende *voorspellers* zijn jobzekerheid, de mogelijkheid tot maatwerk in het werkhervattingsproces en de bedrijfscultuur. Een duidelijke voorspeller is bijvoorbeeld een werkplek met een ontspannen en informele sfeer, waar verschillen worden geaccepteerd en waar de omgeving betrokken is met het welzijn van de medewerkers.

Daarnaast zijn er ook *factoren die belemmerend* werken voor de re-integratie. We onderscheiden vier categorieën:

- *Onbegrip en stigma.* Beide elementen spelen nog een grote rol bij preventie en werkhervatting. De medewerker durft bijvoorbeeld niet aan te geven dat het niet goed gaat, omdat hij bang is om gepercipieerd te worden als lui, opgebrand, etc. Zich niet begrepen voelen vormt ook een barrière tijdens het herstel en de werkhervatting.
- *Rol van de leidinggevende.* De leidinggevende heeft een sleutelrol in het voorkomen van uitval, het overbruggen van de complexiteit van een werkhervatting, het managen van het gehele proces en de koppeling aan het beleid en het verduurzamen van de werkhervatting. Hoe slechter de relatie met de leidinggevende, hoe kleiner de kans op een goede werkhervatting.
- *Organisatieaspecten.* Hoe groter de organisatie, hoe kleiner de kans op succesvolle werkhervatting. Maar niet alleen de grootte van het bedrijf is van belang, ook organisatieveranderingen, een toxische cultuur en werkdruk vormen een belemmerende factoren.
- *De job zelf.* De aard van de job evenals onduidelijkheid rond de specifieke rol en functie binnen de organisatie vormen belemmerende factoren.

*Concluderend*, de verscheidenheid aan interventies, de uiteenlopende definities en de diversiteit aan stakeholders met verschillende agenda's vormen een uitdaging voor de ontwikkeling van interventies en het meten van hun effecten.

Desondanks wijst recent onderzoek op een aantal veelbelovende ontwikkelingen. Ten eerste is er een verschuiving zichtbaar in de perceptie van werkhervatting: terwijl de term oorspronkelijk een enigszins statische definitie had, wordt het nu gezien als een proces, waarbij de kwaliteit van de werkhervatting prioritair is voor verschillende stakeholders. De nadruk ligt steeds vaker op duurzame werkhervatting. Ten tweede is het mogelijk om op basis van recente studies verschillende hefboomen te identificeren voor een succesvolle re-integratie - ondanks de hierboven genoemde complicerende factoren.

### Wat zien we in de praktijk?

Op basis van de uitkomsten in bovengenoemd onderzoek hebben wij een klein steekproefonderzoek opgezet om te ontdekken in hoeverre organisaties inzetten op welke hefboomen. Deze steekproef licht een aantal frequent toegepaste interventies uit.

### Geleidelijke terugkeer

→ Er wordt het meest ingezet op progressieve werkhervatting. .

#### Tip:

Werkhervatting maakt deel uit van herstel (door de sociale contacten, werken aan actieve aanpak etc.). Bij mentale aandoeningen komt het cognitieve herstel als laatste, waardoor geleidelijk opstarten aan te bevelen is. Begin bijvoorbeeld met een uitnodiging om een kop koffie te drinken en bij te praten, vervolgens een halve dag komen werken en zo gradueel op te bouwen naar de gewenste aanstelling.

### De rol van de leidinggevende

- De bepalende rol van de leidinggevende wordt op verschillende manieren benut.
  - Een van de best practices is om leidinggevendenden te trainen voor werkhervattingsprocessen. Zij komen immers ook midden in een scenario te staan waar ze niet voor zijn opgeleid. Door hen bijvoorbeeld te drukken op het belang van contact houden en gesprekstemplates aan te reiken met do's en don'ts voor telefoongesprekken, zijn ze beter voorbereid op deze fase.
  - Contact houden tijdens de afwezigheid

De verantwoordelijkheid voor deze belangrijke *derde hefboom* ligt soms bij de HR-verantwoordelijke en soms bij een leidinggevende. Maar omdat ook de relatie met de leidinggevende een hefboom is, is het belangrijk dat die een actieve rol speelt in het contact houden. Eventueel kan samen met collega's bekeken worden hoe je als team contact blijft houden met de uitgevallen collega, zodat deze sociale structuur een extra hefboom wordt.

Een van de best practices van bpost is het ontwikkelen van een specifiek beleid om actief contact houden met langdurig zieken te optimaliseren. Die opvolging is niet alleen waardevol voor een gepersonaliseerde werkhervatting, maar helpt de organisatie ook aspecten detecteren die een rol kunnen spelen in de afwezigheid van medewerkers. Zo kan een bedrijf preventieve acties installeren op groepsniveau. Een win-win!

### Aanpassingen op het werk

De *vierde hefboom* die we dankzij de steekproef konden identificeren, verwijst naar *aanpassingen op het werk*. Het blijft echter vaak nog onduidelijk over welke aanpassingen het precies gaat, omdat het onderscheid tussen aanpassingen om fysieke redenen (bv. ergonomische aanpassingen) en mentale aandoeningen (bv. inzetten op sociale hulpbronnen) niet altijd duidelijk is.

#### Tip

Wanneer organisaties in kaart brengen welke aanpassingen bij welke werkhervattingssituaties nodig zijn, levert dat een beter overzicht en kunnen ze sneller aan de slag. Mentale aandoeningen liggen bijvoorbeeld vaak nog in de taboesfeer, waardoor dit een moeilijk gespreksonderwerp is. Wanneer een collega wegvalt door mentale oorzaken, dragen het onderhouden van contact, een actieve aanpak en welwillendheid vanuit de werkgever bij om dat taboe te verkleinen. Zo kunnen er gesprekken gevoerd worden over wat nu werkelijk nodig is voor een succesvolle werkhervatting.



#### Tip

Grotere organisaties hebben hierin vaak een belangrijk extra instrument in hun toolbox: een preventieadviseur of interne maatschappelijk werker kan de rol van re-integratiecoördinator op zich nemen. Voor kleinere organisaties ligt dit moeilijker. Zij kunnen beter beroep doen op een externe re-integratiebegeleider, als ze daar intern niet de juiste vaardigheden of rollen voor hebben.

#### Wat valt op?

**Rol van collega's:** Het valt op dat de rol van collega's in enigszins onderbelicht blijft, terwijl zij op twee niveaus cruciaal zijn: enerzijds spelen ze een belangrijke rol in het verhogen van sociale steun, anderzijds hebben collega's een informele rol in het begeleiden van een werkhervatting.

