

Scènes uit een reïntegratieproces

R. Knegt, J.J.M. Besseling, R. Hoffius, T.J. Veerman, J.F. Ybema



Hugo Sinzheimer Instituut

Scènes uit een reïntegratieproces

TNO Arbeid

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

T 023 554 93 93

F 023 554 93 94

www.arbeid.tno.nl

ISBN-nummer 90-5986-110-8

© 2004 TNO Arbeid

Auteurs:

R. Knegt, J.J.M. Besseling, R. Hoffius, T.J. Veerman, J.F. Ybema

Met medewerking van:

M. Aerts, L. Duvekot, M.C. de Groot, K. Jettinghof

Het rapport kan gratis worden gedownload op:

<http://tno-arbeid.adlibsoft.com/adlib/>

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Voorwoord

‘Reïntegratie begint op de brancard’, een oneliner die de directie van de GMD destijds gebruikte om het belang van snelle interventie te benadrukken. Het CTSV, de voorganger van IWI, heeft dit belang ook onderkend. Voortbouwend op de bevindingen van de evaluatie van de wet REA en de rapportage van de Commissie Donner bestond de indruk dat langdurige arbeidsongeschiktheid voorkomen kan worden door actieve en gerichte reïntegratie-activiteiten in de beginfase van de arbeidsongeschiktheid.

In opdracht van IWI hebben TNO Arbeid, Hugo Sinzheimer Instituut en AStri een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Gekozen is voor een theoriegestuurd empirisch onderzoek waarvan de bevindingen hun geldigheid behouden ook na diverse actuele ontwikkelingen zoals reorganisaties in het kader van SUWI, invoering van de Wet Verbetering Poortwachter en verlenging van de loondoorbetalingsperiode. Het onderzoek geeft zicht op de factoren die de interactie tussen de verschillende actoren in het reïntegratieproces beïnvloeden en de mate waarin de aanpak van uitvoerders en hun invulling van het overheidsbeleid aansluit bij de wensen en mogelijkheden van verzuimende werknemers.

Voor het onderzoek zijn door onze collega’s gesprekken gevoerd met werknemers, werkgevers, bedrijfsartsen, huisartsen, verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen, stafmedewerkers van arbodiensten en van UWV-vestigingen en medewerkers van reïntegratiebedrijven. Wij danken hen allen voor hun medewerking aan dit onderzoek. Een speciaal woord van dank geldt voor onze collega Karin Jettinghoff die naast de interviews en eerste analyses een substantieel deel van de projectorganisatie verzorgd heeft.

De begeleidingscommissie voor het onderzoek stond onder leiding van Jan Terpstra (Universiteit Twente). De externe leden waren Hilbrand Bruinsma (UWV), Gerda Jehoel (SCP), Sjaak Koehler (RWI) en Jannie Komduur (BPV&W) en namens de opdrachtgever participeerden Reinoud Doeschot en Pé Mullenders, de laatste als opvolger van Michiel Hoorweg. Wij danken IWI en de leden van de begeleidingscommissie voor hun inzet om dit onderzoeksproject te realiseren en succesvol af te ronden.

Het eindrapport is tot stand gekomen in een intensieve wisselwerking met de begeleidingscommissie. De verantwoordelijkheid voor de inhoud van het rapport berust echter volledig bij de auteurs. Met het verschijnen van dit rapport ronden we een complex onderzoeksproject met een hoog ambitieniveau af. Wij zijn IWI zeer erkentelijk dat ze een dergelijk ambitieus onderzoek heeft geëntameerd en dat wij, TNO Arbeid, HSI en AStri, in goede collegiale samenwerking dit onderzoek hebben mogen uitvoeren.

Jan Besseling (TNO Arbeid), projectleider
Rob Hoffius (AStri)
Robert Knegt (HSI)
Theo Veerman (AStri)
Jan Fekke Ybema (TNO Arbeid)

Inhoudsopgave

VOORWOORD

KORTE SAMENVATTING

1	INLEIDING	11
1.1	INLEIDING EN VRAAGSTELLING	11
1.2	THEORETISCH KADER	13
1.3	OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK	16
2	PLAATSBEPALING VAN DE ACTOREN	19
2.1	HANDELINGSOPTIES VAN DE ACTOREN	19
2.2	DE SAMENHANG IN DE HANDELINGSKEUZES	20
2.3	PREFERENTIES	22
2.4	INTERDEPENDENTIE	22
2.5	EEN FORMELE TYPOLOGIE VAN DE CASES	23
3	UITVALLEN EN HERSTELLEN	27
3.1	HERSTEL VAN DE GEZONDHEID	27
3.2	BEDRIJFSARTS EN PSYCHISCHE PROBLEMEN	30
3.3	ARBEIDSCONFLICTEN	30
3.4	CONCLUSIES	35
4	TIJD VAN HERVATTEN	37
4.1	COMPETENTIE EN HERSTELTEMPO	37
4.2	AFREMME	40
4.3	EEN ‘ZETJE IN DE RUG’	42
4.4	CONCLUSIES	43
5	TERUG IN EIGEN WERK?	45
5.1	RESPECT VOOR HET PRIMAAT VAN DE EIGEN FUNCTIE	45
5.2	ZAL TERUGKEER IN DE OUDE FUNCTIE WEL MOGELIJK ZIJN?	47
5.3	WEERSTANDEN TEGEN HET AANVAARDEN VAN AANGEPAST WERK	51
5.4	GEEN HERVATting MAAR DE ROUTE NAAR DE WAO	52
5.5	CONCLUSIES	53
6	INTERDEPENDENTIE	55
6.1	WEDERZIJDSE AFHANKELIJKHEID VAN INFORMATIE	55
6.2	DE ‘BEDRIJFSCULTUUR’ EN DE SAMENHANG IN HET HANDELEN VAN ACTOREN	59
6.3	DE POSITIE VAN UWV IN HET REÏNTEGRATIEPROCES	60
6.4	REÏNTEGRATIEBEDRIJVEN	62
6.5	CONCLUSIES	64
7	SAMENVATTING EN CONCLUSIES	67
7.1	REFLECTIE OP HET ONDERZOEK	67
7.2	GEZONDHEIDSHERSTEL ALS VOORWAARDE VOOR WERKHERVATting	68
7.3	REGIE OVER HET MOMENT VAN WERKHERVATting	70
7.4	TERUGKEER IN EIGEN OF IN ANDER WERK?	71
7.5	SAMENHANG EN REGIE	73
7.6	SLOTBESCHOUWINGEN	75
7.6.1	<i>Primaat hervatting in oude functie</i>	75
7.6.2	<i>Rationeel handelen en verantwoording</i>	77
7.6.3	<i>Is het schouwspel een tragedie?</i>	78

LITERATUURLIJST	81
BIJLAGE A INCENTIVES EN DISINCENTIVES IN HET REÏNTEGRATIEPROCES DIE VERBAND HOUDEN MET HET ARBEIDSRECHT EN SOCIALE- VERZEKERINGSRECHT.	83
BIJLAGE B DE ONDERZOEKSOPZET EN UITVOERING	89
BIJLAGE C SCHEMA VOOR INTERVIEW MET DE WERKNEMER PROJECT REÏNTEGRATIEPRAKTIJK	97
BIJLAGE D ANALYSEKADER VERSIE 5	111

Korte samenvatting

Vooraf

Deze samenvatting geeft de kern van het rapport zeer beknopt weer. Een uitvoeriger samenvatting en beschouwing staat in hoofdstuk 7.

Vraagstelling

In dit onderzoek staan drie vragen centraal:

- Op grond van welke overwegingen kiezen de in het reïntegratieproces betrokken actoren voor bepaalde handelingen?
- Hoe sluiten die op elkaar aan; wat is de samenhang in die handelingen?
- Sluiten de effecten ervan aan bij de doelstellingen van reïntegratie en bij de wensen en mogelijkheden van de zieke werknemer?

Opzet onderzoek

De vragen worden beantwoord aan de hand van 34 cases van langdurig zieke werknemers. In elk van die cases zijn uitvoerige persoonlijke interviews gehouden met de werknemer, zijn werkgever en zijn bedrijfsarts. Veelal zijn tevens andere actoren (indien die bij het geval betrokken waren) geïnterviewd: de huisarts (of andere behandelaar), de betrokken UWV-functionaris of het reïntegratiebedrijf.

Rationeel handelen

De veronderstelling achter het onderzoek is dat de betrokken actoren bij hun handelen op rationele gronden keuzes maken uit verschillende handelingsopties. Die opties kunnen gericht zijn op gezondheidsherstel of werkhervatting van de werknemer.

Op basis van de interviews kan niet worden gesteld dat de actoren zo rationeel handelen. Men kan de wél gekozen opties wel onderbouwen, maar nauwelijks aangeven welke andere opties er waren (of zijn) en waarom deze zijn verworpen.

Gezondheidsherstel

De betrokken actoren zien herstel van de gezondheid als eerste voorwaarde om reïntegratie te kunnen starten, en leggen daarvoor het zwaartepunt bij de curatieve sector. Ook de curatieve (para-)medici richten zich op gezondheidsherstel en bekommeren zich niet primair om werkhervatting; doen zij dat toch, dan is dat in vertragende, niet in versnellende richting.

Wanneer de werknemer onder (para-)medische behandeling is, beperkt de bedrijfsarts zich gewoonlijk tot het "vinger aan de pols houden" totdat gezondheidsherstel intreedt; in de tussenliggende periode beschouwt men rust als de beste bijdrage voor herstel, ook waar het psychische klachten betreft. Dit staat op gespannen voet met de leidraad van de Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid.

Binnen het curatieve proces treden soms vertragingen op door verkeerde diagnose en/of therapie, en door wachttijden.

Ingeval van psychische klachten waarvoor de werknemer (nog) niet onder behandeling is, lijkt een soort niemandsland open te liggen waar men (met name de bedrijfsarts) allerlei routes kan bewandelen zoals verwijzen of zelf begeleiden.

De werkgever kan indirect invloed op het herstelproces uitoefenen door tijdig aangepast/therapeutisch werk aan te bieden of door financieel bij te dragen aan snellere of betere behandeling, als de reguliere zorgverzekering daarin niet voorziet. Niet alle werkgevers zijn daartoe steeds bereid. De bedrijfsarts kan pogen de werkgever hierin te stimuleren. Werkt hij bij een interne arbodienst, waar de lijnen naar de werkgever korter zijn, dan slaagt hij hierin eerder dan ingeval van een externe arbodienst.

Ingeval van arbeidsconflicten – die voor, maar ook tijdens en soms door het reïntegratieproces kunnen ontstaan; en die niet alleen tussen werknemer en werkgever, maar ook tussen werknemer en collega's kunnen bestaan – houdt de bedrijfsarts zich meestal afzijdig. Dit lijkt niet in overeenstemming met de STECR-"Werkwijzer Arbeidsconflicten". Strijd over de schuldvraag ("wie had wat eerder of beter moeten doen") kan daarbij ontstaan en werkt in zichzelf verzuimverlengend.

Regie over de werkhervatting

Zolang werkgever en bedrijfsarts de werknemer als competent beschouwen om zijn herstel en werkhervatting te sturen, laten zij dat ook in hoge mate aan hem over. Indirect, via de werknemer, speelt de informatie en het oordeel van de curatieve sector daarover mede een rol. De werknemer is in deze gevallen de rode draad binnen, en "case manager" van, zijn eigen hervattingsproces.

In de overige gevallen houden bedrijfsarts en werkgever soms tegen bij een te enthousiaste drang tot werkhervatting: men beschouwt te vroege hervatting als een gevaar voor de gezondheid (al is door de aard van het onderzoek niet te bepalen of dat ook altijd het geval is). Als men de indruk heeft dat de werknemer dreigt onnodig vast te groeien in de ziekenrol, treden de andere actoren juist stimulerend op, variërend van "een zetje in de rug" tot "een schop onder de kont".

Collega's spelen soms een remmende rol doordat het ontzien van de herstellende en hervattende werknemer zich moeilijk verdraagt met de dagelijkse routine van het werk..

Zowel bij "afremmen" als bij "duwen" door andere actoren, legt de werknemer zich doorgaans neer of is er achteraf zelfs blij mee. Kennelijk is de werknemer weliswaar de spil van zijn eigen hervatting, maar daarin ook goed beïnvloedbaar door anderen.

Terug naar eigen of ander werk?

In vrijwel alle cases houden actoren zeer lang vast aan het vooruitzicht van hervatting in de eigen oude functie. Tegelijkertijd hebben in de meeste gevallen de werkgever en bedrijfsarts (en soms ook de werknemer zelf) twijfel of dat haalbaar is, maar zij houden dat voor elkaar verborgen. Ieder binnen de driehoek werknemer-werkgever-bedrijfsarts heeft daartoe zijn eigen motieven. Resultaat is dat men elkaar gevangen houdt in een toekomst"verwachting" die te optimistisch kan blijken. In de tussentijd kunnen initiatieven om tot reïntegratie te komen via het tweede spoor (in ander werk, bij een andere werkgever) nodeloos lang achterwege blijven.

De gehechtheid van werknemers aan hun oude functie is begrijpelijk zowel uit psychologisch oogpunt als vanuit de grotere arbeidsrechtelijke zekerheid die de oude baan biedt. Als zij al zelf twijfelen aan hun kans op terugkeer, zullen zij dat veelal niet uiten naar werkgever of bedrijfsarts omdat dat de kans op die terugkeer kan verminderen (self-fulfilling prophecy). De werkgever uit zijn twijfels vaak niet uit respect voor de hoog gemotiveerde werknemer en vreest dat als hij die wel uit, dit ten koste van het herstelproces gaat en zijn verstandhouding met de werknemer schaadt. Een bedrijfsarts zal zijn twijfels vaak niet uiten omdat zijn relatie met zowel werkgever als werknemer (die beiden in verschillende betekenissen "cliënten" zijn) daardoor onder spanning kan komen te staan. Gezien de ontwikkelingen in het arbeidsbestel kunnen kanttekeningen geplaatst worden bij de houdbaarheid van het primaat op werkhervatting in eigen werk. Deze kanttekeningen zijn verwoord in hoofdstuk 7.

Samenhang en regie

Doordat zo vele actoren zijn betrokken bij het proces van herstel en hervatting, is de uitwisseling en samenwerking tussen hen cruciaal. Daar waar de onderlinge communicatie open is en de wederzijdse bereidheid tot samenwerking aanwezig (de "gladde gevallen") lijkt de werknemer af te koersen op het optimaal haalbare resultaat. De test van het systeem zijn echter die gevallen – ongeveer driekwart van onze cases – die als niet-gladde hard cases zijn te beschouwen.

Niet altijd wordt informatie open gedeeld tussen de centrale actoren, tengevolge van uiteenlopende omstandigheden en belangen. In enkele gevallen is sprake van volkomen miscommunicatie tussen verschillende actoren, die elkaar uiteenlopende motieven en plannen toedichten. Dit zijn de gevallen die passen in Donners beeldspraak van het WAO-proces als een Griekse tragedie: ieder speelt keurig zijn eigen rol, maar het samenstel van die rollen leidt onafwendbaar tot noodlot.

In de informatievoorziening is uiteindelijk de werknemer de "rode draad". Hij is de enige die contact heeft met alle actoren, en die vaak fungeert als go-between tussen hen waar het aankomt op informatie-uitwisseling. De uiteindelijke case manager is daardoor vaak de werknemer. De scherpe

verantwoordelijkheidsverdeling tussen de actoren leidt ertoe dat rechtstreekse onderlinge communicatie vaak achterwege blijft.

Als de actoren elkaar gevangen houden in afwachten of in een valse toekomstverwachting, lijkt er behoefte te zijn aan een 'echte' regisseur op het proces, maar in de huidige constellatie is onduidelijk wie in een zodanig onafhankelijke positie verkeert dat hij dat kan doen.

1 Inleiding

1.1 Inleiding en vraagstelling

Voor de bevordering van de reïntegratie van arbeidsgehandicapten is de afgelopen jaren veel nieuw beleid ontwikkeld. In 1998 is de wet Rea geïntroduceerd. Deze wet richtte zich vooral op het stroomlijnen van het instrumentarium voor de reïntegratie van arbeidsgehandicapten. De laatste jaren is onder meer door de commissie Donner benadrukt dat met name in de beginfase van het verzuim reïntegratiekansen worden gemist¹. De Wet verbetering poortwachter die in 2002 is ingevoerd, richt zich op deze beginfase en scherpt de rollen van de betrokken actoren aan. Vanaf 2004 is de werkgever gedurende een langere periode van twee jaar verantwoordelijk voor de reïntegratie van de zieke werknemer. In het beleid is een tendens waarneembaar uit te gaan van het zelfsturend vermogen van de werknemer en de wensen en mogelijkheden van de werknemer als cliënt van de sociale zekerheid centraal te plaatsen.

Uitvoeringsorganisaties dienen reïntegratie te faciliteren en op te treden als werkgever en/of werknemer hun verantwoordelijkheid niet nemen. De wijze waarop de uitvoeringsorganisaties hun taak invullen, de wijze waarop ze werkgevers en werknemers benaderen en het moment waarop ze hun activiteiten inzetten, kunnen medebepalend zijn voor het succes van reïntegratie. De wetgever reikt een instrumentarium aan en stelt doelstellingen vast waarmee uitvoeringsinstellingen dienen te werken. IWI heeft als taak toezicht te houden op de uitvoering van de sociale zekerheid waaronder de reïntegratie van arbeidsgehandicapten.

Al kort na de invoering van de wet Rea werd een reeks evaluatie-onderzoeken uitgevoerd, waaruit de overkoepelende rapportage 'De REALiteit' werd samengesteld.² De toezichthouder concludeerde op basis van de evaluatie van de wet REA en expertbijeenkomsten dat het wenselijk was vervolgonderzoek te verrichten naar de reïntegratiepraktijk van arbeidsgehandicapten. Over de wijze waarop in concrete situaties gewerkt wordt aan reïntegratie, over de rol die arbeidsgehandicapten hierbij zelf spelen en over de samenhang in het handelen van de verschillende spelers in het reïntegratieveld, is namelijk nog veel onbekend. Ook de toezichthouder veronderstelde dat er meer mogelijk moet zijn en dat met name in het eerste ziektejaar niet alle reïntegratiekansen worden benut (zeker bij de zeer gunstige arbeidsmarkt van de afgelopen jaren).

Verder onderzoek dient dan zicht te geven op de samenhang in het gedrag van de verschillende actoren in het reïntegratieproces om zo de fundamentele vraag te kunnen beantwoorden in hoeverre de aanpak van uitvoerders (en hun invulling van het overheidsbeleid) aansluit bij de wensen en mogelijkheden van arbeidsgehandicapte werknemers. Het werknemersperspectief en de interactie tussen werknemer, werkgever, bedrijfsarts, UWV-functionaris en de arts in de curatieve sector staan centraal. Dit vervolgonderzoek is uitgevoerd door TNO Arbeid, Bureau AStri en het Hugo Sinzheimer Instituut. In het onderzoek is de nadruk gelegd op een kwalitatieve theoriegestuurde analyse van de reïntegratiepraktijk.

Reïntegratie als tragedie

Onderzoeksprojecten, uitgevoerd op het terrein van het overheidsbeleid met betrekking tot reïntegratie van arbeidsgehandicapte werknemers en van de uitvoering van dat beleid³, laten de indruk achter dat de mogelijkheden die er zijn in de praktijk niet optimaal worden benut. Het lijkt erop dat de activiteiten van de verschillende personen en instanties niet altijd goed op elkaar aansluiten en dat het geheel van deze activiteiten niet altijd goed aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de arbeidsgehandicapte werknemer.

¹ Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid 2001.

² Wevers e. a. 2001.

³ Jehoel-Gijsbers en Van Deursen 2003.

Vinke e.a. 2000.

Besseling en Smaal 1997.

Meershoek e.a. 2000.

Het is opmerkelijk hoe vaak de gang van zaken bij verzuimbegeleiding en reïntegratie wordt beschreven in termen van rollen en actoren. Typerend is ook de opkomst van de term ‘regiefunctie’. Blijkbaar is het proces te vergelijken met een toneelspel waarin de actoren, of acteurs, hun rollen vervullen, al dan niet geregisseerd. De meest beeldende weergave hiervan is wel die door Donner in de analyse van de Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid⁴: iedereen denkt oprecht te doen wat hij moet doen – en toch loopt het slecht af.

“De problematiek vertoont enige overeenkomst met een klassieke Griekse tragedie; het noodlot is onafwendbaar en wordt bespoedigd doordat iedereen doet wat hij moet doen. Zelfs als het systeem zou functioneren zoals het bedoeld is, zou dit niet automatisch leiden tot een adequate aanpak, opvang en beperking van de problematiek (lees reïntegratie). Met name vanaf het moment dat het verzuim na dertien weken overgaat in langdurig verzuim, is niet uitgesloten dat wanneer ieder van de actoren rationeel doet wat van hem verwacht wordt, dat dan de instroom in de WAO versneld wordt. Het is het gevolg van een bestel van wettelijke regels, waarin ieder maar voor het eigen functioneren verantwoordelijk is maar niemand verantwoordelijk is voor het resultaat. In die visie zal een oplossing van de problematiek niet gevonden worden door nog weer een nieuwe verandering van wettelijke structuur en regels. Maar de werkwijze is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de betrokken actoren en hun perceptie van wat nodig is om tot een doelmatig resultaat te komen. In die visie ligt voorts besloten dat de aanpak onderling moet worden afgestemd vanuit een beeld van de gewenste uitkomst en de gezamenlijke verantwoordelijkheid daarvoor.”

Onderzoeksvragen

In dit project willen wij zicht krijgen op de keuzes die individuele actoren in dit proces maken, meer in het bijzonder op de interacties tussen de actoren en op de samenhang in de keuzes die actoren maken, op de gevolgen van die samenhang voor wat er in het reïntegratietraject gebeurt, en tenslotte op de aansluiting daarvan bij de wensen en mogelijkheden van de arbeidsgehandicapte werknemer.

Wij spreken hier in het vervolg in het algemeen van de ‘actoren’ (werkgever, werknemer, instanties (UWV, arbodienst, reïntegratiebureau) zowel als functionarissen (arbeidsdeskundige, bedrijfsarts, huisarts, specialist)) die in het kader van het reïntegratieproces te maken krijgen met verschillende keuzes (voor handelen of voor niet-handelen). Welke de keuzemogelijkheden zijn, wordt bepaald door de taken en bevoegdheden waarvan de wettelijke regelingen op het terrein van arbeidsongeschiktheid en reïntegratie hen hebben voorzien, maar wordt ook bepaald door de perceptie van mogelijkheden door de actoren zelf.

De inrichting van het ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid brengt mee dat een constellatie van actoren betrokken is bij de uitvoering. De afzonderlijke keuzes van deze actoren kunnen, gezien op het niveau van deze constellatie, vaste patronen vertonen. Deze patronen kunnen uitkomsten hebben die in wisselende mate beantwoorden aan de doelstellingen van het beleid (doelmatig gerealiseerde reïntegratie van arbeidsgehandicapte werknemers). Beschrijving en analyse van deze patronen kunnen kennis en inzicht opleveren die nieuw zijn ten opzichte van datgene wat uit bestaande deelstudies op het terrein al bekend is.

De vraagstelling kan nu als volgt worden geformuleerd:

1. Welke keuzes maken actoren, betrokken bij concrete gevallen van ziekteverzuim en mogelijke reïntegratie van een werknemer, uit de door hen gepercipieerde handelingsopties?
2. Op basis van welke preferenties en overwegingen (met name: besef van taken en doelstellingen van beleid, wederkerige gedragsverwachtingen en verwachtingen van de invloed van hun handelen op dat van andere actoren) komen zij tot de keuzes die zij maken?
3. In hoeverre sluiten de gemaakte keuzes aan bij de wensen en mogelijkheden van de arbeidsgehandicapte werknemer, in de perceptie zowel van de werknemer zelf als van de andere actoren?
4. Welke samenhang vertonen de gemaakte keuzes op het niveau van de constellatie van betrokken actoren?
5. Wat kan worden vastgesteld ten aanzien van de effecten van de samenhang van de gemaakte keuzes op de reïntegratie?

⁴ Concept advies Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid.

De eerste twee vragen gaan over de wijze van totstandkomen van de keuzes die alle betrokkenen maken (het 'productieproces') en de laatste drie over de vraag in hoeverre het samenstel van die keuzes leidt tot een resultaat dat adequaat is ten opzichte van het doel: reïntegratie die ook door de werknemer zelf als zinvol wordt ervaren (het 'product').

De focus van het onderzoek ligt dus niet bij *wat* er exact gebeurt in het reïntegratieproces, maar bij *waarom* bepaalde zaken wel of niet gebeuren. Daarbij worden de verschillende bij het proces betrokken actoren beschouwd als deelnemers aan een onderlinge interactie, aan een 'schouwspel' dat, in de termen van de commissie-Donner, een tragische uitkomst kan hebben. Voor de beschrijving en analyse van dit gedrag is een algemeen handelingstheoretisch model ontwikkeld dat sturend is geweest voor de vraagstelling tijdens de interviews en voor de analyses (zie 1.2).

1.2 Theoretisch kader

In het rapport van de commissie-Donner I worden de interacties rond de reïntegratie van zieke werknemers vergeleken met een Griekse tragedie: iedereen denkt oprecht te doen wat van hem wordt verwacht – en toch loopt het slecht af. Niet altijd sluiten de activiteiten van de verschillende personen en instanties in het reïntegratietraject goed op elkaar aan en evenmin sluit het geheel van deze activiteiten altijd goed aan bij de wensen en mogelijkheden van de arbeidsgehandicapte werknemer.

De actoren die een rol hebben in het reïntegratie-arrangement (werkgever, werknemer en verschillende instanties (UWV, arbodienst, reïntegratiebureau) en functionarissen (uitvoerders, bedrijfsarts, huisarts, specialist)) kunnen of moeten kiezen uit verschillende handelingsopties. Welke die opties zijn, wordt niet alleen bepaald door hun wettelijke bevoegdheden maar ook door hun perceptie van de mogelijkheden, door hun verwachtingen van het gedrag van anderen en door hun sociaal vermogen (bijvoorbeeld medische expertise). Ieder bepaalt zijn keuze individueel maar oriënteert zich daarbij in meerdere of mindere mate op anderen, met als gevolg dat zich meer of minder stabiele patronen kunnen aftekenen. De uitkomsten van deze patronen kunnen worden geëvalueerd in het licht van de doelstellingen van het beleid. Waar het resultaat lijkt achter te blijven bij de verwachtingen kan inzicht in de constellatie van betrokkenen, in hun handelingsoriëntaties en in de rol die de institutionele omgeving daarin speelt, een bijdrage leveren aan verbetering.

Centraal in de vraagstelling van het onderzoek staat de relatie tussen enerzijds al die personen en instanties die een officiële taak hebben in de reïntegratie en anderzijds de (geheel of gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers zelf. Wij duiden hen aan als de centrale actoren in het veld. Daaromheen kunnen nog diverse andere 'perifere' actoren worden gesitueerd die ook hun invloed uitoefenen (zoals de partner van de werknemer), maar waarvan het handelen in dit onderzoek niet rechtstreeks wordt onderzocht; dat komt alleen aan de orde via de percepties van de centrale actoren. In figuur 1 zijn de relaties tussen de te onderscheiden actoren voor het reïntegratieproces in beeld gebracht en is globaal aangegeven vanuit welke positie ('sociale zekerheid', 'productie', 'curatief', 'juridisch' of 'persoonlijk') de diverse actoren handelen.