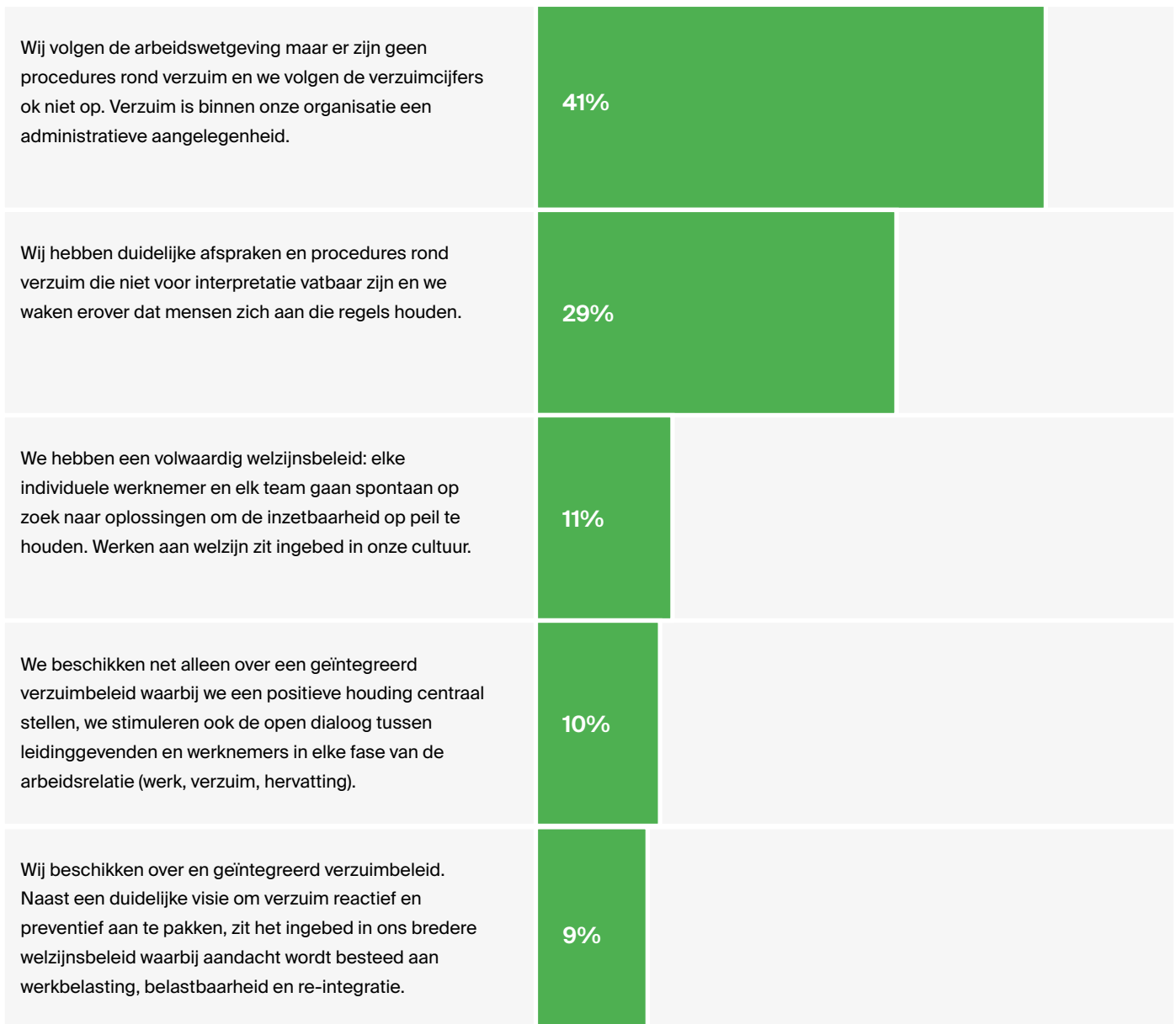
#### Tip

Zet in op sensibilisering op de werkvloer, betrek je medewerkers in de werkhervatting van hun collega en geef daar de nodige erkenning en ruimte voor. Maak dit een duidelijk deel van hun rol.

#### Beleid

Een actieve aanpak naar re-integratie moet geworteld zijn in een breder welzijns- en verzuimbeleid. Uit het steekproefonderzoek leiden we af dat er vaak (een aanzet tot) beleid aanwezig is, maar dat er nog weinig voor een evidence-based aanpak wordt gekozen. Meten is weten, en het meten van de impact van interventies is cruciaal om te weten of de gekozen aanpak in al zijn verschillende componenten ook echt effect heeft.

Geef aan welke stelling het best aansluit bij de aanpak van verzuim in uw organisatie.



Bron: Studie in opdracht van Mensura en Certimed uitgevoerd door onderzoeksbureau Indiville  
Maart 2021 – N: 389 werkgevers en HR professionals

### Tip

Een actieve aanpak van verzuim en een inkluderend re-integratiebeleid is noodzakelijk om duurzame re-integratie te garanderen. Door een beleid op te stellen en de in dit onderzoek geïdentificeerde hefboomen daarin mee te nemen, bouw je als organisatie verder op een wetenschappelijke en preventieve aanpak.

### Overkoepelende tips voor werkhervatting én preventie:

- Systematisch bijhouden welke hefboomen op welke manier worden ingezet kan veel inzichten geven. Door te leren uit ervaringen kan je inzichten verankeren in een beleid, dat je kan inzetten ter preventie.
- Momenteel blijkt een dergelijk beleid lijkt soms nog te ontbreken of ad hoc te zijn. Zet liever in op een geïntegreerd welzijnsbeleid met een onderscheid tussen de verschillende problematieken die het aanpakt en maak het re-integratiebeleid er deel van.
- More is more. Drie of meer componenten combineren binnen één interventiestrategie (bv. jobaanpassingen, een progressieve opstart, contact houden en begeleiding), heeft vaak de grootste impact.
- Wil je een eerste stap zetten? Ga na op welke hefboomen je organisatie vandaag focust, op welke manier, en waar er nog geïnitieerd, verbeterd of geoptimaliseerd kan worden.

### Samengevat

Dit onderzoek biedt inzicht in welke hefboomen bijdragen aan een succesvolle re-integratie na ziekteverzuim omwille van mentale redenen. Bij de interventies gericht op het individu lijken de interventies vanuit cognitieve gedragstherapie de enige met bewezen effect. De interventies op de werkvloer blijken algemeen effectiever:

- Een werkgerelateerde component in de interventies verkort het aantal dagen ziekteverzuim.
- Meerdere interventies lijken een groter effect te hebben.
- Aanpassingen in de job en het vergroten van sociale hulpbronnen lijken het meest effectief.
- Een graduele terugkeer en vroegtijdige interventies lijken een groter effect te hebben.

Bronnen: (Corbiere et al., 2020; de Vries et al., 2018; Mikkelsen & Rosholm, 2018; Perski, Grossi, Perski, & Niemi, 2017; Pijker et al., 2019; Thisted, Nielsen, & Bjerrum, 2018)

# Focusdomein

## Impact van de leidinggevende op het absentisme van medewerkers



Medewerkers kunnen afwezig zijn om vele redenen. Op sommige van die redenen hebben leidinggevenden geen of nauwelijks impact, zoals bij een zware ziekte van de medewerker. Op andere afwezigheidsredenen kunnen leidinggevenden wél impact hebben. In wat volgt, beschrijven we vijf redenen die verklaren waarom een medewerker afwezig is, én waarop de leidinggevende een invloed kan hebben.