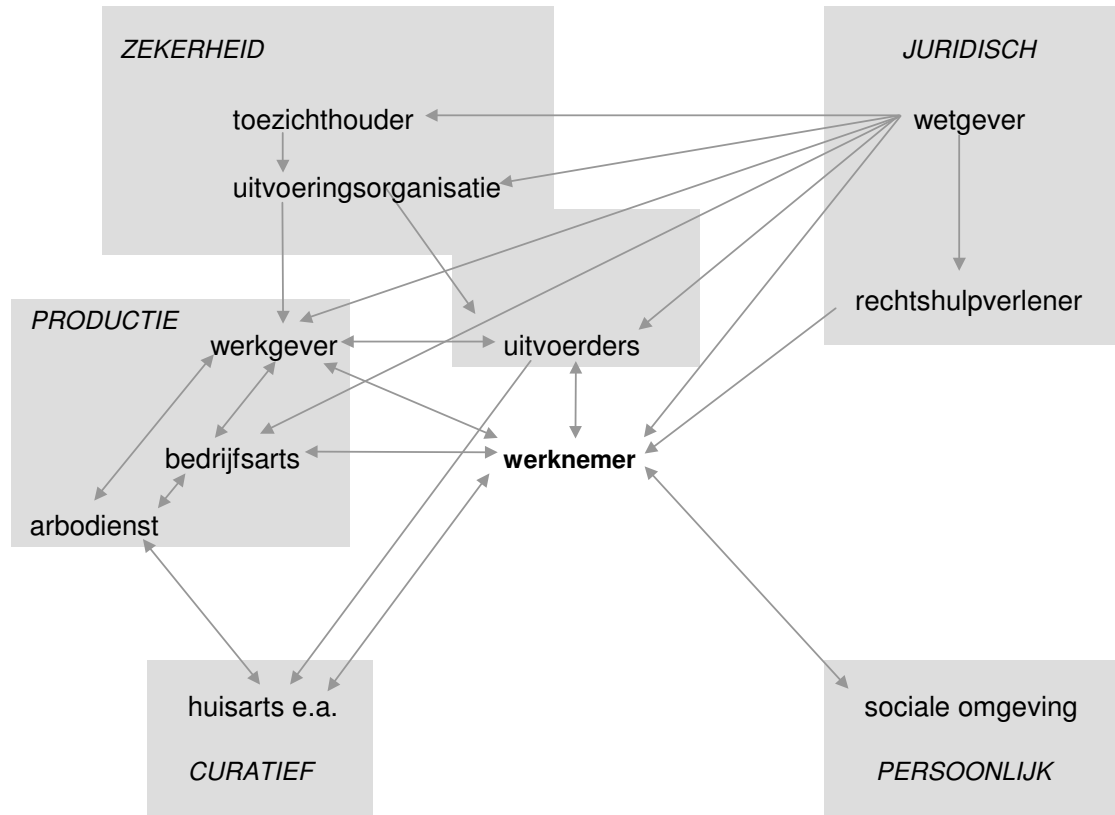
Aan al de genoemde actoren zijn posities toegewezen in een institutioneel verband waarvan de verklaarde doelstelling is te bereiken dat werknemers, die momenteel arbeidsongeschikt zijn, opnieuw in het arbeidsproces worden opgenomen. Het is niet zo dat deze actoren alleen maar onderworpen zijn aan doelstellingen, regels en instructies die 'van bovenaf' komen en dat zij er slechts - ten gevolge van een soort 'ruis' of 'storende' factoren - in meerdere of mindere mate in slagen die regels en instructies op te volgen. Uiteraard is de institutionele setting (het juridische en organisatorische kader) in belangrijke mate bepalend voor de posities die actoren in het veld innemen. Maar vanuit die positie maakt elk van hen in beginsel zelfstandige keuzes tussen beschikbare handelingsopties, waarbij beleidsdoelstellingen en wettelijke regels slechts twee van de vele elementen zijn die hun preferenties kunnen beïnvloeden.

De handelingskeuzes van een actor kunnen worden geanalyseerd in termen van:

1. sociaal vermogen: de hulpbronnen waaruit een actor kan putten, waaronder toegekende bevoegdheden, professionele bekwaamheden, sociale netwerken en andere bronnen van invloed en macht;
2. de perceptie (cognitief) van de voor de actor relevante werkelijkheid, inclusief verwachtingen ten aanzien van het handelen van andere actoren;

3. de preferenties (evaluatief) van de actor in termen van subjectief bepaalde belangen en normatieve opvattingen over wenselijk gedrag.⁵

Figuur 1: Relaties tussen actoren in het reïntegratieproces:



Handelen wordt opgevat als *intentioneel* gedrag dat in beginsel op *rationele* keuzes berust, zij het met een aantal niet onbelangrijke restricties. Zo moet onder meer rekening worden gehouden met *beperkingen* gesteld aan de informatie waarover de actor beschikt, aan zijn vermogen informatie adequaat te verwerken ('bounded rationality') of het gedrag van anderen en de uitkomsten van het totale proces adequaat te kunnen voorzien.⁶ De vooronderstelling is dat de actor, binnen deze beperkingen, een afweging maakt waarbij zijn handelingskeuze zoveel mogelijk in overeenstemming zal zijn met zijn preferenties.⁷ De onderlinge afhankelijkheid van de actoren in het veld maakt dat zij geen van allen individueel de uitkomst van het proces kunnen bepalen. Zij zullen zich derhalve in hun keuze mede op hun perceptie van de preferenties en van het gedrag van de andere actoren oriënteren. Er is een substraat van *handelingsopties*, deels institutioneel bepaald, deels voortvloeiend uit andere hulpbronnen.

Naast 'nietsdoen' zijn er diverse mogelijkheden van informele invloeds- of machtsuitoefening, naast of zelfs in strijd met wettelijke bevoegdheden. Doorgaans zijn voor een actor op het moment van besluitvorming niet alle handelingsopties ook *beschikbaar*. Voortbouwend op een sociaal (leer-)proces

⁵ Dit model is een eigen uitwerking gebaseerd op het 'actor-centered institutionalism' van F. Scharpf (1997). De centrale actoren in het onderzoek zijn allen personen/functionarissen, maar onder de perifere actoren figureren ook organisaties zoals arbodienst of UWV. De analyse dient rekening te houden met hun specifieke, sterker geïnstitutionaliseerde karakter als composite actors (Scharpf 1997, 39).

⁶ De speltheorie veronderstelt niet-coöperatieve interactie, maar die veronderstelling is slechts in zoverre adequaat als men in situaties altijd nog kan terugvallen op de optie van eenzijdig handelen.

⁷ Rationele keuze moet hier dus met name niet worden opgevat in de enge betekenis van de nuts-maximalisatie van de neoklassieke economie.

hebben actoren op het moment van keuze namelijk al een voorselectie gemaakt uit dat substraat, waardoor sommige opties bij de keuze überhaupt niet (meer) ‘in beeld komen’.

Deze voorselectie van opties kan, hoe meer zij een stabiel karakter heeft gekregen, worden beschouwd als een aspect van de identiteit van een actor respectievelijk van een *stijl* van besluitvorming.⁸

Zij heeft het voordeel dat zij voor de actor zelf de complexiteit van beslissingen reduceert en bovendien, voor zover zij naar anderen worden gecommuniceerd, voor die anderen onzekerheid over het gedrag van de actor vermindert. De winst van stabilisering en voorspelbaarheid, die via identiteiten en stijlen wordt bereikt, heeft echter ook een keerzijde: de range van opties wordt ingeperkt en er is daardoor een verlies van flexibiliteit dat nadelig kan worden op het moment dat de omgeving van karakter verandert en om die flexibiliteit vraagt.

Binnen het *bereik* van beschikbare handelingsmogelijkheden dat actoren waarnemen, maken zij een rationele keuze voor een bepaalde handelwijze op basis van een (samengestelde) waardering van de voorziene consequenties van handelingsopties, die verschillend van aard kunnen zijn. Zij kunnen betrekking hebben op de kans dat de handelwijze direct of indirect bijdraagt aan reïntegratie van de werknemer, aan de goede verhoudingen met andere actoren van wie men deels afhankelijk is en/of aan de autonomie en kwaliteit van het eigen werk.

Het kan voorkomen dat de door een actor gepercipieerde normatieve verwachtingen van anderen onderling strijdig zijn, bijvoorbeeld als van een functionaris tegelijkertijd een stimulerende en een controlerende rol wordt verwacht. Bovendien kunnen de belangen van een actor op gespannen voet staan met de normatieve verwachtingen die ten aanzien van zijn gedrag worden gekoesterd, zoals wanneer de meest wenselijke optie hem het meeste werk oplevert of hem noodzaakt een deel van zijn autonomie prijs te geven.

In onderzoek naar ziekteverzuim en in beperkte mate ook in dat naar werkhervattingsgedrag wordt wel een algemeen sociaal-psychologisch gedragsmodel gehanteerd (gebaseerd op het model van Fishbein & Azjen⁹). Gedrag wordt in het model opgevat als gericht op het bereiken van een doel dat onderhevig is aan een zekere mate van onzekerheid. Met behulp van de noties uit paragraaf 1.2 kan dit model nu worden uitgewerkt tot een algemeen handelingsmodel dat voor alle actorposities in het onderhavige onderzoek kan worden gebruikt.

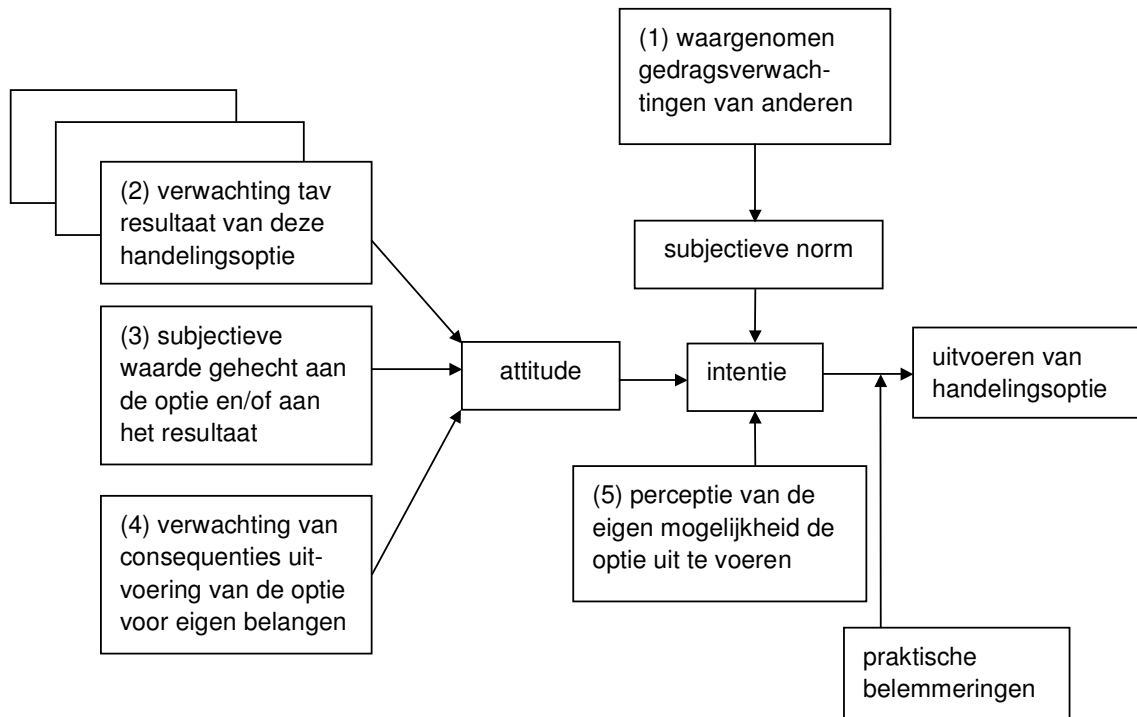
⁸ Regels laten onvermijdelijk aan uitvoerders een bepaalde discretionaire ruimte die nodig is om hen effectief te laten opereren, om responsief in te kunnen spelen op bijzondere kenmerken van de actuele situatie. Daartegenover staat de noodzaak om overheidsbeleid in termen van formele gelijkheid te kunnen verantwoorden (Teulings e.a. 1997; Bakker en Van Waarden 1999). De discretionaire ruimte kan worden ‘ingevuld’ doordat zich vaste patronen van uitvoering ontwikkelen, ‘stijlen’ van uitvoering. Deze stijlen hebben niet alleen betekenis voor het interne werkproces maar leiden ten dele ook tot andere uitkomsten voor de betrokken burgers. Overigens komt uit diverse onderzoeken het beeld naar voren dat de uitvoeringsinstellingen een uitvoeringsstijl hanteren die gericht is op het volgen van de formele regels. Er blijkt niet zozeer sprake te zijn van een persoonlijk kenmerk als van een organisatiekenmerk (Terpstra e.a. 1999).

In de literatuur zijn meerdere typologieën te vinden die alle expliciet of impliciet teruggrijpen op Webers noties van formele versus materiële rationaliteit (Weber 1976, Kagan 1978, Knecht 1986, Van der Veen 1990, Terpstra en Havinga 1999).

⁹ Respectievelijk Vrijhof 2000, Reeuwijk en Besseling 1997.

Figuur 2: Besluitvormingsmodel actoren (niveau: actor, één handelingsoptie)

Meerdere opties:



Het model van figuur 3 kan worden toegepast op alle actoren, dus ook op de arbeidsgehandicapte werknemer. Modelmatig zijn zij onderling verbonden doordat de handeling van de ene actor aangrijpt op of invloed uitoefent op de subjectieve norm, de attitude of de waargenomen gedragscontrole van een andere actor ten aanzien van een handelingsoptie.

Dit model betreft handelen op het niveau van afzonderlijke actorposities. Om de samenhang tussen het (typische) handelen van verschillende actoren in beeld te kunnen brengen beschouwen we het veld vervolgens als een constellatie van actoren. Constellaties omvatten steeds twee of meer actorposities. De strategische keuzes die de verschillende actoren in het veld maken leiden in combinatie soms tot door hen niet bedoelde uitkomsten. Ongewenste uitkomsten kunnen voor hen aanleiding zijn om verwachtingen ten aanzien van andere actoren en/of eigen strategieën te herzien. Maar het kan ook zijn dat een handelingssamenhang niet eenzijdig te doorbreken is zonder dat de actor die zijn strategie herziert zich 'in de eigen vingers snijdt'.

De aansluiting tussen de keuzes die actoren maken is, in het licht van de reïntegratiedoelstelling, ook een taak voor het overheidsbeleid. De overheid tracht daarin te voorzien door via wettelijke prikkels (beloningen, sancties) de preferenties van actoren te beïnvloeden. Dat kan rechtstreeks gebeuren, bijvoorbeeld door de werkgever een vermindering van premie-afdrachten in het vooruitzicht te stellen als hij een arbeidsgehandicapte werknemer in dienst neemt. Maar het kan ook indirect, door bevoegdheden toe te kennen aan de werkgever (vervroegd ontslaan van werknemer) en UWV (verlenging van de loondoorbetalingsplicht) die werknemer en werkgever 'in de schaduw van' deze sancties aanzetten tot medewerking.

1.3 Opzet en uitvoering van het onderzoek

In hoofdlijnen is het onderzoek als volgt opgezet. Om de motieven voor het gedrag van en de interactie tussen de actoren bloot te leggen is in het onderzoek gekozen voor het uitvoeren van interviews met de verschillende betrokkenen bij het reïntegratieproces. Deze kwalitatieve onderzoeksofzet heeft het voordeel dat per onderzocht geval een hoog informatiegehalte wordt bereikt maar brengt anderzijds beperkingen mee in de generaliseerbaarheid van de resultaten.

Dat betekent dat wij patronen van handelen precies kunnen beschrijven en analyseren, maar niet de pretentie hebben op grond van dit onderzoek uitspraken te kunnen doen over de mate waarin dergelijke patronen landelijk voorkomen.

Uitgangspunt van het onderzoek was de veronderstelling dat in het reïntegratieproces verschillende *episodes* zijn te onderscheiden waarin de rollen van de actoren niet steeds gelijk zijn. Uit elk van de vier onderscheiden episodes zijn actoren benaderd voor interviews.

Het streven was via arbodiensten veertig verzuimende werknemers te selecteren en hen en de ‘actoren’ die bij hun verzuimgeval betrokken zijn (diens werkgever, de bedrijfsarts, de huisarts of een ander behandelend arts, functionarissen van UWV en eventueel een reïntegratiebedrijf) een diepte-interview af te nemen. Het realiseren van voldoende medewerking bleek bijzonder arbeidsintensief te zijn; uiteindelijk is een respons gerealiseerd van 34 complete casussen. ‘Compleet’ wil zeggen dat ten minste de werknemer, de werkgever en de bedrijfsarts konden bereid worden gevonden tot een interview. De huisarts en in voorkomende gevallen de specialist zijn actief benaderd voor een interview, maar ook als zij niet meewerkten, zijn cases gebruikt voor dit onderzoek.

Vanuit overwegingen van privacybescherming en omwille van de objectiviteit heeft zoveel mogelijk telkens één interviewer één type actor geïnterviewd zonder kennis te nemen van de bevindingen van andere interviewers. De interviewers hebben hun bevindingen systematisch gerapporteerd en zelf al een eerste analyse gegeven aan de hand van de vijf onderzoeksvragen. Daarna zijn alle interviewverslagen per casus geanalyseerd aan de hand van een analysekader.

In dit onderzoek zijn vier episodes onderscheiden waarin verschillend gedrag van de actoren verwacht mag worden en waarin telkens tien werknemers zouden worden geselecteerd:

- Een *eerste* episode van 0 tot 4 maanden na de aanvang van het verzuim waarin het verzuim ontstaat en er naar verwachting vooral sprake is van verzuimcontrole en begeleiding.
- De *tweede* episode van 4 tot en met 8 maanden waarin de nadruk naar verwachting ligt op verzuimbegeleiding maar meer nog op het beïnvloeden van het werkhervattingsgedrag en het onderkennen van reïntegratieperspectieven.
- In de *derde* episode van 8 tot en met 12 maanden komt de WAO met het risico van blijvende arbeidsongeschiktheid in beeld. Hiervan kan een nieuwe prikkel uitgaan naar de betrokken actoren.
- In de *vierde* episode van 13 tot 18 maanden is naar verwachting de mogelijkheid van terugkeer naar de eigen werkgever gering geworden en is zowel het uitgangspunt voor de werknemer veranderd (van ZW naar WAO, van gericht op eigen arbeid en eigen werkgever naar andere arbeid bij andere werkgever) als ook de verantwoordelijkheidsverdeling.

Als peildatum binnen elke episode is gekozen om werknemers te interviewen in respectievelijk maand 3, maand 6/7, maand 10 en maand 14/15 van hun verzuim.¹⁰

Het interviewschema (zie de bijlagen) is gestructureerd volgens het theoretisch model. In het interview met elke actor is, na een korte inventarisatie van de stand van zaken, gevraagd naar de handelingsopties die zijn overwogen en naar de redenen waarom zij al dan niet zijn gekozen. De gesprekken zijn, om de antwoorden van de respondent zo min mogelijk te beïnvloeden, grotendeels gevoerd aan de hand van open vragen. Om de onderzoeksvragen op systematische en verantwoorde wijze te kunnen beantwoorden is een analysekader ontwikkeld dat op casusniveau is ingevuld door de onderzoekers. Deze rapportages per casus zijn besproken met de interviewers om onjuistheden te signaleren en suggesties voor nadere analyse en bespiegelingen te vernemen.

¹⁰ Voor de geïnterviewde werknemers uit de eerste en het merendeel uit de tweede episode geldt dat ze vallen onder de Wet Verbetering Poortwachter, de overige vallen onder het oude regime.

2 Plaatsbepaling van de actoren

De handelingstheorie die in dit onderzoek als uitgangspunt is gehanteerd, veronderstelt dat de functionarissen die in het reïntegratieproces betrokken zijn - en tot op zekere hoogte ook de werknemer zelf - bij hun handelen op min of meer rationele gronden keuzes maken uit handelingsopties. Wij maken onderscheid tussen opties die gericht zijn op gezondheidsherstel en die welke gericht zijn op werkhervatting van de werknemer. Voordat we in dit rapport de onderlinge samenhang van het handelen centraal stellen, geven we eerst per actor een beeld van diens handelingsopties. We grijpen daarbij aan de ene kant terug op het theoretisch kader en maken aan de andere kant al gebruik van de bevindingen in de cases. Op die manier kunnen we de posities van de betrokken actoren typeren. We sluiten het hoofdstuk af met een formele typologie van de cases op basis van enkele regelmatig terugkerende patronen.

2.1 Handelingsopties van de actoren

De meeste werknemers in dit onderzoek geven aan dat zij zich in eerste instantie richten op het herstel van hun gezondheid, via behandeling of begeleiding door een arts, fysiotherapeut of psychotherapeut. Enkele werknemers melden dat ze zelf begeleiding door een psycholoog hebben gezocht als aanvulling op de overige curatieve zorg, enkele anderen hebben zich juist op grond van negatieve ervaringen tegen de geadviseerde begeleiding door een psycholoog verzet. Veel werknemers noemen handelingsopties die vallen onder de noemer ‘gezonder leven’, zoals meer bewegen of sporten. Werknemers die nog niet aan het werk zijn, menen dat hun gezondheid hervatting nog niet toelaat of stellen dat hun werkgever geen passend werk voor hen heeft; in sommige gevallen is er sprake van een arbeidsconflict. De werknemers die hun eigen werk doen, geven aan dat ze voldoende hersteld zijn om het werk gedeeltelijk of op arbeidstherapeutische basis te doen en dat hun werk ook geschikt is om in te hervatten. De werknemers tonen over het algemeen een grote bereidheid tot werkhervatting, zij het meestal in de eigen functie, maar soms komen ook andere opties in beeld: ander werk gaan doen bij de eigen werkgever of uitkijken naar een andere werkgever. In de 34 cases is er één werknemer die aangeeft dat hij niet meer aan het werk wil en dat hij een WAO-uitkering nastreeft als overbrugging naar zijn pensioen.

Werkgevers schrijven zichzelf weinig mogelijkheden toe invloed uit te oefenen op het gezondheidsherstel van de werknemer, behalve een, namelijk dat zij zorgen in contact te blijven met de werknemer. Wel zien zij mogelijkheden de werkhervatting door de werknemer te bevorderen, zoals hem of haar (arbeidstherapeutisch) laten hervatten in het oude werk, ander of aangepast werk aanbieden, een plan van aanpak opstellen, werkaanpassingen doorvoeren en gesprekken voeren met de werknemer. Verder zien zij mogelijkheden de werknemer te stimuleren dan wel af te remmen in het tempo van werkhervatting.

De bedrijfsartsen zien wel mogelijkheden gezondheidsherstel te bevorderen. Zij leggen soms, meestal eenmalig, contact met de behandelaar in de curatieve sector. Zij sturen soms door naar of adviseren over behandeling in de (arbo)curatieve sector, adviseren de werknemer om een second opinion aan te vragen of gaan zelf aan de slag, bijvoorbeeld door gezondheidsadvies te geven of (therapeutische) gesprekken te voeren met de werknemer. Als er sprake is van psychische klachten zijn ze vaker actief, hebben ze vaker contact gehad met de behandelaars en hebben ze vaker doorverwezen naar andere behandelaars. Een deel van de bedrijfsartsen neemt geen initiatieven en wacht af tot het curatieve traject zover is gevorderd dat hervatten in de perceptie de werknemer weer tot de mogelijkheden gaat behoren.

Wat betreft de werkhervatting noemen alle bedrijfsartsen één of meer handelingsopties die zijn overwogen én uitgevoerd: een reïntegratieplan maken, voorlichting geven aan de werkgever, advies geven over werkaanpassingen en werkinhoud of over outplacement of een reïntegratiebureau inschakelen. Sommigen blijken zichzelf vooral als procesbewakers te zien, met als belangrijkste rol het managen of monitoren van de voortgang van werkhervatting.

Andere bedrijfsartsen geven aan dat ze niets doen om de werkhervatting te bevorderen, zij wachten af tot er gezondheidsherstel optreedt, tot het arbeidsconflict is opgelost of tot de uitslag van de WAO-keuring bekend wordt.

Curatieve artsen werken aan gezondheidsherstel door zelf de werknemer te begeleiden of te behandelen. Sommige huisartsen geven aan dat hun eigen rol beperkt is, bijvoorbeeld omdat de werknemer onder behandeling is van een specialist. Naast het contact met de werknemer nemen de artsen maar zelden rechtstreeks contact op met andere actoren en in geen enkel geval met de werkgever.

In vijf cases is een gesprek gevoerd met een consultant van een reïntegratiebedrijf dat meestal door de werkgever, maar in één geval door de werknemer op eigen initiatief is ingeschakeld.

Twee consultants geven aan dat zij de werknemer begeleiding bieden die mede gericht is op gezondheidsherstel omdat naar hun mening de andere actoren (bedrijfsarts, werkgever) te veel op werkherleving zijn gericht en te weinig oog hebben voor de privé-problemen van de werknemer, of omdat gezondheidsherstel eerst moet plaatsvinden voor de reïntegratie kan beginnen.

De meeste geïnterviewde UWV-functionarissen zien voor zichzelf geen taken bij het herstel van de gezondheid van de werknemer. Ze worden ingeschakeld om een oordeel te geven over de medische beperkingen van de werknemer (taak van de verzekeringsarts), om te beoordelen welke taken of functies de werknemer gegeven deze beperkingen nog kan uitoefenen (taak van de arbeidsdeskundige) en om de reïntegratie-inspanningen van de werknemer, de werkgever en de arbodienst te beoordelen. UWV kan een reïntegratiebedrijf inschakelen, maar ziet daar soms vanaf omdat de verantwoordelijkheid voor de reïntegratie nog bij de werkgever ligt of omdat reïntegratie bij de oude werkgever voorlopig de voorkeur verdient boven reïntegratie bij een andere werkgever ('het tweede spoor'). UWV-functionarissen zien verder mogelijkheden werkaanpassingen te stimuleren en de werkgever en de werknemer aan te sporen om de reïntegratie te hervatten. Ondanks het gewijzigde beleid participeren enkele arbeidsdeskundigen ook nu nog in een sociaal-medisch overleg met de werkgever en de bedrijfsarts.

2.2 De samenhang in de handelingskeuzes

Wij zullen nu, voorafgaand aan de thematische analyse van de cases in de hoofdstukken 3 tot en met 6, aandacht besteden aan de wijze waarop de samenhang in de handelingskeuzes tot stand komt. Deze paragraaf geeft een algemene analyse die deels op kennis van het institutionele kader, deels op de resultaten van de analyse van de 34 cases is gebaseerd. We lopen daarbij opnieuw, maar nu ten aanzien van hun onderlinge afhankelijkheid, de verschillende actoren langs.

De positie van waaruit de betrokken actoren relaties met elkaar aangaan, wordt primair bepaald door hun sociaal vermogen. Over welke middelen beschikt een actor om invloed uit te oefenen op anderen? De werkgever heeft de beschikkingsmacht over bedrijfsmiddelen, de werknemer over arbeidskracht; die kunnen zij elkaar onthouden. Allen zijn deels van elkaar afhankelijk wat betreft de beschikking over informatie, waaronder de professionele kennis van de betrokken artsen. Door informatie te verstrekken, maar soms ook door informatie aan een ander te onthouden, kan een actor invloed uitoefenen. Verder kent de wet actoren bevoegdheden toe en sanctiemogelijkheden om daadwerkelijk gebruik van die bevoegdheden te garanderen. Ten slotte maken sociale netwerken deel uit van het sociaal vermogen.

Wij gaan nu per actor na over welke middelen hij beschikt om invloed uit te oefenen op anderen. De *werknemer* beschikt in hoge mate zelf over de mate waarin en de wijze waarop hij zijn arbeidskracht inzet. In veel situaties is zijn vrijwillige medewerking en motivatie voor het werk een essentieel ingrediënt, wil de werkgever überhaupt iets aan zijn inzet hebben. De werkgever verkeert dus in een afhankelijkheidspositie ten opzichte van de retentiemacht van de werknemer. Beschikt de werknemer over bedrijfsspecifieke expertise of heeft hij een gunstige arbeidsmarktpositie, dan kan dat het belang dat de werkgever heeft bij terugkeer vergroten en dus de strategische positie van de werknemer versterken. Als het gaat om de vraag in hoeverre de draagkracht van de werknemer voldoende is hersteld om te kunnen hervatten, dan is het mede vanwege de bovengenoemde omstandigheden de werknemer zelf die daar in de opvatting van de bedrijfsartsen veel over te zeggen heeft. Ook dat biedt de werknemer strategische ruimte.

De *werkgever* beschikt over de bedrijfsmiddelen en controleert dus de beschikbaarheid van een arbeidsplaats voor de werknemer, die op dat punt van de werkgever afhankelijk is. Wij zullen in een aantal cases zien dat bij een door de werkgever ingezette reorganisatie de arbeidsplaats van de zieke werknemer wordt geschrapt waardoor de wens van de werknemer terug te keren in de oude functie bij voorbaat wordt gefrustreerd. Hoewel de werkgever natuurlijk op zijn beurt afhankelijk is van marktontwikkelingen, ligt hier voor hem een strategische marge. Daartegenover kan het echter zo zijn dat zich in de dagelijkse samenwerking banden van collegialiteit of zelfs van vriendschap ontwikkelen die wederzijds ervaren verplichtingen meebrengen die verder gaan dan die van de werkgever/werknemerverhouding.

De werkgever kan op het ziekte- en herstelproces maar weinig invloed uitoefenen, hij moet daarin sterk vertrouwen op de bedrijfsarts. Zowel werkgever als werknemer hebben te maken met verplichtingen die de wettelijke regelingen hen opleggen. Een externe beoordeling door UWV van hun inspanningen voor reïntegratie kan gevoelige consequenties hebben voor hun positie (verlenging van de loondoorbetalingsplicht respectievelijk de mogelijkheid van ontslag).