Die invloed heeft als doel het verlagen van absentieïsme in een team of organisatie, maar niet dat medewerkers toch komen werken wanneer ze effectief ziek zijn. De kosten van dit zogenoemde 'sickness presenteeism' zijn immers erg hoog (Hemp, 2004): zieke medewerkers maken meer fouten (bv. kortaf tegen belangrijke klant) en het kost hun collega's tijd om die weer recht te zetten (bv. extra gesprekken met de klant, behandeling van klachten). Daarnaast is er natuurlijk het besmettingsgevaar op de werkplek, waardoor nog meer collega's niet kunnen werken of bovenstaande fouten herhalen of – zoals de pandemie ons pijnlijk duidelijk heeft gemaakt – waardoor levens in gevaar kunnen komen. Het verlagen van absentieïsme in een team of organisatie vraagt dus een dubbele focus: aandacht voor de motivatie en mindset van de medewerkers, maar ook voor gezondheidspromotie en ziekte-preventie (Lokke, 2022) - of, zoals eerder vermeld, een focus op medewerkers hun 'willen' en 'kunnen' (Steers & Rhodes, 1978). Hierdoor zullen medewerkers wel werken wanneer ze dat kunnen - ook al hebben ze misschien niet zo veel zin door bijvoorbeeld een lichte verkoudheid of kater - en niet werken, wanneer ze dat niet kunnen, zoals bij ziekte en koorts. Daarnaast zal een focus op gezondheidspromotie en ziekte-preventie er ook voor zorgen dat medewerkers minder vaak ziek worden (bv. door correct te heffen en tillen, voldoende pauzes te nemen, gezond te eten, etc).

Deze dubbele focus komt ook terug in de vijf mechanismen van afwezigheid waarop de leidinggevende een impact kan hebben. In wat volgt, lichten we elk mechanisme toe, met enkele manieren waarop de leidinggevende hierop impact kan hebben, gevolgd door enkele concrete best practices voor leidinggevendens<sup>2</sup>.

2. Tijdens het 3-jarig onderzoekstraject Wellbeing Works zullen we de impact van deze zogenoemde best practices meten op absentieïsme en welzijn van de medewerkers. Zodat we niet alleen kunnen zeggen welk mechanisme een impact heeft op ziekteverzuim, maar ook welke concrete acties.

### Opmerking

Leidinggevendens zijn schakels in een groter geheel: de organisatie, die ook invloed heeft op het absentisme van zijn medewerkers. Een organisatie die bv. op een negatieve manier in de media komt of in moeilijke papieren zit, oefent mogelijk een negatieve invloed uit op de motivatie van de medewerkers. Ook is de impact die leidinggevendens kunnen hebben, afhankelijk van de tijd, opleiding, informatie en ondersteuning die ze vanuit de organisatie krijgen (Nehles et al., 2006). Een leidinggevende die bijvoorbeeld opgeleid wordt om medewerkers na langdurige ziekte opnieuw te verwelkomen, zal een andere invloed hebben dan een leidinggevende die daar geen mogelijkheden krijgt. Tenslotte zal hun impact groter zijn wanneer de organisatie dezelfde boodschappen uitdraagt als zichzelf (bv. wanneer een leidinggevende pauze nemen promoot, aangevuld door een organisatie die lunchmeetings vermijdt).

# Energie-gevers en -nemers perspectief (Job Demands Resources model)

## Onderliggend mechanisme

Medewerkers zijn afwezig van het werk omwille van hun inschatting dat ze niet voldoende energie (resources) zullen hebben om aan de werkeisen (demands) tegemoet te komen. (Bakker & Demerouti, 2006).

## Wat kan de leidinggevende doen?

1. De resources verhogen
2. De demands verlagen
3. Medewerkers anders leren omgaan met de demands (coping)

## 1. De resources verhogen

In elke werkomgeving zijn er resources (ofwel hulpbronnen) aanwezig die energie geven. Enkele belangrijke domeinen van zulke energiegevers op het werk:

Autonomie	Het kunnen toepassen van vaardigheden
Sociale steun van de leidinggevende	Sociale steun van de collega's
Zinvolheid	Taakidentiteit
Leermogelijkheden	Feedback (ook uit de job!)
Participatie	

Wanneer leidinggevenden zich bewust zijn van de weidsheid van de domeinen die energie geven op het werk, kunnen zij hier bewuster op inzetten. Ze hoeven niet per se enkel te focussen op domeinen die laag scoren, want daar hebben ze niet altijd invloed op (bv. leermogelijkheden in een sterk repetitieve omgeving). Het (tegelijktijd) inzetten op een domein dat het al goed deed (bv. sociale steun van collega's), kan dan meer effect hebben.

**Enkele best practices:**

- *Sociale steun* van de leidinggevende maakt een groot verschil, in de vorm van advies geven, helpen, relevante feedback geven en 'showing concern' (tonen dat ze zorg dragen) voor hun medewerkers.
- Een leidinggevende geeft zijn medewerkers meer autonomie door hen bijvoorbeeld ruimte te geven om zelf aanpassingen te doen in hun job (ook wel 'job crafting of 'baan-boetseren' genoemd - Tims & Bakker, 2010). Dit kan op taakniveau (bv. een nieuwe manier van werken uitproberen) of op relatieniveau (bv. mentorfunctie opnemen.)

## 2. De demands verlagen

In elke werkomgeving zijn er demands (ofwel taakeisen) aanwezig die energie vragen. Enkele belangrijke domeinen van zulke energievreters op het werk:

Werkdruk (fysiek / mentaal)	Emotionele druk
Rolconflicten	Rolambigüiteit
Bureaucratie	Politieke spelletjes
Interpersoonlijke conflicten	Werk-privéconflict
Jobonzekerheid (ook reorganisatie)	Technostress

Wanneer leidinggevendens zich bewust zijn van de verschillende domeinen die energie vreten, kunnen zij hun bufferende, druk-regulerende rol beter spelen. Ook hier geldt dat leidinggevendens niet per se (enkel) moeten inzetten op de domeinen die het laagst scoren, want dat is soms onmogelijk (bv. de fysieke werkdruk van een verpleegkundige). Een verbetering in elk van deze domeinen (bv. oplossen interpersoonlijk conflict), zal sowieso een positief effect hebben op het welbevinden (en absentieïsme) van medewerkers.

**Enkele best practices:**

- In geval van jobonzekerheid (bv. bij reorganisatie)heerst onder leidinggevendens de misvatting dat ze beter niets zeggen, tot ze zelf duidelijk weten wat er gebeurt. Maar medewerkers halen er net veel steun uit als hun leidinggevendens regelmatig een stand van zaken en hun visie geven op wat er gebeurt in de organisatie (want die hebben vaak een beter overzicht en informatie dan zichzelf. (Petriglieri, 2020)).
- Leidinggevendens weten dat telefoons van klanten beantwoorden, afspraken met leveranciers maken of vergaderen met collega's ook energie vergt. Door het werk te organiseren met die informatie in het achterhoofd, verlagen ze de emotionele druk op hun werknemers, bijvoorbeeld door een rotatiesysteem op te zetten voor het opnemen van de telefoon, of door geen teammeetings te plannen in de lunchpauze.