De *bedrijfsarts* is de professionele tussenpersoon die via de arbodienst zijn diensten verleent aan de werkgever ter wille van de reïntegratie van de werknemer. Zijn bevoegdheden zijn grotendeels afgeleid van die van de werkgever, maar zijn professionaliteit verleent hem gezag ten opzichte van de werknemer en geeft hem een relatieve onafhankelijkheid ten opzichte van (bedrijfsmatige belangen van) de werkgever. Hij is voor wat hij tot stand wil brengen afhankelijk van beider medewerking: van de werkgever voor het realiseren van aanpassingen aan de werkplek of het bieden van een andere werkplek, van de werknemer voor de bereidheid en inzet tot werkhervatting en voor de informatie over zijn gezondheid in het curatieve traject. De commerciële verhouding tussen werkgever en arbodienst kan rechtstreeks van invloed zijn op zijn opstelling ten opzichte van een werkgever en dus op de manier waarop hij met het ziektegeval omgaat.

UWV heeft onder de WVP een toezichthoudende rol en is in de latere episodes verantwoordelijk voor de beoordeling van de reïntegratie-inspanningen van werkgever en werknemer en voor de WAO-beoordeling. De uitkomst daarvan is soms mede bepalend voor de mogelijkheden die werkgever, werknemer en bedrijfsarts hebben om bepaalde reïntegratiemogelijkheden te realiseren.

De *huisarts* en in meerdere mate nog de *specialist* hebben op basis van hun professioneel gezag invloed op met name werknemer en bedrijfsarts. Als een arts op grond van het verloop van de behandeling een oordeel heeft over het moment waarop het herstel werkhervatting toelaat, dan kan dat medebepalend zijn voor wijze waarop de werknemer zich tegenover hervatting opstelt en daarmee indirect ook voor de opstelling van de bedrijfsarts.

De structurele taakverdeling brengt mee dat de onderlinge contacten tussen functionarissen niet talrijk en niet intensief zijn. Mede daardoor hebben de wederzijdse percepties een algemeen karakter, worden zij niet door veel directe onderlinge contacten verrijkt en spelen zij geen grote rol in de behandeling van de ziektegevallen. Er staan als het ware schuttingen in het veld die taken en bevoegdheden verkavelen en de actoren ten dele bewust aan elkaars zicht onttrekken - en het is de werknemer die genoodzaakt is de deuren door te gaan en de verschillende terreinen te doorlopen. Daarmee is het ook de zieke werknemer die niet zelden een spilpositie inneemt in de informatieoverdracht en communicatie tussen de betrokken medische functionarissen onderling.

De intensiteit van het contact tussen bedrijfsarts en werkgever varieert. Maakt de arts deel uit van een interne arbodienst, dan is er directer en veelvuldiger contact dan wanneer de arbozorg aan een externe dienst is uitbesteed. In de onderzochte gevallen is het contact tussen bedrijfsarts en werkgever en dat tussen werkgever en werknemer meestal, dat tussen bedrijfsarts en werknemer steeds direct en mondeling.

Zijn tussenpositie brengt mee dat de bedrijfsarts soms door de werkgever, dan weer door de werknemer als een verlengstuk van de wederpartij wordt gezien. In de driehoeksverhouding werkgever/bedrijfsarts/werknemer zijn drie combinaties mogelijk waarbij twee het eens zijn en een derde niet - en zoals we in het vervolg van dit rapport zullen zien: alle combinaties komen in de praktijk voor. Soms verdedigt de bedrijfsarts uitstel van werkhervatting tegen de druk in die de werkgever op de werknemer uitoefent om weer aan de slag te gaan. In andere gevallen is het juist de bedrijfsarts die namens de werkgever aandringt op spoedig hervatten.

En tenslotte kunnen de werkgever en de werknemer in nauw overleg afspraken maken buiten de bedrijfsarts om, al komt het voor dat de bedrijfsarts een door werkgever en werknemer voorgenomen hervatting afblaast omdat het daar uit gezondheidsoogpunt zijns inziens nog te vroeg voor is.

Voor bedrijfsarts en UWV speelt de perceptie van de intenties van werkgever en werknemer een belangrijke rol in de beslissingen die zij moeten nemen. Is de werkgever 'echt' van plan de werknemer in zijn oude functie te laten hervatten? Wil de werknemer (nog) wel terug naar zijn oude werkplek? Is de werkgever bereid het takenpakket of de werkcondities zodanig aan te passen dat de werknemer daarmee uit de voeten zal kunnen? Zal de werknemer zich inzetten om ander werk van een lager niveau tot een goed einde te brengen? De keuze die een bedrijfsarts maakt ten aanzien van de acties die hij gaat ondernemen is voor een belangrijk deel afhankelijk van de verwachtingen ten aanzien van dergelijke kwesties. Discrepancies tussen de verwachtingen van bedrijfsarts of UWV en die van werkgever of werknemer kunnen ongewenste effecten hebben op het reïntegratieproces. Van groot belang is de perceptie die werknemers zelf hebben van hun vermogen hun functie te hervatten. Het blijkt nogal eens dat deze door andere actoren als veel te optimistisch wordt beschouwd, hetgeen met name voor de bedrijfsarts reden kan zijn om ten aanzien van werkhervatting op de rem te gaan staan. In andere gevallen gunt men de werknemer het voordeel van de twijfel, maar dat blijkt achteraf niet altijd terecht te zijn geweest. Wij komen op dit probleem afzonderlijk terug.

2.3 Preferenties

Ten aanzien van de preferenties van actoren kunnen hier al enkele algemene opmerkingen worden gemaakt. Allereerst dat vrijwel alle werknemers die in het onderzoek zijn geïnterviewd, zeggen zeer gemotiveerd te zijn om opnieuw aan het werk te gaan, zij het dat zij daarbij primair aan hun oude functie denken. Noties zoals die dat het goed is om te werken, om nuttig te zijn, iets te bereiken, dat werken je leven structuur geeft, of omgekeerd: dat thuiszitten slecht voor je (gezondheid) is, werden vaak genoemd. Werknemers hebben een sterke voorkeur in hun eigen functie, op hun vertrouwde werkplek, in werk van hun niveau te hervatten, tenzij sprake is van conflicten die terugkeer in hun oude functie verhinderen. Omgekeerd is een van de dingen die zij in ieder geval willen vermijden dat zij in ander werk terechtkomen dat een lager niveau (schrikbeeld: 'de postkamer') heeft dan hun oude functie. Dit gepercipieerde risico doet afbreuk aan hun bereidheid na te denken over tijdelijk hervatten in ander werk, zelfs als dat werk op arbeidstherapeutische basis is. De andere veel genoemde voorkeur, die vaak aan werkhervatting voorafgaat maar soms ook in samenhang daarmee wordt genoemd, is herstel van de gezondheid.

De preferenties van werkgevers zijn mede afhankelijk van de economische situatie van het bedrijf. Is er sprake van inkrimping, reorganisatie of opheffing, dan is de houding niet gericht op behoud van de werknemer maar op reïntegratie bij een andere werkgever (het 'tweede spoor'). Overigens zijn gezondheidsherstel en spoedige hervatting van het werk evenwaardige belangen, waarbij onderschatting van de ernst van de kwaal er soms toe leidt dat de werkgever in de ogen van andere betrokkenen te vroeg aandringt op hervatten.

2.4 Interdependentie

De verhoudingen die voortvloeien uit het vermogen waarover actoren beschikken en uit de daaruit voortvloeiende wederkerige beïnvloedingsmogelijkheden, kunnen als volgt worden geschetst.

De werknemer oriënteert zich voor de voortgang van zijn gezondheidsherstel en voor zijn houding ten opzichte van werkhervatting primair op zijn hulpverleners in de curatieve sector. Doordat het de werknemer is die de bedrijfsarts over de voortgang in het curatieve traject informeert, kan de werknemer op dit punt veel invloed hebben op de bedrijfsarts.

Vanuit het gezichtspunt van de werkgever zit de bedrijfsarts aan de toegangspoort van de medische informatie, terwijl omgekeerd voor de curatieve artsen de werknemer aan de toegangspoort van informatie over de arbeidssituatie zit. Hoewel de werkgever geneigd is de bedrijfsarts op basis van deze grenspositie veel invloed toe te kennen, is de bedrijfsarts echter op zijn beurt feitelijk sterk aangewezen op de werknemer waar het gaat om medische informatie uit het curatieve traject.

Er kan in sommige gevallen zo nauw contact zijn tussen werknemer en werkgever dat de afhankelijkheid van de werkgever van de bedrijfsarts wordt verminderd, of zelfs de bedrijfsarts 'buitenspel' wordt gezet. Maar in andere gevallen bestaat er niet veel meer dan een formeel

dienstverband en dan is het van belang te beseffen dat er wettelijke beperkingen zijn gesteld aan de informatie die een werkgever van een werknemer mag verlangen. Bovendien heeft de bedrijfsarts in zijn eigen opvatting altijd van doen met wat werkgever en werknemer afspreken; hij laat zich doorgaans niet passeren. Dat blijkt bijvoorbeeld op het moment dat werkgever en werknemer in onderling overleg tot hervatting besluiten maar de bedrijfsarts daar een stokje voor steekt omdat hij dat vanuit gezondheidsoverwegingen te vroeg vindt.

In de onderzochte cases blijken de meeste werknemers overigens niet terughoudend te zijn in de informatie die ze over hun gezondheid aan de werkgever of aan de bedrijfsarts verstrekken. Ze vinden het betrekkelijk vanzelfsprekend dat de werkgever daarover geïnformeerd wil zijn.

De werkgever heeft over het algemeen weinig invloed op de keuzes van de werknemer ten aanzien van zijn gezondheidsherstel omdat de werknemer zich wat dat betreft veel meer oriënteert op de curatieve artsen en op de bedrijfsarts.

De bedrijfsarts laat over het algemeen de behandeling over aan de curatieve artsen. Soms speelt hij in zoverre een actieve rol dat hij er bij de werknemer op aandringt een bepaalde behandeling te ondergaan. De bedrijfsartsen adviseren en monitoren, “houden de vinger aan de pols”. Zij zorgen dat de werkgever aanpassingen doorvoert in de condities van de werkplek of in het takenpakket van de werknemer. En ze hebben een belangrijke invloed op het tempo waarin werknemers hervatten. We komen daar nog op terug.

De curatieve sector, helemaal aan de andere kant van het speelveld, heeft ondanks zijn marginale positie ten opzichte van het bedrijfsleven een grote invloed. Werknemers oriënteren zich immers op de curatieve artsen en de bedrijfsartsen doen dat – soms rechtstreeks maar meestal indirect, via de werknemers - ook. Als de dokter of, beter nog, de specialist zegt dat de werknemer een paar weken rust moet houden, dan moet de bedrijfsarts wel met hele goede argumenten komen, wil hij erin slagende werknemer met succes alsnog aan het werk te sturen. Alleen als het curatief-medisch gezag voor de werknemer niet argumentatief beschikbaar is, kan de bedrijfsarts zijn stempel op het herstelproces drukken.

2.5 Een formele typologie van de cases

Omdat in een case elk van de actoren meerdere handelingsopties heeft, resulteert de combinatie van keuzes binnen de case in een complex geheel. Voordat we in de hoofdstukken drie tot en met zes tot een analyse op case-niveau overgaan, zullen wij de 34 cases hier, bij wijze van algemene introductie, naar een aantal kenmerkende aspecten classificeren.

Er is een groot aantal verschillende percepties en preferenties die bepalend blijken te zijn voor de keuzes van actoren. Het is echter goed mogelijk daarin een rangorde aan te brengen. Er blijken bijvoorbeeld niet of nauwelijks verschillen te zijn in percepties en preferenties ten aanzien van gezondheidsherstel zodat deze bij een classificatie buiten beschouwing kunnen blijven. Op basis van een voorafgaande analyse van het materiaal van de cases blijken de volgende drie vragen voor een indeling de belangrijkste zijn:

- (a) acht de werknemer zich in staat het eigen te werk hervatten? (perceptie van eigen vermogen; daar tegenover staat: niet of alleen in ander werk kunnen hervatten);
- (b) wil en kan de werkgever de werknemer zijn arbeidsplaats weer ter beschikking stellen? (preferentie en/of perceptie van eigen vermogen; daar tegenover staat: hij wil of kan geen of alleen ander werk bieden);
- (c) is de werknemer (die zelf graag wil) volgens de werkgever en/of de bedrijfsarts wel in staat het eigen werk (te rechter tijd) te hervatten (perceptie van diens vermogen daartoe; wel / niet).

De 34 cases blijken op basis van deze criteria in vier categorieën te kunnen worden ingedeeld. Ze worden hieronder afzonderlijk besproken. Daarbij wordt een notatie gebruikt die aansluit bij bovenstaande indeling van (a) tot (c) en waarbij hoofdletters verwijzen naar de eerste ('wel') en kleine letters naar de tweede ('niet') mogelijkheid.

Onder voorbehoud van wat eerder is gezegd over de selectie van de 34 cases en over de generaliseerbaarheid van de bevindingen, kunnen we in het algemeen over de samenhang van bovengenoemde aspecten het volgende noteren. De preferenties van werkgever en werknemer komen in 25 gevallen overeen. Het vermogen van de werknemer zijn werk te hervatten wordt in slechts zeven gevallen door allen - de werknemer, de werkgever en de bedrijfsarts - positief beoordeeld.

Het oordeel van de bedrijfsarts over dat vermogen stemt in 29 gevallen overeen met dat van de werkgever.

In zes gevallen beroept de werkgever zich erop dat het - door reorganisatie, bedrijfssluiting of marktflauwte - niet in zijn vermogen ligt de arbeidsplaats van de werknemer te behouden en deze ter wille van hervatting opnieuw ter beschikking te stellen.

Vier typen, gebaseerd op combinaties van preferenties en percepties

De boven al genoemde vier combinaties kunnen dus worden getypeerd aan de hand van de bovengenoemde vragen naar preferenties en/of percepties, naar het gepercipieerde vermogen van de werknemer het eigen werk te hervatten en van de perceptie van de werkgever van zijn eigen vermogen de arbeidsplaats opnieuw ter beschikking te stellen:

(1) Overeenstemming over hervatten in de oude functie ('ABC') (8 cases)

Typering: de werknemer en de werkgever richten zich beiden op hervatting in de oude functie van de werknemer en achten beiden de werknemer daartoe op termijn in staat; de bedrijfsarts is het daarmee eens. De werkgever is in staat de arbeidsplaats opnieuw ter beschikking te stellen.

In alle acht gevallen gaat het om fysieke klachten; in een case slechts vraagt de bedrijfsarts zich, als enige, af of er mogelijk een psychische component in het spel is, maar dat blijft zonder consequenties. In drie van de vier gevallen uit de eerste en tweede episode gaat het om de behandeling van herniaklachten die ten dele door wachttijden voor een operatie of door medische complicaties een langere duur heeft gekregen. In beide gevallen uit de vierde episode is het herstel vertraagd, respectievelijk door fouten in de medische behandeling en door een zeer late diagnose van een betrekkelijk zeldzame kwaal.

De werknemers zijn in deze gevallen ook in de ogen van de bedrijfsarts doorgaans zo gemotiveerd voor gezondheidsherstel en hervatting van werk dat zij niet gestimuleerd, vaak eerder geremd moeten worden.

In zes gevallen treedt de bedrijfsarts remmend op ten opzichte van de neiging tot hervatting van werknemer (en werkgever). In één geval heeft de bedrijfsarts eigenmachtig een door de werkgever en de werknemer opgesteld 'plan van aanpak' aangepast wat betreft het tempo van hervatten. In een ander geval helpt hij de werknemer 'door stevig ingrijpen' uit de ziekterol waarin hij volgens de bedrijfsarts afleed.

Zeven van de acht werknemers hebben op eigen initiatief het werk hervat, maar in één geval moest de werknemer daarvan terugkomen. Alle acht werknemers stevenen af op volledige hervatting in eigen werk, zij het in een enkel geval mogelijk onder aangepaste werkomstandigheden.

(2) Gericht op hervatten, maar de werkgever en/of de bedrijfsarts twijfelt aan het vermogen van de werknemer daartoe ('Abc') (9 cases)

Typering: de werkgever en de werknemer richten zich beiden op hervatting in de oude functie van de werknemer en deze acht zich daartoe in staat. De werkgever is ook in staat de arbeidsplaats opnieuw ter beschikking te stellen. Alleen betwijfelt de werkgever en/of de bedrijfsarts of de werknemer in staat zal zijn zijn oude werk weer op te nemen.

Zeven cases hebben een psycho-sociale component: psychische overbelasting en/of problemen in het functioneren op het werk. In twee gevallen gaat het om vrouwelijke werknemers in opleiding en is het alleen de bedrijfsarts die ernstige twijfels heeft of terugkeer in de oude functie wel mogelijk is. In de overige gevallen delen werkgever en bedrijfsarts die twijfels.

In twee gevallen zijn de klachten van fysieke aard (hernia, slijtage knie). Bij deze en in de zes gevallen waarin overspannenheid de diagnose is, heeft de werknemer steeds goed contact met de werkgever: ze houden elkaar goed op de hoogte en ze overleggen met elkaar over de wijze waarop het werk mogelijk hervat kan worden. Werkgevers benadrukken dat hun werknemers zo gemotiveerd zijn om weer aan het werk te gaan, maar dat ze hun werknemers rustig de tijd geven om te herstellen en pas daarna te hervatten. Ondertussen heeft de bedrijfsarts twijfels of die hervatting wel goed zal aflopen, maar gaat hij er desalniettemin niet toe over de werknemer met de mogelijke noodzaak van ander werk te confronteren. De bedrijfsarts motiveert dat telkens aldus dat je gemotiveerde werknemers 'het voordeel van de twijfel' dient te gunnen. Het lijkt erop dat in deze gevallen telkens de goede relatie tussen werkgever en werknemer ook een rol speelt: als de bedrijfsarts de mogelijke noodzaak van

ander werk aan de orde zou stellen, zou hij kunnen verwachten ook de werkgever tegenover zich te vinden.

Vijf van de zeven werknemers zijn op eigen initiatief aan het werk gegaan, één op initiatief van de bedrijfsarts, allen in aangepast werk dat een tussenfase moet vormen op weg naar de oude functie. Een werknemer heeft vervangend (administratief) werk van de hand gewezen omdat dat geen leuk werk zou zijn.

- (3) Gericht op hervatten, maar de werkgever en de bedrijfsarts betwijfelen het vermogen van de werknemer daartoe en bovendien kan of wil de werkgever de functie niet meer beschikbaar stellen ('ABC') (8 cases)

Typering: de werkgever en de werknemer richten zich beiden op hervatting in de oude functie van de werknemer en de werknemer acht zich daartoe ook in staat, maar desalniettemin betwijfelt de werkgever en ook de bedrijfsarts of de werknemer in staat zal zijn zijn oude werk weer op te nemen. Bovendien stelt de werkgever hetzij dat terugkeer van de werknemer in de oude functie onmogelijk is aangezien de desbetreffende arbeidsplaats is of wordt opgeheven hetzij dat hij niet bereid is de arbeidsplaats opnieuw ter beschikking te stellen.

In vier gevallen lijkt terugkeer in het oude werk door een reorganisatie te worden gefrustreerd. In een geval draagt (de aankondiging van) de reorganisatie zelf bij aan het uitvallen van de werknemer. In een ander geval heeft de werknemer op arbeidstherapeutische basis het werk voorlopig kunnen hervatten. In een derde geval is sprake van een arbeidsconflict en is de werkgever duidelijk in zijn preferentie de arbeidsverhouding niet voort te zetten.

In drie gevallen is de arbeidsplaats nog wel voorhanden, maar is de werkgever niet bereid die opnieuw aan de werknemer ter beschikking te stellen. In deze gevallen spelen communicatieproblemen een rol die uiteindelijk in verwijten en conflicten uitmonden. De bedrijfsarts stelt zich in deze gevallen in de marge op, maar heeft daar zelf achteraf kritiek op.

In één geval is een arbeidsconflict zodanig geëscaleerd dat de werkgever nog slechts bezig is een dossier op te bouwen teneinde de werknemer te kunnen ontslaan.

- (4) De werknemer acht zich niet in staat in de eigen functie te hervatten ('a' en variabel op de andere criteria) (9 cases)

Typering: Anders dan de werkgever acht de werknemer zich niet in staat de oude functie te hervatten.

In drie gevallen gaat het om door belasting in de privé-sfeer overspannen geraakte vrouwelijke werknemers en legt de werkgever zich niet neer bij haar oordeel over het eigen onvermogen. Dat laatste werkt zeer verschillend uit. In één geval werkt het als een 'duwtje in de rug' en leidt het tot (vrijwel) volledige werkhervatting. In de andere gevallen is volgens werknemer en bedrijfsarts sprake van onbegrip of onderschatting van de psychische problematiek die in een geval leidt tot een arbeidsconflict.

In drie andere gevallen, ook met een psychische component, komen werknemers naar aanleiding van hun problemen tot de conclusie dat het werk dat ze deden niet (meer) bij hen past. Twee hebben bij hun werkgever hervat in ander werk. Een werknemer is na een hartaanval bang voor herhaling en meent dat zijn werkomstandigheden hem kwetsbaar maken.

Ten slotte zijn er drie gevallen die zich kenmerken door een combinatie van fysieke klachten met psychische aspecten en waarin werkgever noch werknemer streeft naar hervatten in de oude functie.

Wij hebben in dit hoofdstuk de positie van de verschillende actoren uitgetekend en een beeld gegeven van hun handelingsopties. We hebben daarbij aan de ene kant gebruik gemaakt van het theoretisch kader en aan de andere kant van de bevindingen in de cases. Op die manier zijn we nagegaan hoe de posities van de betrokken actoren en hun onderlinge interdependentie kunnen worden getypeerd. We sloten het hoofdstuk af met een formele typologie van de cases op basis van enkele regelmatig terugkerende patronen.

Wij maken nu de overgang naar een thematische analyse van de reïntegratiepraktijk aan de hand van de bevindingen in de 34 door ons onderzochte cases.

3 Uitvallen en herstellen

Nadat een werknemer is uitgevallen, is een eerste aspect dat in het proces gericht op werkhervatting op de voorgrond staat dat van het wegnemen van de oorzaken van het uitvallen. Het uitvallen kan worden toegeschreven aan tekortkomingen in de gezondheid van de werknemer die maken dat de werknemer niet meer (geheel) in staat is de last van het werken te dragen. Herstel van de gezondheid van de werknemer staat dan voorop, waarbij we onderscheid maken tussen somatische en psychische aandoeningen. Het uitvallen kan ook een gevolg zijn van een arbeidsconflict; herstel vereist dan andere maatregelen, maar een complicatie is niet zelden dat ook in die situatie de gezondheid van de werknemer het laat afweten, zodat de grens met het eerste type niet scherp is te trekken. Wij gaan in paragraaf 3.3 apart in op situaties waarin er (ook) sprake is van een arbeidsconflict.

Alle actoren kunnen een rol spelen in het herstel, maar de rollen die hen zijn toebedeeld en de mogelijkheden dat herstel te bevorderen, verschillen nogal. Bij gezondheidsherstel ligt het zwaartepunt onmiskenbaar bij de curatieve sector. De werkgever houdt zich doorgaans op de achtergrond en laat het bevorderen van het gezondheidsherstel over aan de curatieve sector. Ook de bedrijfsarts treedt op dit punt niet op de voorgrond, maar houdt vaak wel in de gaten of er voldoende gebeurt aan de behandeling van de gezondheidsklachten.

In hoeverre en op welke manier dragen de actoren bij aan dat herstel van de gezondheid? Hoe is het gesteld met de samenhang in hun handelen op dit punt? Welke knelpunten komen uit de cases naar voren? Wat gebeurt er in het speciale geval van een arbeidsconflict?

3.1 Herstel van de gezondheid

Zeker bij somatische aandoeningen staat voor alle betrokken actoren in eerste instantie het herstel van de gezondheid van de werknemer voorop. Als het gaat om fysieke klachten met een duidelijk behandelingspatroon, hebben anderen dan de curatieve artsen weinig directe invloed op het herstelproces. Werkgever en bedrijfsarts laten de zaak over aan de curatieve sector en nemen pas weer een actieve houding aan als de therapie zo ver is gevorderd dat werkhervatting weer in beeld komt.

Mw. Simons, 52 jaar, is pas enkele weken in dienst bij een grote organisatie als zij een knobbeltje in haar borst ontdekt. Het blijkt een kwaadaardig gezwel te zijn en zij moet de gebruikelijke cyclus van chemotherapie, operatie en bestraling ondergaan. Zij meldt zich op advies van het ziekenhuis, maar met tegenzin ziek, omdat zij door de gebeurtenissen ontregeld is en een zwaar therapeutisch programma tegemoet gaat.

Werkgever en bedrijfsarts doen met het oog op de aard van de kwaal voorlopig niets, behalve dat haar direct leidinggevende regelmatig contact houdt. Het gezondheidsherstel staat voorop, de bijverschijnselen van de therapie (uitputting, concentratieverlies) staan in hun ogen hervatten in de weg. De bedrijfsarts komt pas na een half jaar in actie, als Simons de mogelijkheid van werkhervatting ter sprake wil brengen. Dat is nog voordat de bestraling is begonnen; de bedrijfsarts wijst haar op de lichamelijke gevolgen van de bestraling en raadt haar aan met hervatten te wachten tot daarna. Simons zegt in het interview dat zij vervolgens inzag dat dat inderdaad beter was zowel voor haarzelf ('het zou een tegenvaller zijn als zou blijken dat het toch niet ging') als voor de afdeling ('ze moeten wel op je kunnen rekenen').

Gezondheidsherstel, het besef dat daarvoor ruimte moet worden geschapen en dat de therapie het draagvermogen van de werknemer tijdelijk ondermijnt, staan in dit geval voorop. In deze casus neemt de bedrijfsarts de werknemster, die graag aan het werk wil maar in zijn ogen de gevolgen van de therapie voor haar draagkracht onderschat, tegen zichzelf in bescherming; de werknemster erkent later dat dat een goede beslissing is geweest.

Ruimte en rust voor herstel worden ook bij psychische aandoeningen vaak in eerste instantie door de betrokken actoren als de beste remedie gezien. Bij overspannenheid, burn-out of ernstig verlies van psychisch evenwicht kan het voorkomen dat volgens de betrokkenen voorlopig van enige vorm van contact met het werk geen sprake kan zijn, laat staan van het hervatten van werk:

Dhr. Bukman, een 48-jarige medewerker van een grote commerciële organisatie, valt uit met depressieve klachten. Een tijd lang is zijn psychische situatie dusdanig dat hij aangeeft contact met zijn werk niet te kunnen verdragen; de contacten lopen via zijn partner. Direct contact met zijn leidinggevende komt pas na zes maanden tot stand, als deze Bukman thuis bezoekt. “Ik heb echt gevraagd of het wel schikte dat ik langs wilde komen. Maar het ging goed. Zijn partner zat er bij en we hebben gesproken met elkaar.”

In meerdere cases vinden de betrokken actoren dat voor werknemers die ‘in hun werk zijn vastgelopen’ het vermijden van contact met de werkplek ook medisch is aangewezen. Alle actoren lijken het meest te verwachten van een combinatie van ‘rust’ en ‘therapie’, waarbij ‘rust’ vooral negatief is bepaald als het door het vermijden van contacten met het werk wegnemen van stressvolle prikkels. De consequentie dat de werknemer dan ‘thuiszit’ wordt eerder op de koop toe genomen dan dat zij gezien wordt als iets dat op zichzelf bijdraagt aan het herstel. Wij noteren dat de “Commissie psychische arbeidsongeschiktheid” (‘Donner-I’) kritisch staat tegenover een dergelijke ‘time-out’ die het contact met het werk voor langere tijd onderbreekt.

De (vermeende) noodzaak de oude werkplek te vermijden hoeft niet automatisch te betekenen dat vervangend werk elders niet tot de mogelijkheden zou behoren. In één geval tracht de werkgever te bevorderen dat een werkneemster vrijwilligerswerk gaat doen.

Op het proces van herstel van de gezondheid van de werknemer kan een werkgever in het algemeen weinig invloed uitoefenen. Hij kan al dan niet ruimte in de tijd bieden voor herstel, hij kan er een indirecte bijdrage aan leveren door aangepast werk te faciliteren of door een financiële bijdrage leveren aan een of andere vorm van behandeling in de curatieve sector. Maar op de inzet van therapieën of andere middelen heeft hij geen invloed anders dan indirect, via het contact met de bedrijfsarts. Heeft het bedrijf een interne arbodienst, dan zijn de lijnen tussen beiden kort en is er soms ook daadwerkelijke beïnvloeding, bij een externe arbodienst is de afstand tussen werkgever en bedrijfsarts aanzienlijk groter.

In een geval, waarin een werkneemster lang op een operatie zou moeten wachten, gebruiken werkgever en bedrijfsarts met succes hun informele contacten om een operatie te bespoedigen.

In een aantal gevallen kan de werkgever indirecte invloed op het herstelproces uitoefenen, bijvoorbeeld door aangepast werk aan te bieden (of achter de hand te hebben wanneer de therapie resultaat begint af te werpen) of door financieel bij te dragen aan snellere en/of betere behandeling.

In vergelijking met de werkgever heeft de curatieve sector een veel grotere invloed op het gezondheidsherstel. Werknemers oriënteren zich immers op de curatieve artsen en dat doen de bedrijfsartsen indirect, via de werknemers, ook. De geïnterviewde huisartsen en specialisten beschouwen de mogelijke werkhervatting van hun cliënt niet als een belangrijk issue. Zij zijn geneigd dat aspect aan de bedrijfsarts over te laten.

Maar de curatieve sector kan wel een aanzienlijke invloed uitoefenen op het tijdstip waarop werkhervatting kan worden gerealiseerd. In een aantal gevallen komt dat door behandelingen die niet goed uitpakken.

In een casus is de gezondheidstoestand van een man die langdurig is uitgeschakeld door fouten in de curatieve sector behoorlijk verslechterd; zijn herstel kost daardoor veel meer tijd:

Twee opeenvolgende kwalen die beide op een verkeerde manier worden behandeld, leiden tot langdurige uitval van deze zeer voor zijn werk gemotiveerde werknemer.

Hij heeft achtereenvolgens te maken gehad met zijn huisarts, het lokale ziekenhuis Z1, specialist S1, specialist S2, fysiotherapeut F1, de bedrijfsarts, via de bedrijfsarts met fysiotherapeut F2, ziekenhuis Z2, ziekenhuis Z3 (voor een second opinion), buitenlands ziekenhuis Z4 (waar de door Z1 op hem toegepaste methode vanwege de bijverschijnselen al twintig jaar geleden was afgeschaft), een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige. Hij klaagt, behalve over gebrek aan betrouwbare informatie over zijn kwaal, over de onwetendheid van artsen – inclusief de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige – ten aanzien van wat er eerder in het curatieve traject met hem is gebeurd.

Vaker echter treedt vertraging op doordat er wachtlijsten zijn voor behandeling. In de onderzochte cases gebeurt dat met name bij behandelingen voor psychische klachten. Ook de wijze van financiering van medische behandelingen kan omleidingen noodzakelijk maken die vertragend uitwerken op het herstelproces. In onderstaand geval grijpt de bedrijfsarts daarop in:

Een werknemster, uitgevallen vanwege overspannenheid en depressieve klachten, is door haar huisarts doorverwezen naar een psycholoog. Het bezoek aan de psycholoog kon echter niet worden gecontinueerd omdat haar verzekering de kosten van een vrijgevestigd psycholoog niet vergoedt – wel behandeling via het RIAGG maar daar is een wachtlijst van vele maanden.

In deze ‘patsituatie’ heeft de bedrijfsarts ingegrepen en enerzijds bedrijfsmaatschappelijk werk geregeld, anderzijds er bij de werknemster op aangedrongen dat zij haar huisarts zou vragen om een verwijzing naar een psychiater: die kosten vergoedt haar verzekering namelijk wel.

‘Hoewel het eigenlijk mijn taak niet is’ heeft de bedrijfsarts hier ingegrepen omdat zij ‘merkte dat niemand zich verantwoordelijk voelde voor de situatie van deze werknemster. (...) Ik heb achter de schermen geprobeerd wat te regelen.’

De psychiater heeft de werknemster weer doorverwezen naar een psychotherapeut en uiteindelijk gaat ruim drie maanden na de ziekmelding de behandeling van start.

Bevoegdheids- (doorverwijzingen) en verdelingskwesties (financiering van de behandeling) lijken tot een stagnatie te leiden in de medische begeleiding van de werknemer. De bedrijfsarts neemt, als hij dat constateert, in dit geval de regie in handen.

Het kan voorkomen dat een bedrijfsarts dat ook doet als hij meent dat de werknemer voor de stagnatie verantwoordelijk is. In het nu volgende geval meent de bedrijfsarts in het belang van de gezondheid van de werknemer in te moeten gaan tegen de definitie die de werknemer zelf van zijn kwaal geeft:

Mw. de Zwart, een 33-jarige vrouw, valt uit met klachten die zijzelf in termen van ‘overbelasting’ en vermoeidheid definieert. Uit haar verhaal komt naar voren dat zij af en toe op haar tenen moet lopen om haar opleiding te kunnen volgen. Het lukt wel, maar het tempo is hoog en zij moet zich extra inspannen om het te halen. Zij heeft al langer hartritmestoornissen, maar meent dat zij geleerd heeft daar over het algemeen goed mee om te gaan, al lukt dat in stressvolle periodes niet zo goed. Zij weet van aanpakken, is zeer gemotiveerd om haar opleiding af te maken, maar heeft moeite om zich te ontspannen en tot rust te komen. Zij laat in het interview blijken dat zij bevreesd is dat haar hartproblemen wel eens een belemmering zouden kunnen vormen voor de functie die ze na haar opleiding graag wil vervullen.

De Zwart vraagt de bedrijfsarts van de interne arbodienst, dhr. Laan, om doorverwijzing naar een psycholoog, omdat zij vindt dat zij vooral begeleiding nodig heeft in het omgaan met de eisen die het werk aan haar stelt. Laan echter vindt tot ongenoegen van De Zwart dat er eerst aandacht moet worden besteed aan de hartproblemen en stuurt haar door naar een cardioloog. De Zwart heeft veel kritiek op Laan omdat hij ‘slordig’ zou zijn en daardoor onnodige vertragingen zou veroorzaken en omdat hij haar behoefte aan psychologische begeleiding onvoldoende serieus zou nemen. De Zwart heeft naar eigen zeggen uiteindelijk zelf geregeld dat zij bij een psycholoog terecht kon, Laan daarentegen zegt dat hij haar heeft doorverwezen. Hij zegt dat De Zwart zeer goed meewerkt, zeer gemotiveerd is, dat er voldoende draagvlak is bij haar en haar werkgever en dat hij daarom het initiatief expliciet bij werknemster laat.

Daarentegen vindt Laan dat De Zwart in het verleden cardiologische adviezen ten onrechte in de wind heeft geslagen, al erkent hij dat de geldende wachttijden voor medische behandelingen toen ook een rol hebben gespeeld in haar beslissing nog even niets met die adviezen te doen.

Ten tijde van het interview met Laan is duidelijk geworden dat De Zwart kort daarna zal worden geopereerd.

Niet altijd kan de bedrijfsarts dus tegemoetkomen aan de wensen van de werknemer, juist ook omdat hij er in sommige gevallen van overtuigd is de belangen van de werknemer met een andere keuze beter te dienen. In de perceptie van deze werknemster zijn haar fysieke klachten eerder een kwestie van ‘hoe ga je ermee om’ dan van ‘hoe kunnen ze worden genezen’. De bedrijfsarts stuurt dat bewust bij in de richting van medisch onderzoek en behandeling van haar hartklachten en meent dat het ingrijpen van de cardioloog hem daarin gelijk geeft.

Soms hebben bedrijfsarts en curatieve arts verschillende opvattingen van het tempo waarin aan herstel of werkhervatting kan worden gewerkt.

Dhr. Vaandel, al 22 jaar als automatiseerder werkzaam bij een grote organisatie, valt uit met burn-outverschijnselen. De huisarts stelt vast dat hij lichamelijk gezond is, maar overspannen en schrijft antidepressiva en een vitaminekuur voor. Een week of vier later heeft hij een gesprek met de bedrijfsarts die hem adviseert naar een psycholoog te gaan. De huisarts echter raadt hem dat af, omdat dat nog te vroeg zou zijn: hij zou eerst tot rust moeten komen. Vijf maanden later echter gaat hij alsnog bij een psycholoog in behandeling.

Dergelijke verschillen lijken symptomatisch voor de verschillende posities waarin bedrijfsarts en curatieve artsen in het reïntegratieproces staan. De laatsten zijn, zoals ook uit de interviews met hen blijkt, niet of nauwelijks betrokken op werkhervatting maar stellen het gedrag dat zij voor fysiek of psychisch herstel optimaal vinden voorop. Bedrijfsartsen daarentegen moeten een langere periode van therapie of herstel die gepaard gaat met uitstel van werkhervatting ook ten opzichte van de werkgever kunnen verantwoorden.

3.2 Bedrijfsarts en psychische problemen

De daadwerkelijke bemoeienis van bedrijfsartsen met lichamelijke problemen van werknemers is gering. Zij laten de behandeling over aan de curatieve sector. De vorderingen worden gevolgd op basis van mededelingen van de werknemer; als er al contact is met de curatieve sector is dit eenmalig en schriftelijk. Alleen als de curatieve sector het in zijn perceptie laat afweten, kan de bedrijfsarts zijn stempel op het herstelproces drukken door bijvoorbeeld werknemers zelf naar hulpverleningsinstanties door te verwijzen.

Veel bedrijfsartsen gebruiken de uitdrukking dat zij gedurende de behandeling alleen 'de vinger aan de pols houden'. De bedrijfsarts toetst wel of datgene wat de werknemer over de behandeling en het herstel vertelt adequaat en consistent is, maar in het algemeen geldt dat de werknemer, mede doordat hij in de praktijk de verbindingspoort vormt tussen de curatieve sector en de bedrijfsarts wat betreft gezondheidsherstel tot op grote hoogte de touwtjes in handen heeft.

Bij psychische problemen van werknemers ligt dat anders. Als de werknemer bij het eerste contact met de bedrijfsarts reeds onder behandeling is, geldt hetzelfde als bij de lichamelijke problemen: de bedrijfsarts houdt de vinger aan de pols en volgt via de mededelingen van de werknemer de voortgang. Meestal echter heeft de werknemer bij het begin van het ziekteverzuim zelf nog geen duidelijk beeld van psychische problematiek en is er nog geen sprake van een behandelaar.

Het komt voor dat de bedrijfsarts dan een rol speelt in de bewustwording van de psychische problemen. Als een werknemer zich meldt met psychosomatische klachten zoals hoofdpijn of maagklachten, gaat de bedrijfsarts in één of meer gesprekken met de werknemer na of er sprake is van psychische problemen. Bij werknemers die zich met overspannenheid of een burn-out bij de bedrijfsarts melden, gaat de bedrijfsarts na of deze klachten alleen met het werk te maken hebben, of dat er ook sprake is van oorzaken in de (huidige of vroegere) privé-situatie. Anders dan bij lichamelijke klachten probeert de bedrijfsarts dus de psychische klachten te lokaliseren en te diagnosticeren. Als de psychische klachten zijn gelokaliseerd en (gedeeltelijk) gediagnosticeerd, verwijst een bedrijfsarts de werknemer meestal door naar een bedrijfsmaatschappelijk werker of psycholoog van de arbodienst zelf, naar het RIAGG of naar een psycholoog of psychiater via de huisarts.

Enkele bedrijfsartsen melden zelf verschillende gesprekken met werknemers te hebben gevoerd om over de psychische problemen te praten. Gezien de medische opleiding van de bedrijfsartsen waarin slechts in beperkte mate aandacht besteed is aan psychische problemen, is het de vraag of een intensieve bemoeienis met werknemers met psychische problematiek op zijn plaats is.

3.3 Arbeidsconflicten

In zes van de onderzochte gevallen wordt door tenminste één van de betrokkenen gesproken van een 'arbeidsconflict'. Bij vijf van deze gevallen is er sprake van een echte ziekmelding (medische klachten) in combinatie met een conflict met een leidinggevende of met collega's. In alle zes de gevallen is in ieder geval een deel van het ziekteverzuim aan het arbeidsconflict te wijten.

Gemeenschappelijk element is dat met de term ‘arbeidsconflict’ steeds wordt aangegeven dat er sprake is van een ‘verstoring’ van verhoudingen waarin de werknemer is betrokken. Maar de verhoudingen waarom het gaat en de redenen voor de verstoring kunnen nogal uiteenlopen. Wij noemen hier vier varianten.

Ten eerste kan er tussen de werkgever of direct leidinggevende en de werknemer een inhoudelijk verschil van mening ontstaan over de inrichting van het werkproces. Als de werkgever voet bij stuk houdt en de werknemer dat om een of andere reden niet kan aanvaarden, kan dat leiden tot een conflict met lichamelijke of psychische gevolgen voor de werknemer die vervolgens in een ziekmelding resulteren. Ten tweede kan de begeleiding of wijze van leidinggeven op de werkvloer leiden tot een geschil. Ten derde kan er een geschil ontstaan, niet met de leiding, maar juist met collega’s op de werkvloer, bijvoorbeeld over de wijze waarop men op een afdeling samenwerkt. En ten slotte kan een geschil met de werkgever of direct leidinggevende ook na de ziekmelding, in het kader van het reïntegratieproces, ontstaan, bijvoorbeeld als de werkgever zich eraan ergert dat de werknemer er in zijn ogen te lang over doet voor hij het werk hervat.

Bij arbeidsconflicten, al dan niet gepaard gaande met gezondheidsklachten, is sprake van een situatie die ook voor de bedrijfsarts bijzonder is, alleen al omdat het plannen van een hervattingstraject door minimaal één van beide partijen niet wordt gewenst. Volgens de geïnterviewde bedrijfsartsen is de richtlijn van de arbodienst doorgaans dat bedrijfsartsen zich bij arbeidsconflicten dienen te beperken tot de wettelijk vereiste contacten, en verder geen actie dienen te ondernemen.

Deze richtlijn is niet in overeenstemming met de “Werkwijzer Arbeidsconflicten” van de STECR, het platform reïntegratie. De Werkwijzer is gericht op het demedicaliseren van arbeidsconflicten en erkent dat arbeidsconflicten primair een zaak van werknemer en werkgever zijn, maar geeft tegelijkertijd aan dat het wenselijk is als de arbodienst een actieve rol speelt bij het oplossen ervan. De arbodienst kan een rol spelen in het signaleren van het conflict, in de diagnostiek, bij de interventie en bij de evaluatie van de afhandeling van het conflict.

Een sluimerend conflict kan tot uitbarsting komen als werkgever en werknemer in het kader van de Poortwachter-verplichtingen iets met elkaar moeten ondernemen:

Dhr. de Rooy neemt het zijn werkgever buitengewoon kwalijk dat zijn kritiek op de consequenties van het door de werkgever ingevoerde nieuwe werkproces niet serieus zijn genomen. Het leidt in zijn ogen tot een dienstverlening die ten opzichte van de klanten tekortschiet. Hij vindt zich daar zo over op dat de bedrijfsarts contact tussen werkgever en werknemer ontraadt.

Een paar weken later echter moet het plan van aanpak worden opgemaakt; de werkgever nodigt daartoe, zoals het hoort, De Rooy uit. Tijdens het gesprek heeft de werkgever naar eigen zeggen voorgesteld dat De Rooy het werk zou hervatten, waarop deze boos is geworden. De Rooy is volgens de bedrijfsarts behoorlijk naar de werkgever uitgevallen, hetgeen hun verstandhouding niet ten goede is gekomen. Later is De Rooy weer wat gekalmeerd en nu is hij weer gedeeltelijk aan het werk..

Tegenover een werkgever die in dit geval meent niet de ruimte te hebben het werkproces aan de kwaliteitseisen van de werknemer aan te passen staat een werknemer die meent de tekortschietende dienstverlening niet langer voor zijn rekening te kunnen nemen. De bedrijfsarts zou hier een directe of indirecte bemiddelende rol kunnen spelen in het contact tussen werkgever en werknemer maar houdt zich op de achtergrond.

Een complex geval waarin een arbeidsconflict een belangrijke rol speelt, is het volgende.

Een 36-jarige homoseksuele man, dhr. Leblanc, werkzaam als bedrijfsleider in een productiebedrijf, valt uit met een combinatie van fysieke en psychische klachten. Bovendien is er sprake van een arbeidsconflict.

Leblanc wijt zijn uitvallen in sterke mate aan een verandering in het management van het bedrijf. Vroeger kon hij daar goed mee overweg, maar sinds kort is er een nieuwe leiding die er volgens hem discriminerende praktijken op nahoudt en al eerder een homoseksuele collega heeft weggejaagd. Hij zegt daarnaast door het vele tilwerk een hernia te hebben opgelopen. Bij het interview wordt duidelijk dat het met Leblanc psychisch bergafwaarts is gegaan en dat hij inmiddels ‘pleinvrees’ heeft: hij durft de deur niet meer uit, behalve met steun van een bevriende buurman.

De huisarts typeert hem als een man die krachtige steun nodig zou hebben om hier uit te komen, maar bij gebreke daarvan zich steeds meer in een cocon inkapselt. Deze ontwikkeling heeft er volgens hem toe geleid dat hij op een aantal afspraken bij zijn werkgever niet is komen opdagen. Leblanc heeft de werkgever, dhr. Stultjens, bericht dat hij vindt dat Stultjens, gezien zijn ziekte, maar bij hem langs moet komen. Stultjens heeft besloten dit formeel op te vatten als 'niet meewerken aan reïntegratie' en is een ontslagprocedure gestart. De bedrijfsarts betwijfelt of dat zal lukken, denkt ook dat Leblanc moeite zal hebben hard te maken dat er van discriminatie sprake is, maar houdt zich verder afzijdig. Hij legt uit dat ten aanzien van arbeidsconflicten "onze policy is dat wij dáár niet voor zijn". Hij heeft outplacement voorgesteld via Argon, maar de werkgever heeft voor een ander bureau gekozen waaraan hij vervolgens de verdere initiatieven heeft overgelaten.

Duidelijk is dat werkgever en werknemer van elkaar af willen; de werknemer heeft zich al akkoord verklaard met reïntegratie bij een andere werkgever. Bijzonder aan dit geval is de verhouding tussen de aard van de psychische problematiek enerzijds en de eisen die, onder meer door de Wvp, aan activiteiten van de werknemer in het kader van de reïntegratie worden gesteld. De werkgever accepteert het daarop gebaseerde beroep op onvermogen van de werknemer niet. Doordat de werkgever niet aarzelt de zaak op scherp te zetten, escaleert de zaak en dreigt de reïntegratie te verkeren in een ontslagprocedure.

De bedrijfsarts lijkt in dit geval in een positie te verkeren waarin hij een bemiddelende rol zou kunnen spelen en wellicht de impasse zou kunnen doorbreken of verdere escalatie zou kunnen voorkómen, maar hij houdt zich aan het volgens hem bestaande beleid dat de bedrijfsarts zich bij arbeidsconflicten terughoudend moet opstellen.

In een ander geval ontstaat het conflict pas in de loop van de ziekteperiode: de aanvankelijk welwillende houding van een werkgever slaat om in ergernis en geïrriteerd gedrag als de psychische conditie van een werknemer zich minder snel herstelt dan de werkgever verwachtte.

Mw. Mak, 24 jaar oud, is medewerker van een cateringbedrijf. De eigenaresse, mw. Wagenaar zegt jaren prettig met haar te hebben samengewerkt - maar nu is daar, zo zegt zij, door een ziekte die niets met het werk te maken heeft "niets meer van over".

Mak voelde zich voor haar ziekmelding, tien maanden geleden, snel vermoeid en overstuurd. De psycholoog die zij op aanraden van haar ouders consulteert, houdt het op een burn-out. Zij spreekt in het interview zelf over eerdere overspannenheid, van 'vluchtgedrag' en van 'altijd een vrolijk gezicht opzetten en maar doorgaan'. De huisarts houdt het op een "negatief zelfbeeld" en vraagt zich af in hoeverre Mak voldoende inzicht heeft in de achtergrond van haar problemen.

Vier weken na haar ziekmelding bezoekt zij de bedrijfsarts, dhr. Blok, die na een kort gesprek zegt dat zij over drie weken wel weer aan het werk kan. Hij adviseert Wagenaar in de tussentijd regelmatig contact met Mak te onderhouden. Dat doet zij ook maar dit pakt volgens zowel Wagenaar als Mak niet goed uit. Als de beoogde datum nadert, ziet Mak steeds meer tegen hervatting op. Zij belt daarover met Blok die daar naar haar zeggen 'heel gemakkelijk op reageerde: hij vond het ook prima als ik het nog even uitstelde'. Wagenaar echter denkt daar heel anders over; zij is zeer teleurgesteld en vindt dat Mak 'gewoon weer moet komen werken'. Zij belt meerdere keren met Blok, die in het interview opmerkt dat Wagenaar weinig begrip toonde voor de lange duur die het herstel nodig had.

In die fase gaat het mis in de verhouding tussen Mak en Wagenaar. Mak voelt zich over haar uitvallen schuldig ten opzichte van Wagenaar en van haar collega's; zij weet immers wat in zo'n kleine werkgemeenschap de consequenties voor de anderen zijn als iemand uitvalt. Wagenaars teleurstelling geeft haar aanleiding in de contacten met Mak steeds kritischer van toon te worden. Mak klaagt dat Wagenaar steeds vervelende opmerkingen maakte, Wagenaar dat Mak met een lang gezicht haar werk deed en haar 'op haar plaats zette', wat zij niet pikte en wat dus eindigde in ruzie en huilbuien.

Mak vertelt dat de bedrijfsarts heeft aangeboden in de moeilijke verhouding tussen Mak en Wagenaar te bemiddelen, maar erbij zei: 'je kunt het beter zelf doen en als je het mij laat doen, kost het de werkgever geld'. Omdat Mak zich toch al schuldig voelde over de lasten die haar verzuim voor Wagenaar meebrachten, heeft zij zijn aanbod niet aangenomen.

De werknemer voelt zich in dit geval, vanuit haar psychisch kwetsbare constitutie, schuldig over de last en de kosten die zij door haar uitval berokkent aan haar werkgever en haar collega's. Dat gevoel belemmert haar en gaat ten koste van de communicatie met hen. De bedrijfsarts heeft, vermoedelijk mede door de wijze waarop de werknemer zich aan de buitenwereld presenteert, in eerste instantie niet in de gaten hoe ernstig haar problematiek is. Daardoor worden bij de werkgever verwachtingen over terugkeer gewekt die vervolgens illusoir blijken. Dan slaat de aanvankelijk welwillende houding van de werkgever, die zich bewust is van de consequenties van langdurige uitval voor haar kleine bedrijf, om in ergernis en wantrouwen.

Niet alleen de werkgever en werknemer zijn kritisch over de opstelling van de bedrijfsarts in deze zaak; ook hijzelf meent dat, als hij zich in dit geval actiever had opgesteld, tenminste een deel van de schade had kunnen worden voorkomen.

Heel anders is de rol van de bedrijfsarts in een arbeidsconflict bij een grote organisatie. Onder verwijzing naar de zowel financiële als sociale kwetsbaarheid van een werknemer zet de bedrijfsarts zich actief in voor een oplossing waarbij zij alle touwtjes in handen neemt:

De werknemer, dhr. Barends, reeds meer dan twintig jaar in dienst van de organisatie, krijgt bij een werkoverleg in maart van zijn collega's te horen dat zij niet meer met hem willen samenwerken. Voor Barends, die zich daarop ziek meldt, komt dit naar eigen zeggen totaal onverwacht, maar zowel de werkgever, dhr. Kruisheer, als de bedrijfsarts, mw. Cramer, spreken van een jarenlange voorgeschiedenis van problemen in de communicatie met collega's op verschillende werkplekken binnen de organisatie. Hoewel hij door hard werken binnen de organisatie veel heeft bereikt en nog maar kort geleden zelfs gezien werd als kandidaat voor een leidinggevende positie, spreken alle betrokkenen inclusief zijn huisarts nu van een tekortschieten van sociale en communicatieve vaardigheden.

Kruisheer wil hem niet meer op de afdeling zien terugkeren, Cramer accepteert dat. Kruisheer is eigenlijk ook niet meer bereid nog meer tijd en geld te steken in zijn begeleiding gelet op al datgene wat de organisatie in zijn perceptie al voor hem heeft gedaan en gelet op wat hij beschouwt als het 'privé-karakter' van de problematiek. Barends zelf klaagt over gebrek aan begeleiding; hij legt de verantwoordelijkheid voor het conflict bij de werkgever en vindt dat het zijn taak is hem te begeleiden bij het herstel; maar 'ze zitten nu al drie maanden niks te doen!' Inmiddels heeft hij zelf begeleiding door een psycholoog geregeld.

Cramer zegt erg haar best te doen voor hem een functie bij een andere vestiging van de organisatie te regelen. Zij noemt daar twee beweegredenen voor: (1) als hoofdkostwinner voor zijn gezin verkeert Barends in een financieel kwetsbare positie en (2) zijn problemen komen voort uit onvermogen, uit niet-kunnen en niet uit niet-willen. Cramer zegt Kruisheer van dat laatste te hebben kunnen overtuigen, zodat hij Barends nu niet 'op straat zet' maar 'meewerkt aan een elegante oplossing'.

Cramer heeft via het reïntegratiebedrijf een psycholoog geregeld die hem nu al begeleidt en hem in een eventuele nieuwe functie gaat begeleiden. Zij is ook betrokken bij de volgende kans die Barends wordt geboden: tijdelijke detachering bij een andere vestiging. Als dit rondkomt kan Barends daar een half jaar werken en als dat naar tevredenheid verloopt en zijn gedrag verandert, kan hij alsnog bij de organisatie in zijn huidige woonplaats gaan werken.

Niet duidelijk wordt waarom in dit geval de optie van bemiddelen in het geschil en op die manier streven naar hervatting op de oude plek niet (meer) in beeld komt. Kennelijk heeft de werknemer in dit geval zijn krediet bij de werkgever volledig verspeeld. In de perceptie van de bedrijfsarts komt dat voort uit onvermogen en daarom kiest zij voor een beschermende, 'hulpverlenende' en dat wil in dit geval zeggen: actieve opstelling. Dankzij de omstandigheid dat de werkgever een grote organisatie is met meerdere vestigingen, en de werknemer al een langdurig dienstverband bij de organisatie heeft, lijkt zij daarmee alsnog openingen te creëren voor een (geconditioneerde) voortzetting van het dienstverband bij een andere vestiging van de organisatie. Maar ook de bedrijfsarts lijkt de onmogelijkheid van hervatting op de oude werkplek te accepteren.

De verantwoordelijkheid voor het ontstaan van de problemen wordt in dit geval eenduidig gelegd bij (het onvermogen van) de werknemer; de werkgever sluit zich daarin aan bij het standpunt van de afdeling waar hij werkt. In een ander geval waarin een werkneemster niet door haar collega's op de afdeling werd geaccepteerd, ontstond geen arbeidsconflict omdat de verantwoordelijkheid voor het ontstaan van het probleem daar anders werd verdeeld.

De werkgever nam daar een tussenpositie in: het was enerzijds de harde opstelling, de ‘slechte sfeer’ op de afdeling en anderzijds de kwetsbaarheid van de werknemer die pas in combinatie tot uitval leidden.

Dat roept de vraag op welke mogelijkheden een werkgever in dergelijke gevallen heeft te interveniëren en te proberen problemen de wereld uit te helpen. In de gevallen die zich zodanig hebben ontwikkeld dat zij in ons onderzoek terecht zijn gekomen¹¹ worden die mogelijkheden door werkgevers zeer beperkt geacht. Soms is sprake van de ‘cultuur’ van een afdeling ‘die je niet zomaar verandert’, in een ander geval is verbetering zonder succes gezocht in psychologische begeleiding van de werknemer. Heeft zich eenmaal een conflict tussen werknemer en collega’s voorgedaan, dan wordt een verandering van werkplek (intern of extern) eerder overwogen dan een (verdere) investering in herstel van verhoudingen.

In twee gevallen heeft de ziekmelding plaats tegen de achtergrond van een geschil over de inrichting van het werk en de daaruit voortvloeiende omstandigheden waaronder de werknemer het werk moet verrichten.

In een geval streven de betrokkenen vooralsnog gezamenlijk naar hervatting in de oude functie, ondanks het feit dat sommigen van hen tot op zekere hoogte feitelijk verwachten dat de draagkracht van de werknemer niet opgewassen zal zijn tegen de eisen die zijn functie tegenwoordig stelt. Daardoor wordt de vraag naar de verantwoordelijkheid voor de mismatch tussen draaglast en draagkracht in deze casus een belangrijke issue waarover allen zich uitlaten.

Werknemer dhr. Liedorp legt het probleem dat hij ervaart bij de werksituatie: er zijn de laatste jaren steeds meer taken bijgekomen. Het werkproces is ingrijpend gewijzigd en de faciliteiten om je werk goed te doen ontbreken naar zijn mening steeds meer.

De werkgever, dhr. van Dam, drukt het zo uit: “Liedorp vindt dat de functie niet te zwaar voor hem is, maar dat de functie steeds zwaarder is geworden.” Van Dam vindt dat mensen wel vaker naar het werk wijzen terwijl de oorzaak van hun problemen eerder in de privé-sfeer ligt – en daaraan kun je als werkgever niets veranderen. “Iedereen weet dat je in dit werk vanwege de hoge werkdruk een stabiel thuisfront nodig hebt. En dat heeft dhr. Liedorp niet.”