### 3. Medewerkers anders leren omgaan met de demands (coping)

Hoe medewerkers in hun werkomgeving omgaan met de demands, speelt ook een belangrijke rol voor de invloed van deze taakeisen op hun welzijn. Grosso modo onderscheiden we twee soorten coping: emotie-focused en probleem-focused coping. De eerste soort draait voornamelijk om het omgaan met negatieve emoties, terwijl probleem-focused coping onderliggende problemen aanpakt (Lazarus & Folkman, 1984).

Leidinggevendenden doen er goed aan hun medewerkers niet te bekrachtigen in het louter ventileren van hun emoties, want naast kortstondige opluchting, levert dit de medewerkers geen voordelen. Meer nog, ze kunnen erdoor in een negatieve spiraal van onthechting en ontkenning terecht komen (Sirgy et al., 2020). Een beter strategie is om de medewerkers aan te sturen op probleem-focused coping, door mee te kijken waar ze actie kunnen ondernemen of hoe ze de situatie op een andere manier kunnen bekijken.

#### Enkele best practices:

- Samen met de medewerker kijken naar de elementen waar die wél directe impact op heeft.
- Samen zoeken naar extra acties die zij kunnen ondernemen (bv. zich informeren, zich voorbereiden op volgende fasen, vragen hoe anderen het aanpakken, kijken naar wat wel goed gaat, ...)
- Samen een stakeholderanalyse maken om te begrijpen hoe anderen in de situatie staan.





# Terugtrekkings- perspectief (Work disengagement theory)

## Onderliggend mechanisme

Medewerkers zijn afwezig als zelfbescherming tegen negatieve werkomstandigheden. Ze 'onttrekken' zichzelf als het ware aan hun werkomgeving, omdat ze die als ongezond, gevaarlijk, en/of onwenselijk ervaren.

## Wat kan de leidinggevende doen?

1. **Begrijpen wat de werkomgeving zo aversief maakt**
2. **Aversieve kanten van de werkomgeving veranderen (indien mogelijk)**
3. **Een derde partij inschakelen, als de relatie tussen de leidinggevende en de medewerker de werkvloer aversief maakt**

## 1. Begrijpen wat de werkomgeving zo aversief maakt

De perceptie van de werkomgeving kan erg verschillen van persoon tot persoon. Om als leidinggevende te begrijpen wat een medewerker als aversief ziet, is het belangrijk om vanuit hun perspectief te kijken. Door op een open, nieuwsgierige manier het gesprek aan te gaan en zich een dag in het leven van de medewerker voor te stellen (perspective taking; Galinsky, Ku & Wang, 2005), vergroot de leidinggevende de kans op goede informatie. Bovendien krijgt de medewerker zo de boodschap dat zijn perceptie er toe doet ('individualized consideration' - Bass & Avolio, 1994), wat een bron van energie is (energie-gever - zie vorig mechanisme).

Idealiter gebeuren deze gesprekken doorlopend, bijvoorbeeld tijdens wekelijkse one-on-ones met medewerkers bijvoorbeeld. Daarnaast kan HR extra aandacht besteden aan de aversieve factoren op de werkvloer tijdens het exitgesprek.

### Een van de best practices:

- Te vaak luisteren we met de bedoeling om de ander te overtuigen van onze visie (als een prediker) of om de hiaten in de ander zijn argumentatie te vinden (als een aanklager). Daarom stellen leidinggevendenden zich in deze gesprekken over welzijn op de werkvloer beter op als een wetenschapper die wil begrijpen wat er in het hoofd van de medewerker gebeurt. (Tetlock, 2002; Grant, 2021)

## 2. Aversieve kanten van de werkomgeving veranderen (indien mogelijk)

Algemeen zijn er drie menselijke basisbehoeften die ingevuld moeten zijn, zodat mensen gelukkig zijn en optimaal, gezond functioneren. Dit zijn de zogenaamde ABC-behoeften: Autonomie, verbondenheid en Competentie-benutting (Deci & Ryan, 2000). Leidinggevendenden doen er goed aan dit in het achterhoofd te houden bij mogelijke aanpassingen van het werk.

**Enkele best practices:**

- (A) Leidinggevenden geven hun medewerkers controle over hun eigen werk. Ze sturen hun medewerkers aan door duidelijk het gewenste doel en de criteria te bepalen (bv. 10 vrachtwagens laden voor 12u, volgens de instructies op de laadbrief), maar medewerkers bepalen zelf de manier waarop dit doel bereikt wordt, de volgorde van prioriteiten, enz.
- (B) Het werk is zo georganiseerd dat medewerkers zich met elkaar verbonden voelen, bv. door uurroosters af te stemmen zodat samen pauze nemen mogelijk is).
- (B) Leidinggevenden herhalen regelmatig hoe het werk van medewerkers bijdraagt aan het succes van de organisatie (bv. "O.a. omdat jij onze nieuwe klanten zo een goed gevoel geeft, is onze organisatie vorig jaar gegroeid.") of aan het werk van collega's (bv. "Omdat jij problemen met (verouderde) hardware op tijd herkent, moeten onze dossierbeheerders geen seconde wakker liggen van pc-problemen.").
- (C) Door duidelijke feedback te geven, weten je medewerkers of ze goed bezig zijn. Dat kan via een Net Promotor Score of tevredenheidsscore van klanten die breed gedeeld wordt in de organisatie, of door een visualisatie van de voortgang van hun projecten.
- (C) Bij werkhervatting na langdurige ziekte worden ook de groeimogelijkheden in de (mogelijk aangepaste) job niet vergeten.

### 3. Een derde partij inschakelen

Soms is de leidinggevende zelf de oorzaak van de aversie in de werkomgeving. Als organisatie is het dan belangrijk om, naast de leidinggevende, een alternatief pad te voorzien om informatie te verzamelen over wat de werkomgeving aversief maakt - en die omgeving (indien mogelijk) aan te passen.

**Een van de best practices:**

- HR-businesspartners weten wanneer een leidinggevende een bron van negativiteit is in een team door:
  - een vertrouwelijke band op te bouwen met de medewerkers,
  - de resultaten op teamniveau van de tevredenheidsenquête te bestuderen,
  - systematisch de exitgesprekken door te nemen.

# Verwachtings- perspectief (Expectancy theory)

## Onderliggend mechanisme

De afwezigheid is het resultaat van een cognitieve afweging. De medewerkers maken een kosten-batenanalyse: ze werken niet wanneer de kosten van wel werken, hoger zijn dan de kosten van niet werken, en vice versa.

## Wat kan de leidinggevende doen?

1. De gevolgen verduidelijken van af- en aanwezigheid tijdens ziekte
2. Geen aanwezigheidscultuur uitdragen ('sickness presenteeism')

## 1. De gevolgen verduidelijken van af- en aanwezigheid tijdens ziekte

Soms beseffen medewerkers niet hoe hun werk verbonden is met het werk van anderen, of daar een impact op heeft. Daardoor denken ze dat het niet veel uitmaakt of ze komen werken of niet. Het omgekeerde geldt ook: soms overschatten medewerkers hoe onmisbaar ze zijn en lijkt het onmogelijk dat ze niet komen werken (ook al zijn ze doodziek). Daar komt vaak bij dat medewerkers, noch leidinggevenden beseffen hoe hoog de kosten zijn van ziek werken. Onderzoek toont aan dat de kosten van dit 'sickness presenteeism' de kosten van absenteeisme soms zelfs overstijgen (Hemp, 2004). Daarnaast speelt de 'Future Discounting Bias' een rol in de beslissing om al dan niet te werken tijdens ziekte. Deze term verwijst naar onze neiging om meer rekening te houden met het nu dan de toekomst, met als resultaat dat de kortetermijngevolgen veel zwaarder doorwegen dan de langetermijngevolgen - bijvoorbeeld door ziek aan het werk te gaan. In elk van bovenstaande gevallen kan de leidinggevende zijn medewerkers helpen een realistisch beeld van de gevolgen van hun beslissing te creëren, door zowel de korte- als langetermijngevolgen te kaderen van afwezigheid én aanwezigheid tijdens ziekte.

### Enkele best practices:

- Leidinggevenden herhalen regelmatig hoe het werk van medewerkers bijdraagt aan het succes van de organisatie of aan het werk van collega's (zie ook supra; best practices Withdrawal).
- Medewerkers weten niet vanzelf wat de gevolgen zijn van een korte afwezigheid. Als leidinggevenden is het belangrijk om de impact op het werk duidelijk te maken (bv. 10 klanten die geen antwoord hebben gekregen binnen de 24u) en de impact op de collega's (bv. verhoogde werkdruk).
- Daarbij hoort ook dat leidinggevenden ervoor zorgen dat medewerkers zich bewust zijn van de langetermijngevolgen van hun afwezigheid of hun aanwezigheid bij ziekte (bv. "Niet werken betekent dat je de opleiding mist en dat je hem volgend jaar opnieuw moet inplannen." vs. "Wel werken betekent dat je griep mogelijk nog veel langer aansleept."). Leidinggevenden zijn zich zelf ook bewust van deze kosten en houden die in het achterhoofd tijdens gesprekken met medewerkers.
- Leidinggevenden voorzien een 'contingency-plan' voor belangrijke taken, zodat medewerkers weten dat hun werk opgevangen wordt door collega's wanneer zij er niet zijn.

## 2. Geen present-cultuur uitdragen

In de literatuur onderscheiden we drie 'absenteïsmeculturen' (Ruhle & Suss, 2020).

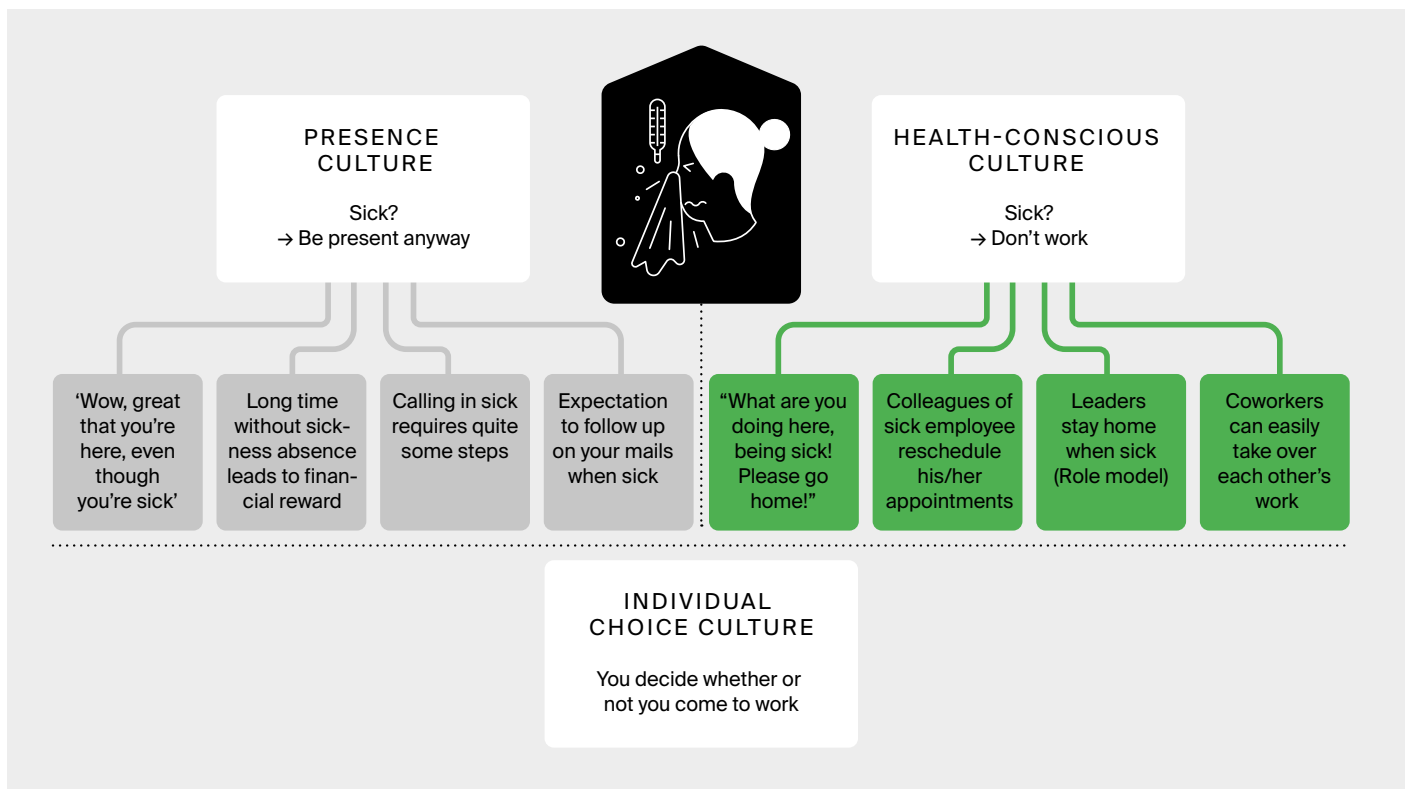
**1. Presentcultuur:** aan het werk zijn is het belangrijkste. Als een medewerker zich ziek voelt, is het belangrijk om geen/minimale onderbreking van het werk te veroorzaken, maar toch te doen wat mogelijk is en niet helemaal af te haken. Op je tanden bijten en 'er staan' wordt bekrachtigd. Ziek zijn en werken is oké.

**2. Gezondheidscultuur:** de gezondheid van het individu is het belangrijkste. Als een medewerker zich ziek voelt, wordt rust nemen, op krachten komen en voor jezelf zorgen bekrachtigd. Ziek zijn en niet werken is oké.