Bedrijfsarts Van Rossum ondersteunt de visie van Liedorp dat het vooral de introductie van de nieuwe werkwijze is geweest die de problemen in het werk, dat Liedorp vroeger goed aankon, hebben veroorzaakt. Liedorp heeft volgens haar meerdere malen bij zijn direct leidinggevende aan de orde gesteld dat hij geen goede kwaliteit zorg meer kon verlenen, maar daar geen gehoor voor gevonden. Hij voelde zich door zijn werkgever niet serieus genomen en daar heeft hij zich een tijdje behoorlijk over opgewonden.

De uitval moet dus ook worden gezien in het bredere kader van belangentegenstellingen met betrekking tot en zeggenschap over de inrichting van het werkproces. De werkgever heeft in dit geval een verandering van het werkproces opgelegd die de werknemer afmeet aan professionele criteria (haar gevolgen voor de kwaliteit van de dienstverlening) en die hij op grond daarvan intern bekritiseert. Wanneer die kritiek in de ervaring van de werknemer wordt genegeerd, leidt dat tot een vertrouwensbreuk die, gegeven de ondergeschikte positie van de werknemer, de vorm aanneemt van een fysieke en psychische destabilisering van de werknemer en dientengevolge via een ziekmelding medisch wordt afgewikkeld.

De werkgever stelt vanuit zijn bovengeschiedte positie dat de werknemer ten onrechte het nieuwe werkproces niet aanvaardt dan wel kennelijk het vermogen mist dat te doen. Dat de werkdruk toeneemt, is voor hem een gegeven; de thuissituatie zou de negatieve gevolgen daarvan moeten kunnen ‘afvangen’. Hij legt daarmee de verantwoordelijkheid bij (het onvermogen van) de werknemer, met de implicatie dat de werknemer de band met zijn functie behoort los te laten en naar iets anders op zoek zou moeten. Er blijkt in dit geval geen bereidheid te zijn aan te sluiten bij de wensen en mogelijkheden van de werknemer.

Iets dergelijks gebeurt in het geval van een onderzoeksassistente. Dat haar onderzoek onvoldoende resultaten oplevert, ligt volgens haar aan de gebrekkige begeleiding, maar volgens haar begeleiders aan onvermogen.

¹¹ Wij herinneren er opnieuw aan dat dit een niet onbelangrijke relativering is voor wie wat nu volgt zou willen generaliseren. Immers, die gevallen waarin de werkgever er in zou slagen het probleem op te lossen, hebben een veel geringere kans op selectie in ons onderzoek.

Een 26-jarige projectmedewerkster is uitgevallen met klachten van overspannenheid en depressiviteit. Zij vindt dat zij slecht is begeleid, terwijl er wel druk op haar werd uitgeoefend met resultaten van het project te komen. Ondanks dat dit na een jaar tot lichamelijke klachten leidt, wordt aan de psychische belasting geen aandacht besteed, volgens de werkneemster althans. De werkgever ziet dat anders, stelt dat er wel degelijk het een en ander is ondernomen, maar schetst het beeld van een moeilijke persoonlijkheid. De werkneemster erkent dat haar 'introverte' karakter haar in haar werk problemen heeft opgeleverd. Maar zij stelt ook dat er, gezien de tekortschietende begeleiding, eigenlijk een arbeidsconflict is "al is dat nooit uitgesproken".

De projectleider stelt haar voor haar aanstelling na drie jaar voortijdig te beëindigen. In eerste instantie stemt ze daar mee in, totdat mensen uit haar omgeving haar wijzen op de consequenties die dat zou hebben, waarop zij haar instemming weer intrekt. Kort daarna valt zij geheel uit. De werkgever denkt eerst dat ze overspannenheid simuleert, maar de bedrijfsarts overtuigt hem ervan dat dat niet het geval is. Omdat een voorziening voor loopbaanbegeleiding voor projectmedewerkers ontbreekt, schakelt ze op eigen kosten een loopbaanbegeleider in. Inmiddels vindt de personeelsafdeling voor haar een ander baantje waar ze parttime, op AT-basis aan de slag kan en waar ze, mede omdat het werk haar minder hoge eisen stelt, naar tevredenheid werkt.

De bijzondere aard van de aanstelling en het tijdelijke karakter ervan lijken hier zowel bepalend te zijn voor de aard van de problemen als voor het achterwege blijven van een openlijk arbeidsconflict. De persoonlijkheid van de werkneemster en de aard van de begeleiding sluiten niet op elkaar aan en zorgen voor miscommunicatie en wederzijds ongenoegen. Omdat de baan een tijdelijk karakter heeft en binnen een jaar afloopt, wordt dat niet hoog opgespeeld. Bij de werkgever ontbreken in dit geval voorzieningen voor loopbaanbegeleiding.

3.4 Conclusies

De werkgever kan slechts in beperkte mate rechtstreeks invloed uitoefenen op het herstel van de gezondheid van de werknemer. Heeft hij een goede vertrouwensband met de werknemer, dan informeert deze hem over de aard van de kwaal en de voortgang van het herstel en kan de werkgever zijn mogelijkheden daaraan bij te dragen overzien; is dat niet zo, dan is de werkgever aangewezen op de – mede door wettelijke restricties – veel beperktere informatie die werknemer en bedrijfsarts hem (moeten) verstrekken. Indirect kan de werkgever vaak wel een bijdrage leveren, bijvoorbeeld door aangepast werk te organiseren of financieel bij te dragen aan een behandeling.

Zolang de werknemer voor duidelijke, somatische klachten onder behandeling is, beperkt de bedrijfsarts zich er gewoonlijk toe "de vinger aan de pols te houden" totdat herstel intreedt. Datzelfde gebeurt bij psychische klachten indien de werknemer na de ziekmelding reeds in behandeling is.

Is dat echter niet het geval – en dat lijkt frequent voor te komen – dan lijkt er een soort niemandsland open te liggen waarin allerlei routes bewandeld worden. De bedrijfsarts kan in enkele gesprekken de aard en ernst van de psychische klachten helder pogen te krijgen. Daarna kan verwijzing plaatsvinden naar verschillende instanties. Ook zet de bedrijfsarts soms de "behandeling" zelf voort in de vorm van een reeks gesprekken.

Bij arbeidsconflicten houdt de bedrijfsarts zich, naar eigen zeggen in overeenstemming met het beleid van de arbodienst, zo afzijdig mogelijk en beperkt zich tot de wettelijk vereiste contacten, al komt het ook wel voor dat de bedrijfsarts juist een doorbraak in een impasse weet te forceren.

Arbeidsconflicten kunnen al voor of ten tijde van de ziekmelding bestaan, waarbij niet altijd het conflict ook de oorzaak van de ziekmelding is: er kan samenloop van andere gezondheidsklachten met conflicten bestaan. Een arbeidsconflict kan zich ook ontwikkelen in de loop van het verzuimgeval, als gevolg van uiteenlopende visies op het proces van herstel en hervatting. Het conflict is dan eerder gevolg dan oorzaak of aanleiding van de ziekmelding, en onderwerp van het conflict kan juist zijn wie de "schuldige" is van het ontstaan van de klachten en wie meer had moeten of kunnen doen om herstel en hervatting te bespoedigen.

Tenslotte gaat het niet altijd (alleen) om conflicten tussen werkgever en werknemer; ook conflicten tussen een werknemer en een groep van collega's komen voor.

4 Tijd van hervatten

Naast het wegnemen van de oorzaken van het uitvallen is het bepalen van het moment en de wijze waarop het werk kan worden hervat een tweede belangrijk aspect van het reïntegratieproces. In dit hoofdstuk staat de vraag centraal op welke wijze wordt bepaald wat het juiste moment en de juiste wijze van werkhervatting is. De 'hoofdregel' die in de praktijk blijkt te worden gehanteerd, kan hier vast als volgt worden samengevat. In beginsel is het de werknemer die aangeeft wanneer zijn herstel zo ver is gevorderd dat hij het werk zou kunnen hervatten. Dat is alleen anders als een werknemer naar de mening van de bedrijfsarts of van een ingeschakeld reïntegratiebedrijf 'in een ziekenrol vervalt': dan is optreden geboden.

In beginsel wachten de andere actoren tot de werknemer een eerste teken geeft dat zijn herstel werkhervatting mogelijk maakt. Maar de tijdigheid van dat moment wordt wel marginaal getoetst door werkgever en bedrijfsarts, in die zin dat als de werknemer veel eerder aan de slag wil gaan dan anderen goed vinden voor zijn gezondheidsherstel, of als zijn gezondheid grotendeels hersteld lijkt maar het teken uitblijft, de bedrijfsarts remmend dan wel stimulerend kan ingrijpen.

Indirect speelt het oordeel van de curatieve sector wel een rol in de besluitvorming over het juiste moment van hervatten, maar dat bereikt de bedrijfsarts doorgaans via datgene wat de werknemer daarover vertelt. Rechtstreeks contact tussen bedrijfsarts en curatieve sector komt weinig voor.

4.1 Competentie en hersteltempo

Als de werknemer in de perceptie van de andere actoren op competente wijze omgaat met zijn gezondheidsproblemen en met het toewerken naar werkhervatting, wordt de regie over de contacten met de curatieve sector zowel als die over de condities en het tempo van werkhervatting in hoge mate aan de werknemer overgelaten. Dat gebeurt des te meer naarmate de verhouding tussen de werknemer en de werkgever goed en de klacht fysiek van aard is.

Desondanks kan de bedrijfsarts het tot zijn taak rekenen erop toe te zien dat de perceptie die de werknemer van zijn eigen mogelijkheden heeft in het licht van zijn gezondheidsherstel 'reëel' is. Dat wil zeggen dat hij zich vanuit een regie-verantwoordelijkheid af kan vragen of optimistisch hervattingsgedrag niet een terugslag zal hebben op het gezondheidsherstel van de werknemer en of hij, als dat waarschijnlijk is, daarin corrigerend moet optreden.

Dhr. Bruggeman, een 48-jarige man, is uitgevallen door eenduidig fysieke beperkingen (hernia). Hij werkt als technisch specialist in een team van ongeveer tien collega's. Wij interviewen hem, zijn direct leidinggevende, dhr. Snijder, en de bedrijfsarts, mw. Elmers, ongeveer drie maanden na zijn uitval. Hij heeft dan gedeeltelijk hervat op AT-basis en verwacht over een half jaar weer volledig hersteld en aan het werk te zijn.

Uit de interviews komt naar voren dat Bruggeman weloverwogen zijn eigen koers uitzet en als zodanig door de andere betrokkenen wordt gerespecteerd. Hij heeft een goede verhouding met Snijder, zij hebben regelmatig contact en Bruggeman vindt dat Snijder daarbij goed naar hem luistert. Ze zijn het eens over de prioriteiten en hebben gezamenlijk een stappenplan opgesteld voor zijn geleidelijke terugkeer in het werk. Snijder en zijn collega's missen Bruggemans bijdrage op het werk en zien hem graag terugkeren. De geleidelijke hervatting gaat volgens Bruggeman in harmonie met zijn collega's.

Snijder geeft aan te vertrouwen op de manier waarop Bruggeman met zijn gezondheid en werkhervatting omgaat. Hij verwacht en vertrouwt erop dat Bruggeman open en eerlijk aangeeft wat hij wel en met name ook wat hij niet aankan. Hij heeft dat ook met Bruggeman besproken en ze hebben afspraken gemaakt over wat ze wel en wat ze niet van elkaar kunnen verwachten.

Ook in zijn contacten met de curatieve sector vaart Bruggeman enigszins een eigen koers en hij lijkt daar ook de ruimte voor te krijgen. Hij zegt goed contact te hebben met zijn huisarts - die hem zelfs op eigen initiatief in het ziekenhuis kwam opzoeken - maar diens advies om nog wat langer in het ziekenhuis te blijven legt hij naast zich neer. Hij regelt zelf een speciaal bed, zodat hij thuis verder kan herstellen, en hij regelt vervolgens ook zelf een behandeling door een fysiotherapeut.

Competent gedrag en goede afspraken met de werkgever garanderen echter op zich nog niet dat het hervattingstempo in evenwicht is met het proces van gezondheidsherstel – dat vindt althans mw. Elmers, de bedrijfsarts, die het stappenplan dat Bruggeman en Snijder samen hebben opgesteld afwijst. Van de strekking van dat plan verschillen de lezingen: volgens Snijder mikte het op hervatting na vier weken, volgens Elmers al na één week. Zij vindt dat plan te hoog gegrepen en daarin krijgt ze, zoals Bruggeman vertelt, bijval van zijn echtgenote die het ook wel plezierig vindt dat hij een tijdje wat meer thuis is, meegaat als zij de kinderen van school haalt en kleine klusjes doet in huis. Voor Elmers telt naar eigen zeggen haar regietaak: zij moet de werknemer voorlichten en bewaken dat het terugkeerplan reëel is, de werknemer geen inspanning oplegt die weer negatief op zijn herstelproces kan terugslaan. Zij is tevreden over haar ingrijpen in het plan dat Bruggeman en Snijder hadden opgesteld: de termijn is nu zes weken en zoals het nu gaat, werkt het goed uit.

Snijder is geërgerd over de gang van zaken: Hun stappenplan was gebaseerd op een advies over de reïntegratiemogelijkheden van Elmers zelf - en nu verandert zij dat eenzijdig en zonder enige toelichting. Bruggeman accepteert wel dat het eigen plan is veranderd, vanwege de professionaliteit die hij de bedrijfsarts toekent; op die grond zegt hij ook haar adviezen op te volgen. Maar hij zegt zich te storen aan het gebrek aan communicatie en aan de inefficiëntie: hij had het conceptplan van tevoren opgestuurd maar bij het spreekuurbezoek bleek dat Elmers het niet had gelezen. Verder denkt hij dat Snijder en hijzelf zich de moeite hadden kunnen besparen als ze van tevoren hadden geweten dat Elmers zou vasthouden aan wat hijzelf als een 'kant-en-klaar' terugkeerplan ziet.

Elmers, ten slotte, heeft kritiek, niet zozeer op Snijder als wel op het bedrijf dat eerder had kunnen zien aankomen dat voor Bruggeman aangepast meubilair (dat nu pas is geplaatst) nodig was en dat daarnaast niet bereid blijkt te zijn een rugtherapie te bekostigen.

In dit geval wordt werkhervatting alleen beperkt door de fysieke draagkracht van de werknemer die pas geleidelijk herstelt; ander of aangepast werk is daarom hier niet aan de orde. Het initiatief tot hervatten ligt bij de werknemer zelf. Aard en niveau van het werk van de werknemer en diens competente houding dragen bij aan harmonieuze verhoudingen tussen bijna alle betrokkenen. Alleen de communicatie van de kant van de bedrijfsarts laat te wensen over; werkgever en werknemer althans menen op een gegeven moment een constructief voorstel te doen, blijven in het ongewisse omtrent de overwegingen voor de afwijzing daarvan en ervaren vervolgens de oplegging van het plan van de bedrijfsarts als eenzijdig.

De bedrijfsarts grijpt corrigerend in op het in haar ogen te snelle tempo van hervatting dat werkgever en werknemer voor ogen hebben. De door allen erkende competentie van de werknemer lijkt een negatieve weerslag te hebben op de communicatie over het geval tussen de betrokken actoren: hoewel de bedrijfsarts maandelijks contact heeft met het bedrijf, heeft deze zaak niet op de agenda gestaan. De bedrijfsarts heeft daartoe niet het initiatief genomen omdat daar, gezien de competente houding van de werknemer, volgens haar geen aanleiding toe was en omdat de bedrijfsarts de primaire verantwoordelijkheid voor het agenderen van een geval bij de werkgever wil leggen.

Ook in een ander geval, waarin sprake is van een herniaoperatie met 70 % kans op volledig herstel, is de bedrijfsarts tevreden over de remmende rol die hij ten opzichte van werkgever en werknemer heeft gespeeld.

In een andere casus is eveneens sprake van een hoogopgeleide werknemer die competent met zijn herstel omgaat en derhalve van de andere actoren de ruimte daartoe krijgt. Ook hier wordt de bijdrage van de werknemer aan het werk hoog gewaardeerd en ziet men hem graag terug op de werkvloer. De werkgever treft een aantal maatregelen om thuiswerken mogelijk te maken; de werknemer ziet voor zichzelf een nauwe samenhang tussen (gedeeltelijk) hervatten en gezondheidsherstel en wil graag hoe dan ook aan het werk blijven. In dit geval is het de werkgever die met het oog op de langere termijn expliciet minder van de werknemer vraagt dan deze zelf denkt aan te kunnen. De werkgever meent dat deze werknemer erbij gebaat is 'als je bezorgdheid toont en hem ruimte geeft om te herstellen' en zet dat af tegen mensen 'die hun ziekte gaan koesteren'.

Als er goed contact is tussen werkgever, werknemer en collega's, als de werkgever de werknemer graag terugziet op de werkvloer, als de werknemer zelf gemotiveerd is voor zijn werk en als de juiste condities worden gecreëerd voor terugkeer op de werkplek, dan lijken alle voorwaarden voor een geslaagde reïntegratie al te zijn vervuld.

Een 48-jarige verpleegster, mw. Thierens, is een half jaar geleden uitgevallen met rugklachten die, naar na enige tijd blijkt, het gevolg zijn van een hernia. De bedrust die zij moet houden, genereert een aantal medische complicaties. Niettemin heeft de werkgever geen initiatief genomen om een plan van aanpak op te stellen omdat het uitzicht op werkherhervatting daarvoor te duidelijk was. Na een operatie is Thierens ten tijde van de interviews op AT-basis weer voor de helft van haar werktijd aan de slag.

Zij is zeer gemotiveerd, zowel de werkgever als de bedrijfsarts zeggen dat zij 'eerder moet worden afgeremd'. De bedrijfsarts heeft haar overigens in dat halve jaar maar twee keer gesproken.

Omdat Thierens voorlopig nog maar weinig mag tillen, heeft de werkgever naar eigen zeggen duidelijke afspraken gemaakt met de rest van het team waarin zij werkt, over wat zij wel en wat zij niet mag doen: "ik vind het heel belangrijk dat mw. Thierens weer terug komt. Zij is iemand die werkt met heel veel plezier. Ik hoef haar ook niet te motiveren om weer aan het werk te gaan. Ik moet haar eerder beschermen zodat ze niet te snel teveel wil. Daarom heb ik ook met de rest van het team duidelijke afspraken gemaakt over wat ze wel en wat ze niet mag. Zo mag ze bijvoorbeeld niet meer tillen, maar moet ze tilmachines gebruiken."

Het wederzijds enthousiasme van werkgever en werknemer draagt er in dit geval toe bij dat goede voorwaarden worden gecreëerd voor de werkherhervatting van een werkneemster die zich in verband met haar lichamelijke klachten nog enige tijd zal moeten ontsien en daarbij de medewerking en, zo wordt in dit geval gesuggereerd, ook enigszins het toezicht van haar collega's nodig zal hebben. De rol van de bedrijfsarts in dit geval is niet erg duidelijk maar lijkt marginaal te zijn.

Maar niet altijd zijn dergelijke condities voldoende om de hervatting ook succesvol te doen verlopen:

Een verpleegkundige heeft uitvalsverschijnselen en pijn in haar arm die later een gevolg blijken te zijn van een betrekkelijk zeldzame kwaal. In het kader van haar eigen wens en die van haar werkgever om het contact met de werkvloer zo veel mogelijk in stand te houden gaat zij gedurende haar ziekteperiode regelmatig naar haar afdeling. Hoewel zij weet dat ook kleine bewegingen funest zijn voor de conditie van haar arm, is het moeilijk de sociale druk van collega's die regelmatig om wat assistentie vragen, te weerstaan, temeer omdat de diagnose dan nog onduidelijk is en de pijn op dat moment niet zichtbaar is.

De bedrijfsarts heeft haar leidinggevende wel op haar fysieke beperkingen gewezen, maar dat heeft niet voorkomen dat er in de praktijk op de werkvloer meer van haar werd gevraagd dan haar lichaam aankon. Uiteindelijk is zij tegen haar zin om gezondheidsredenen thuis gebleven.

Vanuit de dagelijkse routines op de werkvloer is het voor collega's niet gemakkelijk ten volle te beseffen dat de gezondheidstoestand van een bepaalde werknemer een beroep op assistentie, ook als het om eenvoudige, basale handelingen gaat, uitsluit. In dit geval stuitte de wens van werkneemster contact te blijven houden met het werk - en het daarmee gediende belang van reïntegratie - af op de weerbarstigheid van de dagelijkse routines. Mogelijk hadden werkgever en bedrijfsarts dat effect kunnen voorkomen of verminderen door de beperkingen van de werkneemster veel duidelijker ten opzichte van haar collega's te onderstrepen of door de taken van de werkneemster duidelijker af te bakenen.

Ook in een ander geval blijkt dat een hervatting in eerste instantie is mislukt doordat vanuit de collega's op de afdeling een zodanig beroep op de werkneemster werd gedaan dat zij werd overvraagd. In dat geval is inmiddels een tweede, beter voorbereide hervatting in gang gezet.

De omstandigheid dat een werkgever in de perceptie van de bedrijfsarts wel de mogelijkheid heeft direct bij te dragen aan de condities voor herstel en hervatting, wil niet altijd zeggen dat die condities ook daadwerkelijk worden geschapen:

Een werkneemster, overspannen geraakt in afdeling A, krijgt op initiatief van de bedrijfsarts van de interne arbodienst de gelegenheid bij een andere afdeling van het concern geleidelijk haar werkritme weer op te bouwen. Op het laatste moment blokkeert de interim-manager van afdeling A dit plan echter.

De werkneemster vertelt het volgende: 'Toen de interim-manager via het Sociaal Medisch Team hoorde dat ik bij een andere afdeling in een tijdelijke functie zou gaan reïntegreren, heeft hij dat geblokkeerd en geëist dat ik met onmiddellijke ingang mijn werk zou hervatten.'

Ik had hier zelf geen enkele inspraak in. Ik had er wel moeite mee om weer iets op te bouwen in een afdeling die in het kader van de reorganisatie weer afgebroken zou worden. De eerst zes weken ging de reïntegratie redelijk goed, maar daarna werden er afdelingen weggesaneerd. Hierdoor kreeg ik steeds minder te doen. Ik kreeg regelmatig klussen opgedragen die daarna zonder overleg weer bij me werden weggehaald. Op een gegeven moment werd ik als productiemedewerker bij een afdeling geplaatst waar ik zelf leidinggevende was geweest.'

Volgens de werknemster en de bedrijfsarts is een en ander uitsluitend gebeurd omdat in het kader van de reorganisatie de interim-manager een bonus krijgt als hij mensen weet weg te krijgen voordat de afdeling wordt opgeheven. Zou hij met het plan akkoord zijn gegaan, dan zou de werknemster zich aan zijn invloed hebben kunnen onttrekken en zou zijn bonus mogelijk op losse schroeven zijn komen te staan. Commerciële belangen wegen hier volgens hen dus zwaarder dan de gezondheid van de werknemster die door deze tegenslag ook daadwerkelijk is verslechterd.

Het optreden van de direct leidinggevende staat hier haaks op het streven van werknemster en bedrijfsarts naar reïntegratie. De bedrijfsarts is kennelijk niet in de positie zijn plan tegen het verzet van de direct leidinggevende in te realiseren.

In weer een ander geval is de werkgever welwillend maar kennelijk niet bij machte de condities te realiseren die moeten bijdragen aan de terugkeer van de werknemer:

Mw. Groot, een 39-jarige werknemster van een groot advocatenkantoor, valt uit met psychische klachten (vermoeidheid, stress) maar heeft daarnaast al langer lichamelijke klachten. Zij wijt zelf haar uitval geheel aan de werksituatie: er is een gebrek aan aandacht voor haar positie en er loopt een reorganisatie waarbij haar functie dreigt te vervallen. Werkgever en bedrijfsarts erkennen dat; de personeelsfunctionaris constateert dat er nauwelijks contact is tussen haar en haar direct leidinggevende maar laat het kennelijk ook bij die constatering. Zij wijzen daarnaast op de betekenis van problemen van fysieke aard en in de privé-sfeer van Groot.

In verband met het uitvallen van mw. Groot is een tijdelijke kracht aangetrokken die haar werkplek gebruikt. Bij de gedeeltelijke terugkeer van Groot wordt op de kleine werkruimte een extrabureau bijgeplaatst met een PC die niet op het netwerk is aangesloten, wat gezien de aard van haar werk erg onhandig is. De bedrijfsarts noemt het "een absurde situatie".

Groot wil dat haar werkgever ervoor zorgt dat die netwerkaansluiting er komt. Als zij met dat oogmerk de bedrijfsarts over de situatie vertelt, geeft deze een arbeidshygiënist opdracht haar werkplek te onderzoeken. Groot vindt dat de bedrijfsarts niet goed naar haar luistert: hij had gewoon de werkgever opdracht moeten geven die netwerkaansluiting te maken.

Ook al is het handelen de bedrijfsarts hier waarschijnlijk adequaat, het sluit niet aan bij de verwachtingen van de werknemster en de bedrijfsarts laat kennelijk na uit te leggen waarom hij zo dit doet. De werkgever zorgt in dit geval niet goed voor de technische voorwaarden voor een doelmatige werkhervatting.

Niet in alle gevallen waarin de bedrijfsarts, afgaande op informatie die hij van de werknemer of anderszins krijgt, meent het moment van hervatten te kunnen bepalen, blijkt die beoordeling adequaat te zijn. In het hierboven al in § 3.4 beschreven geval van mw. Mak miskent de bedrijfsarts de ernst van de kwaal en spreekt een te vroegtijdige hersteldatum af; als deze niet haalbaar blijkt te zijn, draagt de teleurstelling bij de werkgever bij tot het ontstaan van een arbeidsconflict.

4.2 Afremmen

Niet altijd wordt, zoals in de hierboven geschetste situaties, de werknemer competent geacht zijn mogelijkheden en zijn tempo van werkhervatting te kunnen beoordelen. Regelmatig geven werkgevers of bedrijfsartsen aan dat er voor hen reden is werknemers eerder af te remmen dan te stimuleren.

Een werkgever zegt over een zieke werknemster: "Zij staat te popelen om weer te werken. Als ze morgen weer zou kunnen werken, dan zou ze er ook gelijk staan. Het is niet nodig om haar te stimuleren. Zeker in het begin moesten we haar wel afremmen.

We moesten haar echt vertellen dat ze niet teveel moest doen en zeker niet te hard van stapel moest lopen. Nu hoeft dat niet meer. Ze weet dat ze zo dicht bij terugkeer op de werkvloer zit, dat ze geen enkel risico meer neemt. Ik verwacht dat ze goed naar haar lichaam luistert, doet wat haar artsen zeggen en zich aan de leefregels houdt”.

Die competentie wordt met name niet altijd aanwezig geacht als een werknemer door psychische overbelasting is uitgevallen. Ook de werkgever kan dan tot de conclusie komen dat de wens van de werknemer te hervatten niet hoeft aan te sluiten bij zijn daadwerkelijke mogelijkheden en dus niet altijd gehonoreerd moet worden.

De werkgever heeft een overspannen leraar drie maanden geleden zelf aangeraden te stoppen met werken en zich ziek te melden. Hij zegt ook voor de komende tijd te verwachten dat hij de werknemer nog wel regelmatig zal moeten ‘afremmen’ om te voorkomen dat hij sneller weer aan het werk gaat dan zijn gezondheid toelaat.

Ook in dit geval staat de ‘houding van de werkgever op gespannen voet met het inzicht zoals verwoord door de Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (‘Donner I’) dat het verre te verkiezen is de werknemer in dergelijke gevallen aangepast werk te laten verrichten in plaats van hem afgezonderd te houden van het werk.

In tweederde van de onderzochte cases heeft de werknemer een poging ondernomen het werk te hervatten. De mate waarin dit op eigen initiatief van de werknemer gebeurt, maakt dat de bedrijfsarts hier een speciale taak heeft, te meer omdat werknemers laten blijken erg gemotiveerd te zijn om te hervatten maar soms in de ogen van de bedrijfsarts geen adequate perceptie hebben van hun vermogen daartoe. Werkgevers hebben bovendien meerdere redenen om in het initiatief van de werknemer mee te gaan, behalve wanneer er sprake is van een arbeidsconflict of van psychische problemen die nadelig kunnen uitwerken op de werkomgeving. Bedrijfsartsen treden in dit complex van belangen voornamelijk op in naam van het gezondheidsherstel en nemen dat in bescherming tegen een vroegtijdige hervatting, onverschillig of daarop van werknemers- of van werkgeverskant wordt aangedrongen.

In de onderzochte gevallen is het dus regelmatig zo, met name bij klachten van fysieke aard, dat bedrijfsartsen menen de werkhervatting te moeten afremmen omdat werknemers in hun ogen te optimistisch zijn over hun herstel en hun mogelijkheden weer aan het werk te gaan.

In enkele gevallen keert de bedrijfsarts zich tegen een initiatief van de kant van de werkgever en steunt hij in feite het tempo dat de werknemer voor ogen heeft. Naast deze vorm van direct ingrijpen in het voornemen van werknemer en/of werkgever staan lichtere vormen van beïnvloeding. In sommige cases geeft de bedrijfsarts aan afspraken te hebben gemaakt met de werkgever en/of de werknemer over het tempo van hervatting, in andere ‘bewaakt’ of ‘monitort’ hij dat tempo.

In sommige gevallen brengen respondenten de door hen gepercipieerde noodzaak van het afremmen van de werknemer in verband met de notie dat een tweede uitval altijd harder aankomt dan de eerste. De gedachte is dat als een werknemer te snel hervat en opnieuw overbelast raakt, het opnieuw uitvallen nog veel destabiliserender werkt dan de eerste keer. Daarom zouden alle betrokkenen gebaat zijn bij een voorzichtig tempo.

Een werknemer kan het ‘afremmen’ door de bedrijfsarts als een steun in de rug ervaren, als een vorm van ‘coaching’ die hem of haar helpt in het herstelproces.

Een verpleegster, uitgevallen wegens overspannenheid, wil graag weer aan het werk maar de bedrijfsarts zegt haar daartoe nog niet in staat te achten. Uiteindelijk zegt de bedrijfsarts: ‘goed, probeer het dan maar, dan zul je zelf merken dat het nog niet gaat’.

Die voorspelling komt inderdaad uit, maar de werkneemster vindt het goed dat de bedrijfsarts haar de kans gaf dat zelf te ervaren. Ze heeft er nu vertrouwen in dat de bedrijfsarts goed kan inschatten wanneer zij weer aan het werk kan, dat stelt haar gerust en neemt het onrustige gevoel weg dat zij snel zou moeten hervatten.

Onder deze condities leidt een ‘tweede uitval’ niet van kwaad tot erger, maar tot de dubbele winst van toename van het inzicht van de werkneemster in haar beperkingen en van het vertrouwen in het vermogen van de bedrijfsarts haar te coachen.

Beide lijken stressverlagend uit te werken en daarmee het herstelproces te bevorderen. Niettemin kan ook in dit geval de vraag worden gesteld of hervatten in aangepast werk niet nog een betere optie zou zijn.

4.3 Een ‘zetje in de rug’

Bedrijfsartsen oriënteren zich in hun oordeel over het hervattingstempo in sterke mate op datgene wat de werknemer zelf over zijn conditie en mogelijkheden aangeeft maar beoordelen tevens of dat adequaat is. Voor sommige werknemers is het immers moeilijk de beslissing te nemen een psychotherapie te volgen of na een periode van uitval de stap terug naar het werk te zetten. Bedrijfsartsen zetten werknemers er dan soms juist toe aan die therapie te volgen of hun werk te hervatten. Vooral werknemers die zijn uitgevallen met psychische klachten krijgen daarentegen veel ruimte om zelf het tempo aan te geven.

Een op zichzelf puur fysieke kwaal kan psychisch-destabiliserende consequenties hebben die werkherhervatting kunnen vertragen.

Een 50-jarige werknemer in de bouw krijgt last van evenwichtsstoornissen, die een gevolg blijken te zijn van een virusinfectie in zijn evenwichtsorgaan. Dat is niet met medicijnen te genezen maar moet ‘gewoon uitzieken’. De aard van de stoornissen leidt tot onzekerheid bij de werknemer, die het er bovendien moeilijk mee heeft ‘thuis te zitten’ in een dorp waarin dat een grote mate van zichtbaarheid heeft. De bedrijfsarts komt daar in de gesprekken achter en raadt hem daarom aan iets te gaan ondernemen. Zij is achteraf verrast over de positieve uitwerking die dat naar haar waarneming op het herstel van de werknemer bleek te hebben.

De huisarts signaleert dat de werknemer door het gevoel van onzekerheid aarzelde aan de slag te gaan; in een gemoedelijke sfeer heeft de arts de werknemer een zetje gegeven (“gegroet, je hebt me niet meer nodig”).

Een beetje druk helpt hier de werknemer net over een drempel heen, zo is althans het idee van betrokkenen. Huisarts en bedrijfsarts rekenen het, kennelijk onafhankelijk van elkaar, tot hun taak dat beetje druk, waar nodig, toe te passen. Sommige actoren spreken daarover in het kader van de neiging die bij sommige werknemers zou bestaan om ‘in een ziekenrol te vervallen’ of ‘hun ziekte te gaan koesteren’.

Een 36-jarige vrachtwagenchauffeur, werkzaam bij een grote organisatie, krijgt in november een hartinfarct. In december ondergaat hij een open hartoperatie, waarna hij in april parttime hervat in ander, administratief werk. In juni krijgt hij last van de wond van de operatie en is opnieuw een operatie nodig. Dat heeft hem een terugslag gegeven, maar hij is nu opnieuw halftime hervat. Hij is nog onzeker, maar wijst begeleiding door een psycholoog af (‘die gaan dan de schuld voor m’n hartkwaal bij mijn familie zoeken ...’). De werkgever steunt hem, heeft het personeel geïnstrueerd dat hij moet worden ontzien en in de gaten gehouden, dat hij zich niet mag afzonderen, enzovoort.

De bedrijfsarts vond dat zijn familie na de tweede operatie ertoe bijdroeg dat de werknemer zich te veel in een ziekterol liet duwen en daardoor in de put raakte. De bedrijfsarts vond het allemaal te langzaam gaan (“zo’n slome revalidatie is voor een 50-plusser, hij is veel jonger”). Hij heeft naar eigen zeggen ‘hem toen stevig aangepakt’ en hem indringend toegesproken. Vervolgens heeft de werknemer ruzie met zijn familie gemaakt en heeft hij de revalidatie weer serieus ter hand genomen. Hij volgt nu een fysiek programma, en maakt plannen voor de toekomst.

De cardioloog heeft aangegeven dat de werknemer voor 90 % zal herstellen en gewoon in het eigen werk kan hervatten; de bedrijfsarts gaat daar nog steeds vanuit. Maar ook hij weet dat de werknemer en werkgever, mede met het oog op toekomstige ontwikkelingen in de organisatie en op de ICT-interesses van de werknemer, bezig zijn te verkennen of een omscholing in die richting mogelijk is. Medisch is daar echter volgens de bedrijfsarts geen noodzaak toe.

In een ander geval grijpt de bedrijfsarts actief (en in zekere zin ook: curatief) in, als zij de indruk krijgt dat een werkneemster niet goed omgaat met stevige problemen in de privé-sfeer.

Een vrouw raakt overspannen door een combinatie van werkdruk en vooral een reeks van psychisch belastende gebeurtenissen in de privé-sfeer. Zij is al enige jaren onder behandeling van een psycholoog. De bedrijfsarts constateert dat het erg slecht met haar gaat, veel slechter dan zij eruit ziet. Zij vertelt daarover maar weinig aan de werkgever, maar pakt de werkneemster zelf naar eigen zeggen hard aan: zij heeft 'enkele stevige gesprekken met haar gevoerd' waarin zij duidelijk heeft gemaakt dat 'het wegvlugten in medicijnen en verkeerde relaties afgelopen moest zijn' en dat 'zij de eigen verantwoordelijkheid voor haar leven op zich moest nemen en er hard voor moest werken er iets van te maken en dat het anders nooit zou lukken'.

Volgens de bedrijfsarts hebben deze gesprekken voor een doorbraak gezorgd. Via een begeleiding door een psycholoog en door een collega die als 'personal coach' optrad, is uiteindelijk werkhervatting gerealiseerd.

Voor de bedrijfsarts stond gezondheidsherstel voorop. Zonder werkhervatting was dat volgens haar niet goed afgelopen, dus moest zij zorgen dat de werkgever bleef meewerken aan reïntegratie. Volgens haar is dat in het regelmatig overleg dat zij hebben, gelukt. Daarmee is volgens haar uiteindelijk het belang van alle betrokkenen het best gediend. De bedrijfsarts zegt in het interview desgevraagd dat zij het wel degelijk tot haar taak rekent in te grijpen als mogelijkheden tot verbetering mis dreigen te lopen. Ook vindt zij dat zij om dat te bereiken selectief mag zijn in de informatie die zij aan de werkgever verstrekt. Mede gezien de goede afloop, beschouwt zij dit zelfs eigenlijk als een "glad geval".

De informatie waarover de bedrijfsarts beschikt maakt dat zij, althans in het niet-curatieve veld, de beste positie heeft om corrigerend in te grijpen. Hoe dit initiatief zich verhoudt tot de curatieve inspanningen van de ingeschakelde hulpverleners (psycholoog, afkickcentrum medicijnenverslaving) lijkt een belangrijke vraag waarop het antwoord niet duidelijk is. In de relatie met de werkgever speelt de bedrijfsarts geen open kaart, maar zij acht zich daartoe gelegitimeerd door het doel van de reïntegratie van de werkneemster.

In een ander geval is het reïntegratiebedrijf dat op een gegeven moment meent wat druk uit te moeten oefenen, en met succes:

Een 25-jarige vrouw, die zelf meent dat zij burn-out is, maar waarvan huisarts en reïntegratiebedrijf zeggen dat zij lijdt aan een veel te negatief zelfbeeld, onderneemt na een sollicitatietraining maar weinig, naar het oordeel van het reïntegratiebedrijf. Zij had veel kwaliteit maar gedroeg zich onzeker en 'verstopte zich een beetje in haar slachtofferrol'. Het reïntegratiebedrijf heeft haar naar eigen zeggen toen "een schop onder de kont gegeven" en indringend op haar ingesproken. En, naar het reïntegratiebedrijf meent, met succes: korte tijd later kon zij uit meerdere banen kiezen.

De subjectieve onzekerheid die voortvloeit uit de psychische constitutie van de werknemer (negatief zelfbeeld, onzekerheid, vluchtgedrag) en/of de situatie waarin hij of zij verzeild is geraakt (tijdelijke of duurzame psychische overbelasting) wordt in deze gevallen dus actief gecompenseerd door confronterend optreden van een van de actoren.

4.4 Conclusies

In die gevallen, meestal van somatische klachten, waarin de werkgever en de bedrijfsarts de werknemer beschouwen als een competente actor die in staat is goede regie te voeren over het curatieve en reïntegratieproces, wordt het tijdstip en tempo van werkhervatting in ruime mate aan het oordeel van die werknemer overgelaten. In andere gevallen echter kunnen actoren - met name de bedrijfsarts - menen remmend en soms stimulerend te moeten optreden.

Veel werknemers geven in de interviews te kennen graag en gauw weer aan het werk te willen gaan, zij het dat zij daarbij vooral hun oude functie op het oog hebben. Andere actoren kunnen echter een werkhervatting als te vroegtijdig beoordelen en zijn dan geneigd dit enthousiasme af te remmen om het herstel van de gezondheid van de werknemer niet in gevaar te brengen.

In de bepaling van het tempo van hervatten vervullen de bedrijfsartsen een belangrijke regiefunctie. De belangenconstellatie van werkgever en werknemer vereist in de perceptie van de bedrijfsarts soms dat hij met een gezaghebbend professioneel oordeel het moment van hervatten vertraagt, de psychische constitutie van werknemers vereist daarentegen in zijn ervaring soms dat hij een werknemer juist een 'duwtje in de rug' geeft. In beide gevallen is een confrontatie niet uitgesloten.

Als, anderzijds, andere actoren menen dat een werknemer te zeer vastgroeit in de rol van een zieke, dan treden zij soms corrigerend op en stimuleren hervatting, via "een zetje in de rug" of een "schop onder de kont". Meestal is in deze gevallen sprake van een door de ziekte teweeggebrachte subjectieve onzekerheid of aarzeling van de werknemer die actief wordt gecompenseerd door confronterend optreden van een andere actor (bedrijfsarts, huisarts, medewerker reïntegratiebedrijf).

Zowel bij remmend als bij stimulerend optreden van anderen legt de werknemer zich doorgaans neer. Niet zelden betuigt de werknemer zich achteraf dankbaar dat anderen zijn of haar te hoge ambities (of juist: te negatieve inschatting) hebben gecorrigeerd. Behalve van de constitutie van de werknemer zelf kan de vraag of een hervatting voortijdig is of niet, mede afhangen van de wijze waarop collega's met die hervatting omgaan. In enkele gevallen bleek het voor hen *praktisch* moeilijk te accepteren dat de teruggekeerde werknemer (vooralsnog) kampte met fysieke beperkingen en dat zij hun dagelijkse routine aan deze beperkingen moesten aanpassen. Dat zij een herstellende collega moeten ontzien, verdraagt zich dan moeilijk met de dagelijkse routine en druk van het gewone werk.

5 Terug in eigen werk?

Een volgende vraag ten aanzien van de werkhervatting is of, gelet op de aard van de klachten gedurende de ziekte terugkeer in het eigen werk mogelijk is of dat er blijvende beperkingen zijn het wenselijk maken naar een andere functie om te gaan zien.

In het merendeel van de cases zijn de werknemers erop gericht te hervatten in hun oude functie – en alleen daar, als het aan hen ligt. Als we rekening houden met de context van arbeidsmarkt, arbeidsrecht en de psychologie constitutie van de werknemer, dan is daar vanuit de optiek van de werknemer ook wel het een en ander voor te zeggen; mikken op hervatting bij een andere werkgever ('het 'tweede spoor') brengt vanuit de genoemde perspectieven onzekerheden met zich mee die een werknemer, zeker als hij door zijn uitval uit het arbeidsproces toch al is gedestabiliseerd, liever wil vermijden. Niettemin kan het voor de kansen op behoud van zinvol werk en dus - zeker op langere termijn - ook voor het welbevinden van de werknemer goed zijn als ook werk in een andere functie of bij een andere werkgever tot de opties gaat behoren.

Werkgevers en bedrijfsartsen blijken in een meerderheid van de hier onderzochte gevallen geneigd te zijn dat verlangen naar hervatten in de oude functie te respecteren, met name als een of meer van de onderstaande omstandigheden aan de orde zijn:

- de werknemer is al lange tijd in zijn huidige functie werkzaam;
- de werknemer is gehecht aan / gemotiveerd voor het werk en/of de werkomgeving;
- er zijn voor de werknemer weinig mogelijkheden elders werk te vinden;
- het pensioen van de werknemer komt in zicht.

Dat leidt ertoe dat de "toekomstverwachting" ten aanzien van werknemers veelal is: 'op termijn terugkeer in de huidige functie'. Dat leidt er ook toe dat alternatieve opties zoals werk in een andere functie of bij een andere werkgever vooralsnog niet worden overwogen. In dit hoofdstuk gaan we na hoe de beoordeling van deze kwestie in de onderzochte cases tot stand komt en welke consequenties dat heeft voor het verloop van de reïntegratie.

5.1 Respect voor het primaat van de eigen functie

In tweederde van de onderzochte cases bestaat er bij de bedrijfsarts en/of bij de werkgever serieuze twijfel of het reëel is te verwachten dat de werknemer kan terugkeren naar zijn of haar oude functie zonder daar opnieuw met gezondheidsproblemen te maken te krijgen. Desalniettemin moeten we constateren dat deze twijfel maar zelden wordt uitgesproken. In sommige gevallen lijken werkgever en bedrijfsarts niet van elkaar te weten dat ze beiden deze twijfel koesteren.

Wat zijn de redenen voor deze terughoudendheid? Als wij afgaan op wat betrokkenen daarover zelf naar voren brengen, zien wij dat werkgevers er vaak op wijzen dat de werknemer zo enthousiast bezig is in zijn oude werk te hervatten, dat dit zo belangrijk is voor diens gevoel van eigenwaarde en (soms) dat de bedrijfsarts deze keuze steunt. Bedrijfsartsen zeggen op hun beurt desgevraagd wel hun twijfels te hebben, maar gezien het belang van de oude functie voor de werknemer en gezien diens enthousiasme de werknemer 'het voordeel van de twijfel te gunnen'.

Hoewel we ook in het vervolg zullen zien dat het respect voor het primaat van terugkeer in de oude functie problematische kanten heeft, zullen wij hier eerst een geval voorstellen waarin deze houding niet onmiddellijk hoeft te worden geproblematiseerd. In onderstaande casus gaat het om een oudere docent die de gelegenheid krijgt terug te krabbelen naar haar oude functie ondanks het feit dat zij al meer dan tien jaar te kampen heeft met rugklachten.

Mw. Leenders, een 51-jarige docent, werkt al ruim twintig jaar in het onderwijs en heeft al ruim 16 jaar last van een hernia. Na een operatie houdt zij blijvende klachten die haar ook nadien in sommige periodes doen uitvallen. De werkgever, dhr. Dogers, zegt Leenders te steunen in haar streven om, ondanks haar blijvende klachten, weer aan het werk te gaan. De school steunt haar streven via de aanschaf van een aangepaste stoel; via aanpassing, in overleg met collega's, van haar lessenpakket, zo dat zij minder staand werk hoeft te doen; en ten slotte via betere spreiding van haar lessen over de week zo dat zij tussentijds kan rusten. Dogers zegt respect te hebben voor Leenders' wilskracht. "Zij wil echt werken en dat maakt voor mij als werkgever een wereld van

verschil.” Dogers verwijst daarnaast naar de consequenties van de Wet Pemba, maar de bedrijfsarts, dhr. Zegers, spreekt tegen dat daar in het onderwijs een financieel belang voor de werkgever uit zou voortvloeien. Volgens Zegers is belangrijker dat werknemer en werkgever vinden dat de WAO ‘geen manier is om je loopbaan af te sluiten’. Als het Leenders daarentegen zou lukken het nog vier jaar vol te houden, haalt zij de leeftijd waarop haar flexibel pensioen kan ingaan. Zegers is op de hoogte van het medische verleden van Leenders en is somber over de toekomst: het lesgeven brengt veel statisch, staand werk mee. Hij vraagt zich hardop af wanneer het moment zal komen om als bedrijfsarts zijn (onwelkome) twijfels aan Leenders kenbaar te maken.

Respect voor het ‘ernstig verlangen’ van de werknemer het in de huidige baan vol te houden weerhoudt de bedrijfsarts er vooralsnog van zijn professionele twijfel over de fysieke mogelijkheid daarvan ten opzichte van de werknemer te uiten. De lange beroepsloopbaan, de beperkte mogelijkheden om gezien leeftijd en loopbaan elders bijvoorbeeld meer zittend werk te vinden, de nabijheid van het flexibel pensioen wijzen alle in de richting van een poging het onder aangepaste condities toch nog vier jaar vol te houden. De bedrijfsarts vindt dat medisch gezien nauwelijks haalbaar maar aarzelt om de confrontatie met de optimistische daadkracht van de werknemer aan te gaan, te meer omdat hij van de werkgever in deze geen steun zal kunnen verwachten. Respect voor ‘wilskracht’, voor een ‘ernstig voornemen’ te hervatten kan zelfs tot effect hebben dat het criterium van de lange loopbaan, dat wij boven al noemden, irrelevant is:

Mw. Simons is pas enkele weken in dienst op een tijdelijk contract, als er in haar lichaam een kwaadaardig gezwel wordt geconstateerd. De zwaarte van de daarop volgende medische behandeling noodzaakt haar zich, tegen haar zin, ziek te melden.

De werkgever besluit haar al na een maand of negen mee te delen dat het contract voor een jaar, op basis waarvan zij in dienst was gekomen, na een jaar in een aanstelling voor onbepaalde tijd zal worden omgezet, onder voorbehoud van een beoordeling van haar capaciteiten die door haar ziekte nog niet heeft kunnen plaatshebben. Hij zegt dat ‘er alom begrip was voor haar situatie’ omdat het een puur medische en niet aan de arbeidssituatie gerelateerde kwaal was en dat hij haar dus ‘de ruimte heeft gegeven’, mede omdat hij vertrouwen heeft in haar ernstige voornemen in haar werk te hervatten.

De aard van de kwaal en de ernst van haar voornemen te werken dragen ertoe bij dat de werkgever, een grote organisatie, ondanks een nog maar korte tijd geconsumeerd dienstverband, besluit ondanks haar afwezigheid wegens ziekte dat dienstverband een permanent karakter te geven.

Ook in een ander geval staat voorlopig de gehechtheid van de werknemer aan de aard van zijn werk voorop en voorkomt dit dat alternatieven aan de orde komen.

Dhr. Waterman, een 41-jarige man in een dienstverlenend beroep, valt uit met lichamelijke klachten die de bedrijfsarts, mw. Pieters, onmiddellijk herkent als burn-out-gerelateerd. Waterman vertelt in het interview overbelast te zijn geraakt door de onderbezetting op zijn werk en de daaruit voortvloeiende werkdruk, in combinatie met zijn neiging alles goed te willen doen. Hij wil graag terug in zijn beroep, hij vindt het ‘een prachtig vak’ en wil niet nadenken over iets anders. Hij vindt zelf wel dat hij psychologische begeleiding kan gebruiken om beter met het werk om te gaan. Op het werk is een plan van aanpak opgesteld en dat plan is inmiddels ook al geëvalueerd. Waterman heeft inmiddels voor de helft van zijn werktijd hervat in zijn eigen werk, zij het met een aangepast takenpakket.

De werkgever, dhr. Dijkstra, zegt: “De toekomstverwachting voor dhr. Waterman volgens het huidige reïntegratietraject zoals we dat onderling hebben afgesproken is dat dhr. Waterman volledig zal herstellen en terug zal keren in zijn huidige functie.”

Maar hij voegt daaraan toe dat hijzelf en (in zijn ogen ook) Pieters denken dat de functie te zwaar is voor Waterman en ‘dat het eigenlijk slimmer is hem ander werk te laten doen.’

Een belangrijke constatering die aan de hand van deze casus kan worden gedaan is dat de term ‘toekomstverwachting’ hier in een speciale context en betekenis wordt gebruikt die duidelijk moet worden onderscheiden van de verwachting die actoren in de interviews, maar ook ten opzichte van elkaar uitspreken over ‘hoe het waarschijnlijk echt met de werknemer zal aflopen’.

De term ‘toekomstverwachting’ wordt dus in twee verschillende betekenissen gebruikt. In de eerste plaats is de door betrokkenen veelal zelf met die term aangeduide ‘toekomstverwachting’ een geobjectiveerde, normatieve verwachting (in de zin van: ‘dat waar wij geacht worden gezamenlijk naar te streven’). Het is een gedeelde verwachting die keurig rekening houdt met de door de overheid gestelde doeleinden (primair reïntegratie in eigen functie), met de aan de actoren toegewezen rollen (de condities scheppen c.q. bewaken dat de werkbelasting en de belastbaarheid van de werknemer opnieuw in balans worden gebracht) en met de juridisch beschermde arbeidsverhoudingen (recht op terugkeer van de werknemer in de functie die hij door ziekte tijdelijk niet kon vervullen). In de tweede betekenis heeft ‘toekomstverwachting’ betrekking op de verwachtingen die betrokkenen er zelf op nahouden van de arbeidstoekomst van de werknemer. Het gaat dan om subjectieve, feitelijke verwachtingen (‘ik denk dat het feitelijk zo zal gaan’) die (naar we mogen aannemen soms niet en) soms alleen in de door ons afgenomen interviews worden uitgesproken, maar soms ook met andere actoren worden gedeeld.

Naarmate beide typen verwachtingen verschillen, ontstaat voor werkgever en/of bedrijfsarts een situatie waarin twee referentiekaders naast elkaar bestaan en waarin opties kunnen worden gerelateerd enerzijds aan ‘wat (eigenlijk) moet’, anderzijds aan ‘wat (eigenlijk) slim zou zijn’.

In de onderhavige casus streeft men vooralsnog gezamenlijk naar hervatting in de oude functie, ondanks dat de werkgever en (zij het onder bepaalde condities) de bedrijfsarts beiden zeggen te verwachten dat de draagkracht van de werknemer feitelijk niet opgewassen zal zijn tegen de eisen die zijn functie tegenwoordig stelt. Daarmee wordt de vraag naar de verantwoordelijkheid voor de mismatch tussen draaglast en draagkracht in deze casus een belangrijke issue waarover allen zich uitlaten – ligt het aan de verzwaring van de eisen van de functie of ligt het aan het beperkte incasservermogen van de werknemer?

Een eventuele terugkeer naar de oude functie zou in dit geval kunnen worden bemoeilijkt door het feit dat de werknemer de verantwoordelijkheid geheel bij de door de werkgever opgelegde verandering van het werkproces legt, terwijl de werkgever die legt bij het door privé-omstandigheden tweegebrachte onvermogen van de werknemer met de verandering mee te gaan:

De direct leidinggevende van Waterman erkent ook dat het werk zwaar is en werkgever Dijkstra zegt nu in overleg met deze te bezien welke taken Waterman wel en welke hij niet aankan. Dat is een probleem, voegt Dijkstra eraan toe, want ‘we hebben hier alleen maar werk met een hoge tijdsdruk’.

Dat Dijkstra toch aan deze oplossing meewerkt, heeft te maken met het in zijn ogen ontbreken van haalbare alternatieven. In het interview loopt Dijkstra diverse alternatieve opties na, maar wijst die alle beredeneerd af. Ander werk binnen de organisatie is niet goed mogelijk: niet alleen wil Waterman geen ander werk, maar het zou ook overigens niet geschikt zijn: als hem alleen faciliterend werk zou worden opgedragen, zou hij “dat als een belediging ervaren”, voor administratief werk heeft hij niet de juiste vooropleiding. Via omscholing of bijscholing zou hij “via het tweede spoor” kunnen reïntegreren, maar de kans dat hij dan werk vindt is in de huidige economische situatie niet groot, aldus Dijkstra.

Inmiddels heeft Waterman het werk in zijn functie voor de helft hervat met een aangepast takenpakket. Bedrijfsarts Pieters zegt dat het duurzame succes van de hervatting er vooral vanaf zal hangen of de functie voldoende wordt aangepast aan de draagkracht van Waterman.

Het lijkt alsof hier tussen enerzijds de normatieve en anderzijds de feitelijke verwachting van de werkgever een ‘derde weg’ wordt gezocht die maakt dat ‘de soep niet zo heet wordt gegeten als hij wordt opgediend’. De werkgever sputtert tegen, maar werkt wel mee aan activiteiten die hervatting van de werknemer mogelijk moeten maken.

5.2 Zal terugkeer in de oude functie wel mogelijk zijn?

Soms richt men zich op terugkeer in de oude functie vooral omdat men meent dat er nauwelijks of geen alternatieven zijn, terwijl een of meerdere betrokkenen laten blijken sterke twijfel te hebben of terugkeer op de oude basis wel mogelijk zal blijken te zijn.

Dhr. Luipen, een 55-jarige leraar, is uitgevallen met een slaapstoornis en spanningsklachten. Luipen zelf, de werkgever, dhr Maris, en de bedrijfsarts, dhr. Spong, leggen in de gesprekken verschillende accenten waar het gaat om de oorzaken van de uitval. Maris, die Luipen al jaren kent en regelmatig bij hem over de vloer komt, zegt dat het een “medische kwestie” is, een burn-out, die “niet met het werk te maken heeft”; hij wijst er ook op dat Luipen lang geleden ook al eens overspannen is geweest. Spong wijst op eerdere fysieke klachten en daaruit voortvloeiende beperkingen waar Luipen het moeilijk mee had, in combinatie met problemen in de samenwerking met een andere leerkracht in de klas. Luipen zelf noemt de eerdere stressklachten en de samenwerkingsproblemen, maar ook een onverwacht geval van overlijden in zijn naaste omgeving als redenen voor zijn slechte gezondheid.

Op het moment brengt Luipen in beginsel drie dagdelen op school door en doet dan ook dingen met leerlingen, maar dat gaat alleen goed als daar geen enkele druk op staat, als hij weet dat hij het op elk moment af kan breken en naar huis kan gaan. Hij heeft zelf veel moeite met de traagheid en wisselvalligheid van zijn herstel, zo zeggen alle betrokkenen, en voelt zich daar schuldig over.

Maris respecteert het doel van Luipen, zijn onderwijspad fatsoenlijk (dus niet via de WAO) af te ronden, maar betwijfelt of Luipen ooit weer op zijn oude niveau zal kunnen terugkeren.

Als de werkgever een verband met het werk tegenspreekt, benadrukt hij daarmee de zijns inziens gebrekkige vermogens van de werknemer om te gaan met de stress die de werksituatie heeft gegenereerd. Leeftijd en werkervaring in het onderwijs sluiten alternatieven (bijvoorbeeld ander werk) praktisch uit, behalve wanneer bij de huidige werkgever niet-belastend werk zou kunnen worden gevonden.

In een ander geval is het de motivatie van de werknemer voor het hervatten in de oude functie die het overwegen van andere opties voorlopig uitsluit:

Mw. Joustra, een 45-jarige verpleegster, is uitgevallen met fysieke problemen (knieklachten). Op het moment van het interview gaat het beter en ziet Joustra uit naar volledig herstel.