**3. Individuele-keuze-cultuur:** de beslissing die het individu neemt is het belangrijkste. Er is geen verwachtingen of impliciete druk richting 'gezondheid eerst en rust nemen', noch richting 'continuïteit eerst en geen onderbreking'. Wat het individu ook kiest, wordt bekrachtigd: zowel ziek zijn en werken, als niet werken is oké.

### Best practices?

Welke cultuur de beste effecten heeft op absenteïsme en het welzijn van de medewerkers (2 of 3), lijkt nog niet duidelijk. Dat een presentcultuur de meest negatieve effecten heeft, is dat wel (Hemp, 2004). Dat lijkt vanzelfsprekend, maar onderstaande figuur toont hoe makkelijk we onbewust en ongewild de boodschap van een presentcultuur uitdragen.



### Opmerking

Ook het moeilijker maken voor medewerkers om zich ziek te melden, beïnvloedt de cognitieve kosten-batenafweging in het voordeel van wél doorwerken. De kost om niet te werken, wordt immers groter. Een aantal van zulke drempelverhogende voorbeelden zijn: meerdere telefoontjes moeten plegen om zich ziek te melden, een premie mislopen voor ononderbroken aanwezigheid, strenge controle op het tijdig indienen van een doktersattest of een oordelend gesprek met de leidinggevende bij werkhervatting.

Maar deze drempelverhogende acties kunnen ook een dubbel effect hebben. Enerzijds verhogen ze de kans dat medewerkers die wel kunnen werken, ook zullen werken (= gewenst), anderzijds verhogen ze ook de kans dat medewerkers die eigenlijk te ziek zijn om te werken, toch aan het werk gaan (= ongewenst) omdat ze de drempels om rust te nemen onoverkomelijk vinden.

# Group identity perspective

## Onderliggend mechanisme

Afwezigheid is het resultaat van te weinig identificatie met het team of met de organisatie.

## Wat kan de leidinggevende doen?

### 1. Inzetten op een sterke, positieve groepsidentiteit

## 1. Inzetten op een sterke, positieve groepsidentiteit

Medewerkers identificeren zich in bepaalde mate met hun team of de organisatie waar ze werken (zelf-categorisatie; Tajfel & Turner). Zo ontlenen IT-medewerkers bijvoorbeeld een deel van hun identiteit aan hun rol in 'de helden van de helpdesk', zoals dat team in de organisatie genoemd wordt. Wanneer medewerkers die identificatie sterk voelen, zullen zij doen wat zij het beste achten voor het team of de organisatie - zoals niet naar het werk komen wanneer ze koorts hebben, maar wel online aansluiten bij de company meeting bij een verkoudheid.

De leidinggevende heeft impact op deze gevoelens van identificatie met het team, door positieve teamkenmerken zeer duidelijk op de voorgrond te plaatsen. De identificatie met de organisatie kan versterkt worden door duidelijk aan te geven hoe belangrijk het werk is dat de organisatie doet - voor de klanten of de bredere maatschappij - zodat medewerkers trots kunnen zijn om voor de organisatie te werken.

### Enkele best practices:

- De leidinggevende zal de positieve teamkenmerken
  - benoemen (bv. "In ons team delen we de liefde voor onze studenten." of "In ons team durven we elkaar confronteren en de olifant in de kamer te benoemen.")
  - visualiseren (bv. door de award voor het meest klantvriendelijke team duidelijk in het zicht op te hangen op de werkplek)
  - bevragen (bv. in de vorm van check-in momenten, waarbij elk teamlid vertelt waarvoor die dankbaar is in het team)
- De leidinggevende maakt duidelijk waarom de organisatie bestaat en herhaalt regelmatig de bedrijfsmissie. (bv. "Opening minds to impact the world", dáár doen we het voor!")
- Leidinggevend benadrukken bij hun meerderen (bv. DIRCO, HR, ...) hoe belangrijk het is dat medewerkers trots kunnen zijn op de organisatie waar ze werken, en hoe belangrijk een positieve uitstraling is van de organisatie in de maatschappij.
- Bij shiftwerk kan een leidinggevende de identificatie met het team versterken door de aandacht te vestigen op hoe collega's het werk van elkaar overnemen: de ene zorgkundige start waar de ander stopt en zo creëren ze samen een ketting van constante zorg.

Ook deze groepsidentiteit-verhogende acties kunnen een dubbel effect hebben. Enerzijds verhogen ze de kans dat medewerkers die wel kunnen werken, ook zullen werken (= gewenst). Maar anderzijds verhogen ze ook de kans dat medewerkers die eigenlijk te ziek zijn om te werken, toch zullen werken (= ongewenst), omdat ze het team niet in de steek willen laten.

# Social Learning perspective

## Onderliggend mechanisme

Afwezigheid is het resultaat van slechte gezondheidsgewoontes waardoor de medewerker ziek is.

## Wat kan de leidinggevende doen?

1. Een rolmodel zijn voor gezonde gewoontes op het werk
2. Goede gezondheidsgewoontes bekrachtigen

## 1. Een rolmodel zijn voor gezonde gewoontes op het werk

Mensen leren door anderen te observeren: ze kijken hoe die zich gedragen en welke reacties daarop volgen (sociaal leren; Bandura, 1998). Met name leidinggevenden fungeren vaak als rolmodellen: zij zijn (vergelijkbare) anderen die wenselijke gevolgen ervaren (bv. een hogere status in de organisatie) en daarom als 'een voorbeeld' gezien worden.

Daarom heeft het gezondheidsgedrag van leidinggevenden vaak een grotere impact op het gezondheidsgedrag van de medewerkers, dan dat van andere collega's.

### Enkele best practices:

- Leidinggevenden nemen middagpauze en kiezen niet voor een snelle hap aan hun bureau of lunchmeetings.
- Leidinggevenden sturen 's avonds of in het weekend geen e-mails.
- Leidinggevenden werken zelf niet als ze ziek zijn.
- Leidinggevenden durven nee zeggen tegen collega's die hen storen, wanneer ze zich willen focussen
- Leidinggevenden zetten hun smartphone uit en geven medewerkers hun volle aandacht tijdens belangrijke gesprekken.
- Leidinggevenden boeken standaard meetings van 50 minuten, zodat meetings niet in elkaar overlopen, maar er steeds een mini-break mogelijk is.

## 2. Goede gezondheidsgewoontes bekrachtigen

Naast het gezondheidsgedrag van de leidinggevende zelf, leren medewerkers ook van de reactie van de leidinggevende op het gedrag van hun collega's.

### **Enkele best practices:**

- Leidinggevendens moedigen collega's aan die tijdens de lunchpauze een korte wandeling maken, door de knieën zakken bij het tillen van zware dingen, om ergonomisch materiaal vragen, etc.
- Leidinggevendens steunen medewerkers die in hun out-of-office geen gsm-nummer vermelden 'voor dringende gevallen'.
- Leidinggevendens steunen medewerkers die hun vrije dag niet opgeven om aan een vraag van klanten tegemoet te komen.