Zijzelf geeft aan zeer gehecht te zijn aan de aard van haar werk zowel als aan de sociale contacten die het meebrengt. De werkgever, mw. Willems, en bedrijfsarts Visser typeren haar als een zeer coöperatieve vrouw die graag terug wil naar haar werk. Gezondheidsherstel staat nu voorop; zodra het kan zal Joustra opnieuw eerst met gedoseerd administratief werk moeten beginnen, ‘ik weet dat zij dat niet leuk vindt’, aldus Willems, ‘maar aan de andere kant weet zij ook dat het een opstapje is terug naar haar oude werk’.

Alleen Visser brengt in het interview ter sprake dat het best mogelijk is dat gaat blijken dat Joustra haar oude functie niet meer kan vervullen; pas als dat zo is, zal hij uit gaan zien naar andere mogelijkheden om Joustra te reïntegreren binnen de organisatie. Joustra zelf ‘moet daar nog even niet aan denken’, het zou haar gezondheid niet ten goede komen daar nu al bij stil te staan.

De werkneemster ‘trekt zich op’ aan het vooruitzicht van terugkeer in haar oude functie en ook de andere actoren verwachten dat dit vooruitzicht een belangrijke bijdrage levert aan het herstelproces.

Ook wanneer terugkeer in de oude functie, gezien de fysieke beperkingen, uitgesloten moet worden geacht, krijgt een werknemer soms de ruimte ‘aan dat gegeven te wennen’:

Mw. Winkel, een 39-jarige verpleegster, kan na een ongeval haar voet niet goed meer gebruiken. Zij is zeer gehecht aan haar werk op de ziekenhuisafdeling, waar zij al twintig jaar werkt.

Winkel wordt eerst in beslag genomen door haar revalidatie en gaat na een half jaar op eigen initiatief, in overleg met de bedrijfsarts, weer voor een paar uur per week aan het werk.

UWV keurt haar na een jaar volledig af voor haar oude werk en stelt haar arbeidsongeschiktheidspercentage vast op 45 %. De conclusie van UWV is dat Winkel op pure wilskracht haar werk heeft volgehouden, maar dat als zij daarmee door zou gaan, dit op den duur tot blijvende gezondheidsschade zou leiden. Dat zij haar werk niet meer mag doen, is voor Winkel een enorme klap, mede door de volgens de werkgever ontactische manier waarop UWV meedeelde voor welke functies Winkel nog wel in aanmerking zou komen.

Winkel wil eigenlijk het liefst op haar afdeling blijven werken, desnoods in heel ander werk. Werken in een andere functie, intern of extern, is vooralsnog een optie die zij afwijst, vanwege haar band met en haar gehechtheid aan het werk op haar afdeling, dat zij omschrijft als haar

‘tweede huis’. Zij wil niet in de WAO maar zegt zich te realiseren dat dit bijna onvermijdelijk is. De WAO zou voor Winkel ook financiële consequenties hebben, omdat onregelmatigheids-toeslag een belangrijk element van haar inkomen vormde.

De werkgever stelt eerst voor dat ze op haar afdeling als praktijkopleider aan de slag zou kunnen gaan. Winkel begint zich enthousiast in te lezen, maar vervolgens deelt de werkgever mee dat dat plan door een reorganisatie bij nader inzien niet kan worden gerealiseerd, evenmin als andere plaatsingen binnen het bedrijf (Winkel zegt te zijn ‘blij gemaakt met een dode mus’). Toch zegt de werkgever nog te hopen herplaatsing binnen de organisatie te kunnen realiseren. Winkel vindt dat de werkgever meer voor haar had kunnen doen en heeft wat van haar vertrouwen verloren.

Werkgever en bedrijfsarts hebben niet geopteerd voor reïntegratie bij een andere werkgever, terwijl toch al duidelijk was dat terugkeer naar haar oude afdeling niet mogelijk was. Reden daarvoor is dat werkneemster volgens hen de tijd behoorde te krijgen afscheid te nemen van haar oude werk (‘het behoort tot de cultuur van deze werkgever daar tijd voor te geven’). Inschakelen van een reïntegratiebedrijf zou ‘technisch’ gezien al eerder aan de orde zijn geweest, maar ‘dat had averechts gewerkt’, aldus de bedrijfsarts.

Na de WAO-keuring stuurt de bedrijfsarts haar door naar het bedrijfsmaatschappelijk werk, teneinde haar te helpen accepteren dat ze niet terug kan keren in haar oude beroep – want dat is in zijn ogen en in die van de werkgever het cruciale probleem in deze zaak. Winkel zette nadrukkelijk een stempel op haar afdeling, maar moet volgens de bedrijfsarts nu de ontluistering ondergaan dat ze haar taken niet meer kan vervullen en moet leren inzien dat “in plaats daarvan achter de balie gaan zitten alleen maar pijnlijk” is.

In dit geval krijgt de werknemer uitdrukkelijk de ruimte het verlies van (de band met) haar werk te verwerken. Er wordt geen druk op haar uitgeoefend tot hervatten in ander werk, mede omdat de bedrijfsarts denkt dat dit ten koste zou gaan van haar gezondheidsherstel.

Er zijn meer gevallen waarin de opstelling van de werknemer en van de andere actoren kan worden geïnterpreteerd in het kader van een proces van verlies (van familieleden, van gezondheid, van sociale inbedding), van het omgaan met verlies door de werknemer en van het respecteren daarvan door de andere actoren. In bijna alle gevallen gaat het om vrouwelijke werknemers. Het ‘respecteren’ bestaat erin dat deze werknemers tijd krijgen in dit proces van omgaan met verlies ‘hun evenwicht terug te vinden’. Wij komen in paragraaf 7.4 op dit aspect terug.

In bovenstaand geval wordt de werkneemster door de andere actoren ontzien, maar het is de vraag of die houding optimaal is ten opzichte van de doelstelling van haar reïntegratie in het arbeidsproces.

Een interessante vraag – die wij vanuit ons onderzoek niet kunnen beantwoorden – is in hoeverre de opstelling van betrokkenen in deze zaak onder het regiem van de nieuwe Wet verbetering poortwachter een andere zou zijn.

In een ander geval betwijfelt de werkgever of een werkneemster opgewassen zal blijken te zijn tegen de eisen van de functie die zij zelf op het oog heeft.

Mw. Bruinsma is uitgevallen met een combinatie van fysieke klachten en oververmoeidheid door overbelasting. Uit het interview met haar komt naar voren dat zij de functie waarvoor zij nu bij de politie in opleiding is, heel graag wil vervullen, en dat ze het heel erg zou vinden als haar fysieke klachten daarvoor een belemmering zouden blijken te zijn. Zij wil er vooral aan werken dat zij beter met de druk van het werk om kan gaan en beter leert tot rust te komen. Zij denkt dat de werkgever haar heel graag terug wil zien op het werk en ook in die functie.

De werkgever bevestigt dat maar betwijfelt sterk of dat mogelijk zal blijken te zijn. Bruinsma kan volgens hem niet goed functioneren onder grote druk en hij denkt dat zij beter een ander opleidingstraject zou kunnen volgen, bij voorkeur binnen de organisatie maar dan meer “in de luwte” of, als dat niet kan, extern. Zij heeft nu tijdelijk vervangend werk, maar hij heeft met haar afgesproken dat hij voorlopig nog niet zal aandringen op ander werk, maar dat anderzijds Bruinsma eerlijk zal zeggen als de functie niet bij haar mogelijkheden aansluit, en dat hij in dat geval een andere functie voor haar zal gaan zoeken.

Bedrijfsarts Kok echter meent, op een later moment als er duidelijk zicht is op genezing van haar fysieke kwaal, dat de stressverwerking ook wel in orde zal komen.

De uitdrukkelijke wens van de werknemers de functie, waarvoor zij in opleiding is, ook daadwerkelijk te gaan vervullen, weerhoudt de werkgever ervan nu al toe te gaan werken naar een andere functie binnen de organisatie. Naar eigen zeggen ziet de werkgever nu daarvan af in ruil voor de van haar verkregen toezegging dat zij hem eerlijk verslag zal doen, ook als de functie niet blijkt aan te sluiten bij haar bekwaamheden.

De terughoudendheid van de werkgever lijkt mede bepaald te worden, enerzijds door de onzekerheid over de aansluiting van functie-eisen en bekwaamheden (is de overbelasting structureel of toch van tijdelijke aard?), anderzijds door de motivatie van werknemers voor de functie (zijn verwachting is dat als hij haar nu al dat perspectief zou ontnemen, dit nadelig zou uitwerken op haar herstelproces). Het gaat er zowel om een mogelijkheid die ook voor de organisatie het aantrekkelijkst is (namelijk dat zij die functie gaat vervullen) niet te vroeg uit te sluiten als om consideratie te hebben met het herstelproces van de werknemers.

Ook in een ander geval is er, met name bij de werkgever, twijfel over de vraag of de uitval een incidenteel karakter heeft of dat het een teken is van een meer structurele mismatch tussen bekwaamheden en functie-eisen.

Een P&O-adviseur werkt nog niet zo lang bij een grote organisatie waar een reorganisatie aan de gang is. Hij was naar eigen zeggen zo'n 70 uur per week daarmee bezig geweest en is drie maanden geleden uitgevallen met klachten van overspannenheid en depressiviteit. De andere actoren erkennen dat het feit dat hij de organisatie nog niet door en door kent het moeilijker maakt, maar tegelijk is het voor hen duidelijk dat zijn uitval te maken heeft met de wijze waarop hij met zijn taken omgaat (te weinig distantie, perfectionisme, niet delegeren). De werkgever stelt expliciet de vraag, overigens zonder nog zover te zijn dat hij die kan beantwoorden, of we hier met een incidentele overbelasting te maken hebben of dat dit meer structureel is en dus betekent dat de werknemer een ander takenpakket dient te krijgen.

De twijfel over de mogelijkheid van de werknemer terug te keren in zijn of haar oude functie kan te maken hebben met de draagkracht van de werknemer zelf. Maar het is ook mogelijk dat het veeleer het gedrag van anderen, van collega's of van een leidinggevende is dat bepalend zal zijn voor het antwoord op de vraag of de terugkeer naar het oude werk zal lukken of niet.

Een verpleegster is drie maanden geleden uitgevallen door een combinatie van ingrijpende gebeurtenissen in haar privé-leven en van de last die zij ondervindt van de omstandigheid dat zij niet door haar collega's wordt geaccepteerd en wordt gepest. De werkgever bevestigt deze klachten.

Zij streeft naar terugkeer in haar oude functie, mede omdat zij in het kader van een specialistische opleiding bezig was met een stage op haar afdeling en die moet afronden. De werkgever heeft de medewerkers van de afdeling erop aangesproken maar weet niet of zij nu bij terugkeer beter ontvangen zal worden. 'Een ziekenhuis is een weerbarstige organisatie. Het is goed mogelijk dat haar afdeling niet meewerkt en terugkeer in haar eigen functie onmogelijk is. Dan zul je moeten concluderen dat er sprake is van situationele arbeidsongeschiktheid. Dan zullen we haar moeten overplaatsen naar een andere afdeling of zelfs moeten bemiddelen naar een ander ziekenhuis.' De werkgever overweegt haar ter extra ondersteuning van een job coach te voorzien.

De verpleegster zelf heeft ook haar twijfels of het op de oude afdeling wel zal lukken. Zij weegt tijdens het interview een reeks alternatieven, waaronder hetzelfde werk in een ander ziekenhuis gaan doen of zelfs heel ander werk gaan doen, en wijst die alle beargumenteerd van de hand. Zij overweegt onder meer dat zij de investering in haar opleiding niet wil weggooien en dat de werkgever personeelstekort heeft en haar graag wil behouden.

Het is de vraag of de werkgever in dit geval niet meer zou kunnen doen om terugkeer op de oude afdeling mogelijk te maken, bijvoorbeeld door bemiddeling te organiseren of door duidelijke gedragsregels met haar collega's af te spreken. De koppeling met de opleidingssituatie maakt het voor de werknemers lastiger over te stappen naar een andere werkplek.

In een geval wordt de mismatch tussen de oude functie en de bekwaamheden van de werknemer uiteindelijk door allen, dus na enige moeite ook door de werknemer, erkend.

Dhr. Ritsma, een dertiger werkzaam in een grote industriële onderneming, valt uit met verschijnselen van burn-out. Hij is een half jaar eerder al een paar maanden overspannen geweest. Toen had hij een andere bedrijfsarts dan nu en die heeft de symptomen niet onderkend, Ritsma is toen na korte tijd halftijds te hebben gewerkt weer volledig aan het werk gegaan.

Ritsma volgt een tijd een therapeutisch programma en meldt zich daarna weer bij zijn werkgever. Die vindt dat Ritsma niet terug kan komen in zijn oude functie omdat hij niet opgewassen zou zijn tegen bepaalde onderdelen van de eisen die de functie stelt. Ritsma ervaart dit als een klap in het gezicht, vindt dat de werkgever daarmee miskent wat hij de afgelopen maanden allemaal heeft geleerd, maar zegt in het interview dat hij het er achteraf mee eens is dat hij beter niet in zijn oude functie kon terugkeren. De werkgever, dhr. Wijdeveld, zegt dat Ritsma 'opgelucht' is dat hij 'een stapje terug kan zetten'. Omdat zijn collega's allemaal weten wat er aan de hand is, wil Ritsma bovendien liever definitief hervatten op een andere locatie van het bedrijf. Hij is wel bezorgd dat een andere functie hem terug zal werpen in een blijvend lagere loonschaal.

Wijdeveld vindt het onjuist dat de bedrijfsarts, ook nu het de derde keer is dat Ritsma uitvalt, een reïntegratieplan opstelt dat alwéér toewerkt naar geleidelijke terugkeer in de oude functie. Volgens Wijdeveld kiest de bedrijfsarts daarmee voor de weg van de minste weerstand. Wijdeveld maakt dat duidelijk en zegt dat Ritsma het met hem eens was. Ritsma zegt te merken dat de bedrijfsarts had verwacht dat zijn uitval korter zou duren en ervaart die verwachting ook als een druk op hem.

Wijdeveld schakelt daarop het reïntegratiebedrijf 'Retour' in. De werknemer schrikt daar in eerste instantie van, want denkt dat het dus om herplaatsing elders moet gaan en dat de werkgever hem eigenlijk niet terug wil zien. De bedrijfsarts stelt hem, na een gesprek met de werkgever, hierover gerust. Een probleem is wel dat zijn oude functie is vervallen en dat gezocht moet worden naar een andere, passende functie binnen het bedrijf.

Dit is een van de – vanuit een oogpunt van reïntegratie lastige – gevallen waarin uitval door psychische overbelasting samenvalt met een reorganisatie in het bedrijf waardoor de arbeidsplaats van de werknemer vervalt. Soms kan de vraag worden opgeworpen in hoeverre het schrappen van een functie losstaat van de wijze waarop deze de afgelopen tijd is vervuld, maar daarover kunnen op basis van het onderzoeksmateriaal alleen maar veronderstellingen worden geuit.

5.3 Weerstanden tegen het aanvaarden van aangepast werk

De bereidheid van werknemers ander dan hun eigen werk te aanvaarden is in een aantal gevallen beperkt. Eerder signaleerden wij al dat voor die terughoudendheid diverse redenen genoemd kunnen worden. Opmerkelijk is wel dat men niet alleen terughoudend is als het gaat om een definitieve overstap naar ander werk bij een andere werkgever, maar soms ook als de eigen werkgever op expliciet tijdelijke basis ander werk aanbiedt, of zelfs al als inschakeling van een reïntegratiebureau alleen maar die mogelijkheid binnen de horizon brengt.

In de volgende casus loopt een advies gebruik te maken van aanvullende reïntegratiediensten stuk op een weigering van een werknemer, onder meer omdat hij vreest dan ander werk te moeten gaan doen dan zijn eigen werk:

In het geval van dhr. Hartog, een hoogopgeleide man die door fouten in de curatieve sector langdurig was uitgeschakeld, raadt UWV hem aan gebruik te maken van een centrum voor rugtherapie. Hartog vindt dat 'niks voor hem', "dat is meer iets voor bouwvakkers", maar wijst het ook af omdat hij bang is dat dan van hem wordt verwacht dat hij ander werk gaat doen dan zijn eigen werk waar hij zeer aan gehecht is.

Zowel sociale distantie ("meer iets voor bouwvakkers") als de vrees de controle over inschakeling in het arbeidsproces tenminste gedeeltelijk uit handen te geven, resulteren in dit geval in een weigering op een reïntegratievoorstel in te gaan.

Werknemers die met psychische klachten uitvallen, zijn vaak ontregeld en uit hun evenwicht. Dat draagt er soms toe bij dat zij de mogelijkheid van het toewerken naar een andere functie afwijzen.

Mw. Vaandrager, al 18 jaar werkzaam in een administratieve functie bij een grote organisatie, valt uit met burn-outverschijnselen. Volgens de werkgever zijn deze deels een gevolg van ontwikkelingen in haar privé-leven, deels van de hogere werkdruk die voortvloeide uit de introductie van een nieuw computerprogramma. De werkgever zegt haar alle ruimte te geven om te herstellen. “We gaan regelmatig koffie met haar drinken om even bij te praten. (...) Als iemand overspannen thuis zit dan kan je het niet hebben over weer aan het werk gaan. Dat heeft alleen een averechts effect. Het enige wat je kan doen is contact blijven houden.”

Bij de WAO-keuring heeft de arbeidsdeskundige voorgesteld in ander, aangepast werk te hervatten ‘waar zij niet te veel haar hoofd bij hoeft te gebruiken’ (bijvoorbeeld op de postkamer). Vaandrager wil dat zelf niet, omdat ze dan weer helemaal moet wennen op een nieuwe afdeling aan nieuwe collega’s en daar tegenop ziet. Zij wil liever in haar eigen werk, op haar eigen vertrouwde plek hervatten. Ze is bovendien bang dat, als ze ander werk aanvaardt, ze uiteindelijk niet meer terug zal kunnen naar haar eigen werk.

De werkgever en de bedrijfsarts hopen dat zij langzaam kan opbouwen en uiteindelijk weer haar eigen werk op het vroegere niveau zal verrichten, maar de bedrijfsarts verwacht dat dit niet haalbaar zal blijken te zijn en houdt rekening met de mogelijkheid van reïntegratie bij een andere werkgever.

De werkgever hanteert hier de ‘oude wijsheid’ dat afzondering van het werk bij overspannenheid de beste remedie zou zijn; wij wezen er al eerder, onder verwijzing naar de Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid, op dat dit een inzicht van twijfelachtige waarde is. De werkgever had hier wellicht actiever kunnen bevorderen dat de werkneemster via aangepast werk contact hield met de werkvloer. De bedrijfsarts besluit zijn twijfels over de mogelijkheid van hervatten in eigen werk nog niet met de werkneemster te bespreken.

Het kan echter ook anders: in één geval is sprake van een mismatch tussen opleiding en werk die juist gedeeltelijk en tijdelijk wordt ‘opgelost’ door de aard van het vervangende werk, dat de werkneemster dan ook dankbaar aanvaardt.

Een vrouw met een academische opleiding vervult een secretaressefunctie bij een academische organisatie. Zij raakt overspannen. De werkgever wijt het geheel aan de mismatch tussen haar opleiding en de functie en benadrukt dat er van een arbeidsconflict geen sprake is, de werkneemster noemt ook de wijze waarop zij in het werk werd aangestuurd en haar eigen houding in het werk als factoren die tot de overspannenheid hebben bijgedragen.

De leidinggevende doet geen moeite haar terug te krijgen in de functie, zij is direct vervangen door een nieuwe kracht. De bedrijfsarts dringt niet aan op hervatten. Een intern placementbureau wordt al in een vroeg stadium ingeschakeld omdat er al gauw overeenstemming over is dat de werkneemster niet in dezelfde functie moet hervatten. Uiteindelijk vindt de werkneemster zelf binnen de organisatie tijdelijk werk op AT-basis dat goed aansluit bij haar opleiding. Iedereen lijkt daarmee tevreden, mede omdat men het erover eens is dat gezondheidsherstel voorop staat en dat dit herstel met deze werkzaamheden gediend is.

5.4 Geen hervatting maar de route naar de WAO

In slechts één van de onderzochte gevallen lijken de ontwikkelingen onafwendbaar op een WAO-uitkering af te gaan, al is het UWV-oordeel daarover ten tijde van de interviews nog niet bekend.

Dhr. Konijn, een 58-jarige technicus bij een groot bedrijf, is uitgevallen door een hartinfarct. Hij heeft niet lang geleden ook al een infarct gehad. Hij werkt al 44 jaar naar eigen zeggen met veel plezier, maar is nu bang dat hij, als hij in een ruimte alleen aan het werk is, opnieuw door een hartaanval getroffen zal worden. Hij heeft technische oplossingen voorgesteld die in zo’n geval elektronische alarmering mogelijk moeten maken, maar zegt dat zijn werkgever daar niet op ingaat, volgens Konijn omdat het te veel kost, volgens de werkgever omdat UWV zegt dat het geen werkbare oplossing is. Konijn is verbitterd, zegt dat hij ook zijn best heeft gedaan voor alternatief werk, zoals het opleiden van jonge technici, maar dat zijn werkgever nergens geld voor heeft.

Zijn werkgever daarentegen zegt van het geval moedeloos te worden: 'hij zou hier goede dingen kunnen doen, maar hij wordt van de gedachte aan werken alleen al ziek. Hij krijgt er hartkloppingen van en dan denkt hij het weer aan zijn hart te hebben. Hij zegt zelf zich goed te voelen, maar hij wordt boos zodra we zeggen dat we willen dat hij weer gaat werken.' De werkgever heeft de hoop opgegeven dat hij Konijn nog zover krijgt dat hij weer aan het werk gaat.

Konijn heeft nu afscheid genomen van het perspectief op reïntegratie. Hij wijst erop dat hij een arbeidsleven van 44 jaar achter de rug heeft en vindt dat hij, gelet op de medische beperkingen waar hij mee te maken heeft en zijn vermoedelijk niet al te lange levensverwachting, wel 'recht heeft op WAO'.

De bedrijfsarts onderschrijft deze toekomstvisie. Hij heeft naar eigen zeggen regelmatig met Konijn gesproken over zijn angsten voor wat er gebeurt als hij zijn werk zou hervatten, maar is tot de conclusie gekomen dat er niets aan te doen is. Hij zegt normaliter niets voor deze oplossing te voelen, maar in dit geval de WAO als de beste oplossing te beschouwen.

In dit geval lijkt in de communicatie tussen werknemer en werkgever het een en ander mis te zijn gegaan, zodanig dat de bereidheid om nu nog overeenstemming te bereiken over maatregelen met betrekking tot werkhervatting minimaal is geworden. Beide partijen lijken het gevoel te hebben dat zij, gezien de voorgeschiedenis, zoveel in een reïntegratiepoging zouden moeten investeren dat zij het er maar bij laten zitten en hopen dat de WAO een uitweg biedt.

Betrokkenen zien nu met enige bezorgdheid de WAO-keuring tegemoet en hopen maar dat UWV hun conclusie zal delen. Opmerkelijk is dat uit de gegevens blijkt dat het vorige infarct van de werknemer al enige tijd tot een WAO-uitkering heeft geleid, zodat zijn 'oude' recht zou kunnen herleven maar behalve de UWV-functionaris die dit tijdens het interview ontdekt, lijkt geen van de betrokkenen zich daarvan bewust te zijn.

5.5 Conclusies

In vrijwel alle gevallen blijven werknemers zich lange tijd en in sterke mate oriënteren op het doel van uiteindelijk volledige hervatting in hun eigen, oude functie. Dat heeft enerzijds soms te maken met kwaliteiten van de functie en met de band die men in de loop der tijd met het werk of de werkplek heeft ontwikkeld ('je weet wat je te verliezen hebt'). Vaak zijn werknemers er anderzijds onzeker over wat een andere functie voor hen zal betekenen ('je weet wat je hebt maar niet wat je krijgt'). Voor die onzekerheid en dat vasthouden aan de oude functie zijn vanuit het perspectief van de werknemer meerdere redenen te noemen. In het algemeen brengt hervatten in een andere functie of bij een andere werkgever een aantal risico's mee, onder meer ten aanzien van de arbeidsrechtelijke positie, die niet goed zijn te overzien, zeker voor een werknemer die door uitval uit het werk in psychisch en sociaal opzicht stabiliteit heeft verloren.

Aan de andere kant is het de vraag of deze gerichtheid op terugkeer in de oude functie niet om oneigenlijke redenen vaak de steun krijgt van werkgever en bedrijfsarts en of zij wel bijdraagt aan de reïntegratie en daarmee aan de 'wensen en mogelijkheden' van de werknemer bezien op langere termijn. Als er bij de bedrijfsarts en/of de werkgever serieuze twijfel bestaat of het reëel is te verwachten dat de werknemer kan terugkeren naar zijn of haar oude functie zonder daar opnieuw met gezondheidsproblemen te maken te krijgen, wordt deze twijfel toch maar zelden uitgesproken, laat staan omgezet in activiteiten die toewerken naar ander werk. Vanwaar deze terughoudendheid?

Ten eerste wijzen werkgevers er desgevraagd vaak op dat werknemers zo enthousiast bezig zijn hun oude werk te hervatten, dat dit zo belangrijk is voor hun gevoel van eigenwaarde en (soms) dat de bedrijfsarts deze keuze steunt. Bedrijfsartsen zeggen op hun beurt dat zij, gezien het belang van de oude functie voor de werknemer en gezien diens enthousiasme, de werknemer 'het voordeel van de twijfel gunnen'. In hun perceptie is het herstelproces dus verweven met het perspectief van de werknemer op hervatting in eigen werk. Van daaruit gebruiken zij de te verwachten negatieve weerslag op het herstelproces als argument om de mogelijkheid van het verrichten van ander werk nog even niet bij de werknemer aan de orde te stellen.

Ten tweede lopen actoren risico's als ze hun twijfels over hervatten in de oude functie wel aan de orde zouden stellen. Als een werknemer naast terugkeer in zijn oude baan alternatieven overweegt en daarbij weet dat werkgever of bedrijfsarts ook zijn twijfels heeft over hervatten in de oude functie, dan kan hij door zijn eigen twijfels te uiten de kans op terugkeer in zijn oude baan onomkeerbaar verkleinen.

De werkgever kan bevreesd zijn dat, als de werknemer niet openstaat voor twijfel aan zijn hervattingsvermogen of voor de gedachte dat hij ander werk zou kunnen gaan doen, het opfferen van alternatieven de verhouding tot de werknemer blijvend kan schaden. De werkgever zou dan zijn twijfels eerst ten opzichte van de bedrijfsarts kunnen uiten, maar de wijze waarop werkgever en bedrijfsarts contact onderhouden nodigt daar niet altijd toe uit. Bovendien kan de werkgever er zo zeer belang bij hebben de werknemer te behouden dat dat zijn twijfels overstemt, bijvoorbeeld als de situatie op de arbeidsmarkt zodanig is dat de werknemer moeilijk vervangbaar is.

De bedrijfsarts ten slotte zal, als er een schijnbare consensus van werkgever en werknemer is over hervatten in de oude functie, aarzeling hebben daar tegenin te gaan en te gaan pleiten voor ander werk. Hij mag aannemen dat hem dat door de werkgever niet in dank zal worden afgenomen.

Op deze manier werken de onderlinge verhoudingen in de driehoek werkgever / bedrijfsarts / werknemer zodanig uit dat de mogelijke ongeschiktheid voor hervatten in de huidige functie en de mogelijk noodzaak van het zoeken naar ander werk niet of pas laat aan de orde worden gesteld. Uit bovenstaande analyse komen meerdere redenen naar voren waarom de actoren erg behoedzaam met elkaar omgaan. Die redenen zijn gerelateerd aan de *praktische* rationaliteit van de context waarin actoren in hun activiteiten op elkaar aangewezen zijn, maar lijken veel minder aan te sluiten bij de *doel*rationaliteit van het reïntegratiebeleid. Deze laatste zou van de actoren een veel grotere transparantie en wederzijdse duidelijkheid vereisen.

In een aantal gevallen lijkt het niet goed te verdedigen te zijn dat niet eerder is vastgesteld dat hervatting in de oude functie, gelet op de (toegenomen) beperkingen van de werknemer, onwaarschijnlijk is. Evenmin dat niet eerder aandacht is besteed aan de kans dat de werknemer uiteindelijk in ander werk, misschien zelfs bij een andere werkgever dient te worden gereïntegreerd. Actoren hebben in de praktijk de ruimte hun rol anders in te vullen dan het reïntegratiescenario voorzag. Is het scenario dan niet in orde? Of ontbreekt een goede regie? Niet duidelijk is echter wie in de huidige constellatie in een voldoende onafhankelijke positie zou verkeren om de ontbrekende regie in dit stadium van het reïntegratieproces op zich te nemen.