## Over het onderzoek

### 1. Literatuurstudie:

#### Focusdomein 1: Zoektermen

- “sustainable return to work (after CMDs)”
- “return to work after CMDs”
- “return to work interventions (after CMDs)”
- “return to work interventions (after CMDs)” AND “effectiveness” OR “Facilitators/Barriers”
- “measuring return to work (after CMDs)”
- “measuring return to work interventions (after CMDs)”

Er werd een bijkomende analyse gemaakt van systemic reviews en meta-analyses.

Domeinen in literatuur: voornamelijk de onderzoeksstroom van “occupational health” en “rehabilitation” (vaak erg praktijkgericht ingestoken).

#### Focusdomein 2: Zoektermen

- “Absenteeism” & “Leadership” OR “Leader” OR “(First Line) Manager”
- “Absenteeism intervention” (REVIEW, NOT “School”)
- “Absenteeism intervention” AND “Leadership”

Focus op systemic reviews en meta-analyses.

Domeinen in literatuur: voornamelijk de onderzoeksdomeinen van “management” en “organizational behavior” (vaak theorie-gedreven; studies bevatten niet altijd (goede) operationalisaties)

### 2. Toetsing aan praktijk

Op basis van de literatuurstudie creëerden we een kader met elementen die antwoord bieden op de twee onderzoeksvragen. Vervolgens toetsten we het al dan niet voorkomen (en op welke manier) van deze elementen in de data van onze partnerorganisaties.

## Referenties

- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., & Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research*, 4, 1-11. doi:10.1016/j.burn.2017.02.001
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*, Prentice-Hall, New Jersey.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job Demands-Resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285
- Bakker, A., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43(1), 83-104. doi:10.1002/hrm.20004
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E., & Houtman, I. L. D. (2006). Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress*, 20(2), 129-144. doi:10.1080/02678370600856615
- Corbière et al. (2021). Developing a collaborative and sustainable return to work program for employees with common mental disorders: a participatory research with public and private organizations. *Disability and Rehabilitation*, 1-13.
- Corbiere, M., Mazaniello-Chezol, M., Bastien, M. F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., . . . Lecomte, T. (2020). Stakeholders' Role and Actions in the Return-to-Work Process of Workers on Sick-Leave Due to Common Mental Disorders: A Scoping Review. *J Occup Rehabil*, 30(3), 381-419. doi:10.1007/s10926-019-09861-2
- Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., . . . Amick, B. C. (2018). Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 1-15. doi:10.1007/s10926-016-9690-x
- de Vries et al. (2018). Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(3), 393-417. doi:10.1007/s10926-017-9730-1
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. doi:10.1037/0021-9010.86.3.499
- Dewa, C. S., van Weeghel, J., Joosen, M. C. W., Gronholm, P. C., & Brouwers, E. P. M. (2021). Workers' Decisions to Disclose a Mental Health Issue to Managers and the Consequences. *Front Psychiatry*, 12, 631032. doi:10.3389/fpsy.2021.631032
- Eskilsson, T., Norlund, S., Lehti, A., & Wiklund, M. (2021). Enhanced Capacity to Act: Managers' Perspectives When Participating in a Dialogue-Based Workplace Intervention for Employee Return to Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(2), 263-274. doi:10.1007/s10926-020-09914-x
- Etuknwa, A. (2020). *Sustainable return to work (RTW) after ill-health: personal, social and organisational factors*. University of East Anglia,
- Figueredo, J.-M., García-Ael, C., Gragnano, A., & Topa, G. (2020). Well-being at work after return to work (RTW): a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7490.
- Fisker, J., Hjorthøj, C., Hellström, L., Mundy, S. S., Rosenberg, N. G., & Eplöv, L. F. (2022). Predictors of return to work for people on sick leave with common mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *International archives of occupational and environmental health*, 1-13.
- Franché, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J., . . . Team, H. W.-B. R. I. L. R. R. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 607-631. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10926-005-8038-8.pdf>

## Referenties

- Galinsky, A. D., Ku, G., & Wang, C. S. (2005). Perspective-taking and self-other overlap: Fostering social bonds and facilitating social coordination. *Group Processes & Intergroup Relations*, 8, 109–124
- Geluk, E., Lenstra, R., & Stuer, D. (2000). Facilitators of succesful Return to Work after burn-out. *Not published*.
- Gragnano, A., Villotti, P., Larivière, C., Negrini, A., & Corbière, M. (2021). A systematic search and review of questionnaires measuring individual psychosocial factors predicting return to work after musculoskeletal and common mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(3), 491-511.
- Grant A. (2021) Think Again: The Power of Knowing What You Don't Know (Viking, New York).
- Hedlund, Å. (2021). An overlooked concept? Intention to return to work among individuals on sick leave due to common mental disorders: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 29(3), 602-611.
- Hees, H. L., Nieuwenhuijsen, K., Koeter, M. W., Bultmann, U., & Schene, A. H. (2012). Towards a new definition of return-to-work outcomes in common mental disorders from a multi-stakeholder perspective. *PLoS One*, 7(6), e39947. doi:10.1371/journal.pone.0039947
- Hemp P. (2004). Presenteeism: at work - but out of it. *Harvard Bus Rev*. 82:49–58.
- Joosen, M. C., Lugtenberg, M., Arends, I., van Gestel, H. J., Schaapveld, B., Terluin, B., . . . Brouwers, E. P. (2021). Barriers and Facilitators for Return to Work from the Perspective of Workers with Common Mental Disorders with Short, Medium and Long-Term Sickness Absence: A Longitudinal Qualitative Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1-12.
- Johns, G. (1997), *Contemporary Research on Absence from Work: Correlates, Causes and Consequences*, Wiley.
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *J Organizational Behav.*31(4):519–42. 46.
- Johns, G., Miraglia M. (2015). The Reliability, Validity, and Accuracy of Self-Reported Absenteeism From Work: A Meta-Analysis. *J Occup Health Psychol.* 20(1):1–14.
- Karkkainen et al. (2017). Systematic review: Factors associated with return to work in burnout. *Occup Med (Lond)*, 67(6), 461-468. doi:10.1093/occmed/kqx093
- Karkkainen, R., Saaranen, T., & Rasanen, K. (2019). Return-to-Work Coordinators' Practices for Workers with Burnout. *J Occup Rehabil*, 29(3), 493-502. doi:10.1007/s10926-018-9810-x
- Karlson, B., Jönsson, P., Pålsson, B., Åbjörnsson, G., Malmberg, B., Larsson, B., & Österberg, K. (2010). Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout-a prospective controlled study. *BMC Public Health*, 10(1), 1-10.
- Koopmans, P. C., Bültmann, U., Roelen, C. A., Hoedeman, R., van der Klink, J. J., & Groothoff, J. W. (2011). Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *International archives of occupational and environmental health*, 84(2), 193-201. Retrieved from [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3020308/pdf/420\\_2010\\_Article\\_540.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3020308/pdf/420_2010_Article_540.pdf)
- Lammerts, L., Schaafsma, F. G., Eikelenboom, M., Vermeulen, S. J., van Mechelen, W., Anema, J. R., & Penninx, B. W. (2016). Longitudinal associations between biopsychosocial factors and sustainable return to work of sick-listed workers with a depressive or anxiety disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(1), 70-79.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Berlin: Springer Publishing Company.
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., . . . Tremblay, C. (2001). Disability prevention. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
- Lokke, A.K. (2022). Leadership and its influence on employee absenteeism: a qualitative review. *Manag Decis.* 2022. <https://doi.org/10.1108/md-05-2021-0693>.

## Referenties

- MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R.-L., Irvin, E., & Workplace-based Return to Work Literature Review, G. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 32(4), 257-269. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/40967575>
- Mikkelsen, M. B., & Rosholm, M. (2018). Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occupational and environmental medicine*, 75(9), 675-686. Retrieved from <https://oem.bmj.com/content/75/9/675.long>
- Nehles, A. C., van Riemsdijk, M., Kok, I., & Looise, J. K. (2006). Implementing human resource management successfully: A first-line management challenge. *Management Revue*, 17, 256-273.
- Nielsen, K., Yarker, J., Munir, F., & Bültmann, U. (2018). IGLOO: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. *Work & Stress*, 32(4), 400-417. doi:10.1080/02678373.2018.1438536
- Norder, G., Bültmann, U., Hoedeman, R., Bruin, J. d., van der Klink, J. J., & Roelen, C. A. (2015). Recovery and recurrence of mental sickness absence among production and office workers in the industrial sector. *The European Journal of Public Health*, 25(3), 419-423. doi:<https://doi.org/10.1093/eurpub/cku202>
- Perski, O., Grossi, G., Perski, A., & Niemi, M. (2017). A systematic review and meta analysis of tertiary interventions in clinical burnout. *Scandinavian journal of psychology*, 58(6), 551-561. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sjop.12398>
- Petriglieri, G. (2020, April 22). The psychology behind effective crisis leadership. *Harvard Business Review*.
- Pijpker, R., Vaandrager, L., Veen, E. J., & Koelen, M. A. (2019). Combined Interventions to Reduce Burnout Complaints and Promote Return to Work: A Systematic Review of Effectiveness and Mediators of Change. *Int J Environ Res Public Health*, 17(1). doi:10.3390/ijerph17010055
- Pransky, G. S., Loisel, P., & Anema, J. R. (2011). Work Disability Prevention Research: Current and Future Prospects. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(3), 287. doi:10.1007/s10926-011-9327-z
- Rooman, C., Sterkens, P., Schelfhout, S., Van Royen, A., Baert, S., & Deraus, E. (2021). Successful return to work after burnout: an evaluation of job, person-and private-related burnout determinants as determinants of return-to-work quality after sick leave for burnout. *Disability and Rehabilitation*, 1-10.
- Ruhle, S. A., & Süß, S. (2019). Presenteeism and absenteeism at work—An analysis of archetypes of sickness attendance cultures. *Journal of Business and Psychology*, Online First, 1-15.
- Salami, S. O., & Ajitoni, S. O. (2016). Job characteristics and burnout: The moderating roles of emotional intelligence, motivation and pay among bank employees. *Int J Psychol*, 51(5), 375-382. doi:10.1002/ijop.12180
- Saruan, N.A., Yusoff, H.M., Fauzi, M.F. (2019). Family responsibilities and involuntary job Absenteeism among nurses in teaching hospital. *Malays. J. Public Health Med.* 19, 38-46.
- Salminen, S., Andreou, E., Holma, J., Pekkonen, M., & Mäkikangas, A. (2017). Narratives of burnout and recovery from an agency perspective: A two-year longitudinal study. *Burnout Research*, 7, 1-9.
- Secker, J., & Membrey, H. (2003). Promoting mental health through employment and developing healthy workplaces: the potential of natural supports at work. *Health Educ Res*, 18(2), 207-215. doi:10.1093/her/18.2.207
- Sirgy, M. J., Lee, D. J., Park, S., Joshanloo, M., & Kim, M. (2019). Work– family spillover and subjective well being: The moderating role of coping strategies. *Journal of Happiness Studies*, 1-21.
- Steenstra, I., Lee, H., De Vroome, E., Busse, J., & Hogg-Johnson, S. (2012). Comparing current definitions of return to work: a measurement approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 394-400. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10926-011-9349-6.pdf>

## Referenties

Steers, R.M. and Rhodes, S.R. (1978), "Major influences on employee attendance: a process model", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 63 No. 4, pp. 391-407.

Tarro, L., Llauradó, E., Ulldemolins, G., Hermoso, P., & Solà, R. (2020). Effectiveness of workplace interventions for improving absenteeism, productivity, and work ability of employees: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1901.

Tajfel, H. and Turner, J.C. (1979), "An integrative theory of intergroup conflict", in Austin, W.G. and Worchel, S. (Eds), *The Social Psychology of Intergroup Relations*, Brooks/Cole, Monterey, pp. 33-47.

Tetlock, P.E. (2002). Social functionalist frameworks for judgement and choice: intuitive politicians, theologians and prosecutors. *Psychological Review*.

Thisted, C. N., Nielsen, C. V., & Bjerrum, M. (2018). Work participation among employees with common mental disorders: a meta-synthesis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(3), 452-464. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10926-017-9743-9.pdf>

Tims, M., & Bakker, A. B. (2010). Job crafting: Towards a new model of individual job redesign. *SA Journal of Industrial Psychology*, 36(2), 1-9.

Villotti, P., Gagnano, A., Larivière, C., Negrini, A., Dionne, C. E., & Corbière, M. (2021). Tools appraisal of organizational factors associated with return-to-work in workers on sick leave due to musculoskeletal and common mental disorders: a systematic search and review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(1), 7-25. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10926-020-09902-1.pdf>

Vooijs, M., Leensen, M. C., Hoving, J. L., Wind, H., & Frings-Dresen, M. H. (2015). Interventions to enhance work participation of workers with a chronic disease: a systematic review of reviews. *Occupational and environmental medicine*, 72(11), 820-826.

Wasiak, R., Young, A. E., Roessler, R. T., McPherson, K. M., van Poppel, M. N., & Anema, J. R. (2007). Measuring return to work. *J Occup Rehabil*, 17(4), 766-781. doi:10.1007/s10926-007-9101-4

Young, A. E., Besen, E., & Choi, Y. (2015). The importance, measurement and practical implications of worker's expectations for return to work. *Disability and Rehabilitation*, 37(20), 1808-1816. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2014.979299>

## Contact



**Eva Geluk**  
Senior researcher Next Generation Work  
[eva.geluk@ams.ac.be](mailto:eva.geluk@ams.ac.be)



**Kathleen Vangronsvelt**  
Professor HRM  
Senior researcher Next Generation Work  
[Kathleen.Vangronsvelt@ams.ac.be](mailto:Kathleen.Vangronsvelt@ams.ac.be)

**More info:**  
[www.antwerpmanagementschool.be](http://www.antwerpmanagementschool.be)

**Antwerp Management School**  
Opening minds to impact the world