Ten slotte moet worden gewezen op achterliggende noties die mede bepalend zijn voor bovenstaande opvattingen en houdingen. Dat een werknemer die gemotiveerd is zijn oude functie te hervatten “het voordeel van de twijfel” dient te krijgen, zoals bedrijfsartsen dat een aantal keer verwoorden, hangt samen met twee breed gedeelde noties. De ene is dat er een speciale band is tussen werknemers en hun werk en dat de waarde van die band meebrengt dat zij niet gemakkelijk tegen de zin van de werknemer verbroken moet kunnen worden. De tweede is dat de gevolgen van het intreden van maatschappelijke risico's rechtvaardig moeten worden verdeeld. De band met het werk omvat in de huidige opvatting veel aspecten die met vervulling van het bestaan in verband worden gebracht en het wordt niet gemakkelijk geaccepteerd dat een situatie van overmacht deze band zou verbreken. Werknemers kunnen derhalve juridische zowel als morele claims doen gelden op (behoud van) hun arbeidsplaats en in geval van arbeidsongeschiktheid strekken deze aanspraken verder dan bij andere tegenslag zoals werkloosheid ten gevolge van marktontwikkelingen. Wij komen op de strekking en consequenties van deze noties terug aan het eind van hoofdstuk zeven.

6 Interdependentie

In het tweede hoofdstuk schetsten wij al in algemene zin de posities van de bij het reïntegratieproces betrokken actoren. In de daarop volgende hoofdstukken kwam dat proces, op basis van een analyse van de onderzochte cases, aan de orde aan de hand van drie thema's: gezondheidsherstel, het moment van hervatten en de functie waarin hervatting wordt beoogd.

In het proces van herstel en reïntegratie zijn de verschillende actoren sterk afhankelijk van elkaar zowel waar het gaat om communicatie en wederzijdse informatieverstrekking als waar het concrete faciliteiten voor hervatting betreft. In dit hoofdstuk gaan wij verder in op de onderlinge afhankelijkheden van de betrokken actoren, op de samenhang in hun handelen en op de invloed die daarvan uitgaat op het reïntegratieproces. Aan het eind van de paragraaf gaan wij na in hoeverre het 'schouwspel' waarvan wij het scenario hebben geprobeerd te achterhalen, een 'tragedie' in de zin van de commissie-Donner blijkt te zijn.

6.1 Wederzijdse afhankelijkheid van informatie

Er zijn in de al genoemde driehoek werkgever / bedrijfsarts / werknemer diverse onderlinge afhankelijkheden die in de cases van invloed blijken te zijn op verloop en uitkomst van de reïntegratie-inspanningen. Een daarvan is dat de werkgever in zijn op integratie gericht handelen afhankelijk is van de informatie die hem door de anderen al dan niet wordt verstrekt. Voor die informatie-uitwisseling gelden beperkende, de werknemer beschermende regels, met als gevolg dat de werkgever die goed geïnformeerd wil zijn over wat er met de werknemer aan de hand is, in de praktijk is aangewezen op een goede vertrouwensrelatie met de werknemer. Gaan we af op wat de werknemers daaromtrent zeggen, dan verschaffen zij in de meeste gevallen veel meer informatie dan die waartoe zij wettelijk gebonden zijn. In een aantal gevallen echter zijn werknemers selectief in de informatie die zij de werkgever verstrekken.

Een werkgever beschikt soms slechts over beperkte informatie en daardoor over beperkte mogelijkheden invloed uit te oefenen op het herstel en de werkhervatting:

Mw. Rutgers, werkzaam als verpleegster in een ziekenhuis, is uitgevallen door enerzijds ingrijpende gebeurtenissen in haar privé-leven en anderzijds de last die zij ervaart van het feit dat zij niet door haar collega's wordt geaccepteerd en door hen wordt gepest. De personeelsfunctionaris die wij daarover drie maanden na de ziekmelding interviewen, mw. Bloemers, tast op beide punten enigszins in het duister. Wat het laatste punt betreft zegt Bloemers dat zij 'probeert te achterhalen wat er fout is gegaan op de afdeling en probeert dit op te lossen door alle betrokkenen aan te spreken en te wijzen op de mogelijke gevolgen van hun handelen'. Daarnaast zal Rutgers volgens Bloemers moeten 'werken aan haar zelfbescherming'.

In de optiek van de personeelsfunctionaris zijn er drie elementen die in deze casus hebben bijgedragen aan de uitval: de onwelwillende houding van de collega's op de afdeling, het gebrek aan weerbaarheid van de werknemer ten opzichte van de belasting die deze houding meebrengt en destabiliserende omstandigheden in haar privé-leven. Gesteld voor de vraag wat zij eraan kan doen, geeft de werkgever aan bij alle drie te stuiten op de beperkingen van haar positie. Zij kan niet over alle informatie beschikken die vanuit haar perspectief nodig zou zijn om een positieve bijdrage te kunnen leveren aan het proces van herstel en werkhervatting. Dat tekort aan informatie plaatst de werkgever in een afhankelijke positie ten opzichte van de bedrijfsarts of van de combinatie bedrijfsarts/werknemer:

Bloemers laat op meerdere momenten tijdens het interview doorschemeren te beseffen dat er in de oorzaken voor het uitvallen van Rutgers iets is dat zij niet weet: 'Mijn invloed is beperkt omdat ik niet alle informatie heb en het medische dossier van mevrouw Rutgers niet ken. Ik weet wel iets van de situatie af en ik kan ook wel suggesties doen of alternatieven aandragen. Maar ik moet wel van hele goede huize komen, wil ik tegen een beslissing van de bedrijfsarts in kunnen gaan. En als mijn suggesties en voorstellen bijvoorbeeld door mevrouw Rutgers of haar afdelingshoofd worden afgewezen (...), dan heb ik helemaal geen poot om op te staan.'

Mw. Bloemers: 'Ik heb heel weinig invloed op wat de bedrijfsarts zegt, ik dien de adviezen van de bedrijfsarts op te volgen'.

Voor de positie die de bedrijfsarts tussen werkgever en werknemer inneemt is volgens Bloemers het uitgangspunt: “bij twijfel geniet de werknemer de voorkeur”. Volgens haar leidt dat uitgangspunt, in combinatie met de meer directe interactie die Rutgers met de bedrijfsarts heeft, ertoe dat Rutgers verhoudingsgewijs meer invloed heeft op de bedrijfsarts dan zij.

Maar de beperkingen liggen ook in de directe interactie met de werknemer. Veel is afhankelijk van het wederzijds vertrouwen van werkgever en werknemer en, wat de informatie betreft waarover de werkgever kan beschikken, in zekere zin ook van de vertrouwelijkheid in hun onderling contact en van de eerlijkheid van de werknemer waarop de werkgever alleen maar mag hopen.

De mogelijkheden direct invloed uit te oefenen op het herstel en de hervatting van de werknemer acht Bloemers beperkt. ‘Dat is zo persoonsgebonden en zo privacygevoelig. Of je als werkgever invloed hebt op een werknemer is helemaal afhankelijk van de vertrouwensrelatie die je met elkaar hebt.’ Zij zegt tegen Rutgers ‘dat ze me niet alles hoeft te vertellen over haar aandoening, maar dat het wel aardig is als ze me wel *wat* vertelt zodat ik weet wat er aan de hand is en daarop kan reageren. Ik verwacht ook dat ze me het vertelt als het niet goed gaat’.

In dit geval ziet, kortom, de personeelsfunctionaris van de werkgever zichzelf haars ondanks aan de zijlijn staan af te wachten in hoeverre de andere betrokkenen bereid zijn haar informatie te geven over de aard van de beperkingen van de werknemster.

Ook in de relatie tussen werkgever en bedrijfsarts kunnen beperkingen in de overdracht van informatie een belangrijke rol spelen. In een geval is de bedrijfsarts bewust terughoudend in wat hij over een overspannen werknemster aan de werkgever meedeelt. Hij doet dat vanuit een eigen afweging van wederzijdse belangen: zou hij de werkgever meer informatie geven, dan zou de werkgever kunnen concluderen tot het niet-voortzetten van het dienstverband, terwijl de bedrijfsarts verwacht dat de werknemster zal herstellen en dat beëindiging van het dienstverband haar mede daarom onevenredig zou schaden.

De bedrijfsarts komt er naar eigen zeggen al snel achter dat een werknemster, die “van de buitenkant een sterke en vrolijke vrouw lijkt, terwijl dat aan de binnenkant helemaal niet zo is” volkomen uitgeblust is door een combinatie van werkdruk en een overmaat aan psychisch belastende gebeurtenissen in de privé-sfeer. De werkgever heeft niet in de gaten hoeveel problemen zij heeft – en de bedrijfsarts laat dat ook liever zo, omdat hij denkt dat anders het voortbestaan van haar dienstverband in gevaar zou komen en hij er bovendien vertrouwen in heeft dat zij er weer bovenop zal komen.

De werkgever, onwetend van veel van de achterliggende problematiek, twijfelde aanvankelijk sterk of de werknemster het werk wel aankon. Er was volgens de bedrijfsarts wel wat “massage” nodig om de werkgever ervan te overtuigen dat reïntegratie haalbaar was.

De bedrijfsarts meent dat hij uiteindelijk met deze opstelling ook in het belang van de werkgever heeft gehandeld, temeer daar de werknemster nu weer volledig in haar oorspronkelijke werk heeft hervat.

De bedrijfsarts zelf is op zijn beurt in de beroepsmatige keuzes die hij maakt afhankelijk van de informatie die de werknemer hem vertrekt. In een aantal gevallen zagen we al dat de werknemer daarin onvolledig is of onvoldoende laat blijken hoe ernstig het probleem is. In het onderstaande geval neemt de bedrijfsarts het de werknemster kwalijk dat zij pas in een laat stadium opening van zaken geeft en stelt dat hij anders zou hebben gehandeld als hij eerder over deze informatie had beschikt:

Mw. Rulofs, een 36-jarige receptiemedewerkster op een klein kantoor, valt uit ten gevolge van een chronische lichamelijke klacht en overspannenheid. Nadat zij zes weken rust heeft genomen, hervat zij op advies van de bedrijfsarts, dhr. Stevens, haar werk gedeeltelijk (driemaal drie uur per week). Stevens licht dat in het interview toe door te zeggen dat hij aanvankelijk dacht dat Rulofs alleen maar een tijdje te hard had gewerkt. Pas veel later, tot zijn ergernis, vertelde zij mondjesmaat dat er in de familiesfeer van alles aan de hand was. Rulofs daarentegen vindt dat Stevens haar problemen niet goed heeft ingeschat; hij drong te snel aan op werkhervatting en stelde haar vanuit dat gezichtspunt steeds vragen over zieke collega’s die in haar ogen “de tijd tot hun pensioen met een WAO-uitkering proberen uit te zitten” en waarmee zijzelf niet graag vergeleken wil worden. Zij had verwacht dat Stevens haar adviezen zou geven over hoe ze haar houding op het werk zou kunnen verbeteren, dat hij ‘met haar mee zou denken’. Zij vindt dat

Stevens had moeten doorvragen naar haar psychische gesteldheid, juist omdat zij zelf nogal gesloten is. Omdat dat allemaal in eerste instantie achterwege bleef, noemt zij Stevens “onprofessioneel”.

Al gauw blijkt dat Rulofs de werkhervatting nog niet aankan. Er volgen weer zes weken rust waarna zij, opnieuw op advies van Stevens, weer gaat werken, nu driemaal vier uur per week, waarbij Stevens toezegt te zorgen voor begeleiding door een reïntegratiebureau. Volgens Rulofs kwam zij er twaalf weken later achter dat Stevens haar toen nog steeds niet bij dat bureau had aangemeld. Zij stuurt Stevens een boze e-mail waarin zij hem verwijt dat hij alleen maar op werkhervatting is gericht en haar gezondheid kennelijk niet belangrijk vindt. Volgens Rulofs heeft Stevens dat vervolgens nadrukkelijk tegengesproken en zijn excuses aangeboden.

Bedrijfsarts Stevens zegt in het interview dat hij met Rulofs een evaluerend gesprek heeft gehad. Op grond daarvan vermoedt hij al dat zij hem in het interview met de onderzoekers ook zal verwijten dat hij te veel op hervatten heeft aangedrongen, maar hij vindt omgekeerd dat zij hem ‘al dan niet bewust om de tuin heeft geleid’. Dat komt ook doordat “aan haar buitenkant niet is te zien dat het slecht met haar gaat”. Hij is ontevreden over het resultaat van zijn activiteiten in dit geval: ‘als ik vanaf het begin had geweten wat ik nu weet, had ik veel harder aangedrongen op therapie en ook de werkgever gevraagd op dat punt meer druk uit te oefenen’.

Hij erkent dat hij door de gang van zaken het vertrouwen in haar heeft verloren. Hij betwijfelt nu of Rulofs, ondanks haar inzet voor het bedrijf, nog wel hecht aan volledige werkhervatting en denkt dat ze afstevent op de WAO, omdat ze ‘al heeft ingeschat dat ze met een gedeeltelijke WAO-uitkering en gedeeltelijk werken het beste af is.’ Stevens noemt dit “de WAO-fuik”: eenmaal in die situatie beland, zijn er heel weinig financiële prikkels tot verandering.

De bedrijfsarts blijft achter met het gevoel dat hij op het verkeerde been is gezet. In de perceptie van de bedrijfsarts draagt dit niet bepaald bij tot het reïntegratieproces.

De werkneemster heeft hier haar persoonlijke redenen om zich ten opzichte van de bedrijfsarts niet onmiddellijk bloot te geven en zij wordt in die houding alleen maar gesterkt door het in haar ogen inadequate perspectief van waaruit de arts haar benadert. Omgekeerd krijgt de bedrijfsarts daardoor geen informatie die zijn, vanuit de ervaringen met het bedrijf opgebouwde, wat wantrouwende verwachtingen weerleggen.

Soms geven bedrijfsartsen in de interviews aan dat ze eigenlijk niet zo gelukkig zijn met hun eigen rol (of die van hun voorgangers) bij de begeleiding van een bepaalde werknemer. Soms ‘verkijken’ zij zich op de ernst van psychische problematiek, volgen een standaardroute en zien pas later in dat ze actiever hadden moeten zijn in hun onderzoek en houding ten opzichte van de werknemer. In andere gevallen wijten ze dit aan de geslotenheid van de werknemer, waardoor ze te weinig inzicht hebben gekregen in de problematiek. Ook kunnen organisatorische problemen, die er bijvoorbeeld toe leiden dat een werknemer in korte tijd met meerdere bedrijfsartsen te maken krijgt, ten nadele gaan van de reïntegratie:

Een werkneemster is mede door haar ziekte en daarop volgende werkloosheid in een sociaal geïsoleerde positie is terechtgekomen die in bepaalde opzichten zorgwekkend is en haar belemmert in het zoeken en vinden van ander werk. De begeleiding van de werkneemster door de arbodienst heeft nogal te wensen overgelaten. In korte tijd werd de vrouw met drie opeenvolgende bedrijfsartsen geconfronteerd zonder dat sprake was van behoorlijke overdracht van haar dossier. Toen zij voor het eerst een afspraak had met de tweede bedrijfsarts in de rij, heeft zij eerst anderhalf uur in de wachtkamer gezeten. Toen de bedrijfsarts eindelijk arriveerde, bleek hij haar dossier niet te kennen. De derde en laatste bedrijfsarts heeft volgens de vrouw wel goed met haar meegedacht over de mogelijkheden van passend werk. Deze signaleert zelf dat de arbodienst in haar geval gebreke is gebleven en draagt haar mede om die reden vervolgens versneld over aan UWV.

Het tekortschieten van de arbodienst leidt in dit geval tot een versnelde overdracht van de werkneemster aan UWV. In de relatie tussen bedrijfsarts en werkgever kunnen, behalve organisatorische problemen, ook commerciële belangen beperkingen opleggen aan het handelen van de bedrijfsarts:

Een bedrijfsarts legt zijn handelen als volgt uit: ‘Het bleek al snel dat het contact tussen werkgever en werknemer slecht was. Ik heb geprobeerd dit op het SMT bespreekbaar te maken, maar dat viel niet goed. De leidinggevende legt de verantwoordelijkheid voor de problemen buiten zichzelf (en dus bij de werknemer) en staat niet open voor feedback - een heel rigide opstelling. De leidinggevende wilde ook niet toegeven om aan een oplossing te werken. Hij was waarschijnlijk bang voor gezichtsverlies of iets dergelijks. De bedrijfscultuur daar is ook vrij rigide. Achteraf had ik wellicht meer de stijl van leidinggeven en starre houding van de leidinggevende kunnen benoemen.’ Als toelichting geeft hij aan dat hij wat voorzichtiger was met harde kritiek omdat het contract van zijn arbodienst met het bedrijf binnenkort zou moeten worden hernieuwd.

Uit de interviews met de bedrijfsartsen blijkt dat zij in het algemeen beter op de hoogte zijn van de problematiek van de werknemer wanneer zij werkzaam zijn bij een interne arbodienst dan wanneer het een externe arbodienst betreft. Bedrijfsartsen van een interne arbodienst hebben vaker contact met de werknemer en worden niet gehinderd door commerciële belangen zoals die in het voorbeeld hierboven. Bovendien is de relatie van de bedrijfsarts met de leidinggevende en de personeelsfunctionaris van de werknemer doorgaans beter en vooral intensiever bij een interne arbodienst dan bij een externe. Interne arbodiensten maken onderdeel uit van hetzelfde bedrijf, waardoor de communicatielijnen korter zijn. Niettemin zien sommige bedrijfsartsen van interne diensten ook nadelen, zoals het ontbreken van contractuele afspraken over een sociaal medisch overleg, waardoor dit er door tijdgebrek bij inschiet. Overigens geeft geen van de bedrijfsartsen van externe arbodiensten aan dat zij door eventuele beperkende bepalingen in het contract van de arbodienst met de werkgever belemmerd worden in de begeleiding van de zieke werknemers.

In een aantal gevallen, waarvan wij er twee uitgebreider hebben geanalyseerd, is de miscommunicatie zodanig dat alle betrokkenen zonder het van elkaar te weten een andere opvatting hebben over de motieven en het te verwachten handelen van andere actoren. Soms zijn ze het wel eens over het te verwachten verloop maar op grond van heel uiteenlopende en strijdige verwachtingen ten aanzien van de motieven en het handelen van anderen; soms loopt ook de “toekomstverwachting” sterk uiteen. Ook in die gevallen mag worden verwacht dat deze situatie niet bijdraagt aan een succesvolle reïntegratie.

In een geval is sprake van een complexe problematiek (somatische kwalen, psychische problematiek en een arbeidsconflict in het verleden), waarbij uit de interviews geen duidelijke gedeelde diagnose naar voren komt. Wel duidelijk wordt dat de overdracht van relevante informatie tussen de betrokken actoren te wensen overlaat:

Mw. Bukman, een 48-jarige medewerkster van een grote verkooporganisatie in het zuiden des lands, valt uit met depressieve klachten. Zij heeft een chronische somatische kwaal en daarnaast een volgens de huisarts langdurige geschiedenis van psychische ‘ups en downs’.

De huisarts levert kritiek op de werkgever omdat deze weinig flexibel met de beperkingen van Bukman zou zijn omgegaan.

Bukman is ontevreden met haar huidige werk en zou liever ook niet daarin terugkeren. Zij heeft dat haar werkgever nog niet verteld, “want dan schakelen ze meteen een reïntegratiebedrijf in” en zij is bang dat zij dan werk moet doen waar zij van gruwet, zoals op “de postkamer”. Een tijd lang was haar psychische situatie dusdanig dat zij geen contact kon hebben met haar werk. Zij voelt zich er schuldig over dat zij niks kan en dat haar vermogens zich maar zo langzaam herstellen. Volgens de werkgever is Bukman erg bang voor de aanstaande WAO-keuring – maar Bukman zegt daar in het interview niets over.

De huisarts zegt dat hij ernstig van mening verschilt met de bedrijfsarts over de aanpak in de omstandigheden waarin Bukman verkeert. De huisarts ziet ernstige beperkingen in de belastbaarheid, terwijl volgens hem de bedrijfsarts roept dat de cliënt “direct aan de slag” moet. De huisarts zegt niet te begrijpen dat hij niet geraadpleegd wordt over de privé-situatie van de cliënt: als huisarts heeft hij meer inzicht in omstandigheden waarin de cliënt verkeert: anders dan de bedrijfsarts kent hij haar al jaren.

De bedrijfsarts zelf daarentegen zegt dat Bukman pas over drie tot zes maanden weer aan de slag zal kunnen. De werkgever sluit zich, met een beroep op de deskundigheid en autoriteit van de bedrijfsarts, daarbij aan. Voor de werkgever is het sterk de vraag of Bukman in de oude functie

terug kan komen; hij vindt deze eigenlijk te hoog gegrepen en meent dat Bukman in een lagere functie zou moeten hervatten.

De bedrijfsarts heeft inmiddels uit de resultaten van de intake nieuwe inzichten opgedaan die een ander licht werpen op de problemen die Bukman met haar huidige werk heeft; hij is ervan overtuigd dat Bukman juist een meer uitdagende baan zou moeten krijgen. De werkgever en de huisarts zijn hier echter niet van op de hoogte. Bukman, ten slotte, vertelt in het interview dat zij een heel andere wending aan haar arbeidsleven wil geven – maar dat weet weer geen van de andere betrokkenen.

In dit geval vindt de huisarts dat de bedrijfsarts meer van zijn kennis zou kunnen profiteren als het erom gaat de werksituatie af te stemmen op de beperkingen van deze werknemer. De bedrijfsarts heeft inmiddels een nieuwe theorie opgedaan over de oorzaken van de psychische problemen die ertoe zou moeten leiden dat het bedrijf de werknemer iets heel anders zou moeten aanbieden. De werkgever ziet de werknemer gebukt gaan onder een andere vrees en heeft ideeën over een oplossing die haaks staat op wat de bedrijfsarts zou willen. De werknemer tenslotte wil een heel andere weg in zijn leven inslaan. En - allen communiceren dat niet of in beperkte mate naar de anderen.

6.2 De ‘bedrijfscultuur’ en de samenhang in het handelen van actoren

Ook waar het gaat om de concrete randvoorwaarden waaronder herstel en hervatting kunnen plaatsvinden, zijn actoren van elkaar afhankelijk. De werknemer is afhankelijk van de mogelijkheden en de bereidheid van de werkgever soepele werkhervatting mogelijk te maken, eventueel via aangepast werk, en eventueel financieel bij te dragen aan medische of psychologische behandeling. In kleine bedrijven lijken beide aspecten lastiger te liggen dan in grotere: de mogelijkheden aangepast werk te creëren zijn beperkt en men is minder gauw geneigd therapieën te financieren, zeker als men meent dat deze ook via reguliere zorgverzekeringen verkrijgbaar zijn.

In kleinere organisaties kan het werk zo zijn ingericht dat werknemers een aanzienlijke druk op hun schouders voelen rusten, een druk die, als hij mede tot overbelasting van de werknemer leidt, vervolgens belemmerend uitwerkt op het herstelproces. Daar komt bij dat sommige kleinere organisaties, onder meer door het ontbreken van een geprofessionaliseerd personeelsbeleid, er kennelijk moeite mee hebben met het uitvallen van werknemers ten gevolge van overbelasting om te gaan.

Een werkneemster ervaart in het kleine bedrijf waar zij werkt maar weinig begrip voor haar overspannenheid; sommige collega's zijn 'niet erg tactisch' en soms 'uitgesproken onaardig' tegen haar. Ook de werkgever begrijpt het volgens haar niet - en dat wordt misschien ook niet bevorderd doordat hij gedwongen is zelf haar werk over te nemen.

De bedrijfsarts kent het bedrijf (er zijn meer langdurig zieken) en uit kritiek op 'de cultuur' in het bedrijf: de werkgever heeft niet door dat zijn stijl van leiding geven leidt tot uitval en conflicten. Maar hij uit ook kritiek op de werkneemster die zich door die cultuur laat opjagen en door een te groot verantwoordelijkheidsgevoel haar eigen herstel in de weg staat.

Of de werkneemster met succes haar werk kan hervatten, is in dit geval mede afhankelijk van wat wordt aangeduid als 'de cultuur' in het (kleine) bedrijf: de houding ten opzichte van het werk en de manier waarop men binnen het bedrijf met elkaar omgaat. De bedrijfsarts acht de voorwaarden in dit geval niet gunstig, maar ziet nauwelijks mogelijkheden daar invloed op uit te oefenen.

Ook in een ander geval stuiten goede intenties van de bedrijfsarts af op de 'cultuur' in het bedrijf, waarbij ook weerstand van de kant van de werknemer tegen therapie een rol speelt.

Een 52-jarige man, werkzaam bij een bank, valt uit met psychische klachten. Zelf noemt hij een conflict met een collega, dat het bedrijf niet heeft geprobeerd op te lossen, als belangrijkste oorzaak. Hij vindt verder dat het werk dat hij doet niet bij hem past en heeft nog wat persoonlijke problematiek te verwerken.

Werkgever noch bedrijfsarts maken in het gesprek melding van het conflict waar de werknemer het over heeft. De werkgever meent dat hij zich ziek meldde om aandacht te vragen voor de door hem ervaren mismatch ten opzichte van het werk. De werkgever stelde zich aanvankelijk op het standpunt dat 'je nou eenmaal moet doen waarvoor je aangenomen bent' maar ging er in tweede instantie mee akkoord dat de werknemer andere taken kreeg.

De bedrijfsarts constateert al snel dat het contact tussen de werknemer en zijn direct leidinggevende niet goed is. De werknemer krijgt geen erkenning van zijn problemen, de leidinggevende stelt zich volgens de bedrijfsarts rigide en niet oplossingsgericht op. De bedrijfsarts tracht dat op het sociaal-medisch overleg in het bedrijf bespreekbaar te maken, maar zonder succes. Dat sluit volgens de bedrijfsarts ook aan bij de bedrijfscultuur in dit bedrijf.

De werknemer heeft inmiddels grotendeels hervat in dat andere werk, maar de bedrijfsarts vreest voor terugval omdat de cultuur en stijl van leidinggeven bij het bedrijf niet is veranderd en de werknemer bovendien zijn psychologische behandeling niet heeft afgemaakt. Mocht dat gebeuren, dan neemt de bedrijfsarts zich voor veel directiever te gaan optreden.

Volgens de bedrijfsarts is hier een rigide opstelling van de werkgever, die volgens hem past bij de 'cultuur' van dit bedrijf, niet bevorderlijk voor het tempo en de kansen op blijvend succes van de reïntegratie van deze werknemer.

6.3 De positie van UWV in het reïntegratieproces

De Wet verbetering poortwachter heeft de toezichthoudende en handhavende rol van UWV, naast die van uitvoerder van de WAO, versterkt ten koste van haar directe betrokkenheid bij het reïntegreren van werknemers. De cases in het onderzoek vallen gedeeltelijk onder het voorafgaande regiem, gedeeltelijk onder dat van de Wvp. We zien dan ook dat UWV-functionarissen in een aantal gevallen zelf acties ondernemen om de werkhervatting te bevorderen. Zij stimuleren soms werkaanpassingen (aangepaste stoel), sporen de werkgever en de werknemer aan om de reïntegratie te hervatten of schakelen rechtstreeks een reïntegratiebedrijf in. In andere gevallen verwerpen zij de optie zelf een reïntegratiebedrijf in te schakelen omdat de verantwoordelijkheid voor de reïntegratie nu bij de werkgever ligt. In twee gevallen participeert een arbeidsdeskundige nog steeds in een sociaal medisch overleg met de werkgever en de bedrijfsarts.

Soms is de onderlinge afstemming niet optimaal, blijken bedrijfsarts en UWV verschillende opvattingen te hebben over maatregelen die in het kader van de reïntegratie nodig zijn en werken ze langs elkaar heen.

In het geval van dhr. Hartog, de hoogopgeleide man die door fouten in de curatieve sector langdurig was uitgeschakeld, laat de bedrijfsarts, die zich in deze zaak actief opstelt, een werkplek-onderzoek verrichten en concludeert dat er geen aanpassingen nodig zijn. De arbeidsdeskundige echter zorgt dat Hartog op kosten van UWV een aangepaste bureaustoel gaat bestellen. Hartog bespreekt dat eerst met zijn fysiotherapeut die aanvankelijk weer andere ideeën heeft over welke stoel het beste voor hem zou zijn, maar uiteindelijk komen ze toch op de door UWV geadviseerde stoel uit.

De arbeidsdeskundige raadt Hartog verder aan gebruik te maken van een centrum voor rugtherapie. Hartog gaat daar om bepaalde redenen niet op in; hier van belang is dat de bedrijfsarts niet van dit UWV-advies op de hoogte is en het (mede daardoor?) geen vervolg krijgt in het reïntegratieproces.

De arbeidsdeskundige geeft als zijn mening dat de arbodienst veel te laks is geweest: als dat centrum voor rugtherapie eerder was ingeschakeld, zou de reïntegratie nu een stuk verder zijn gevorderd.

Als UWV de WAO-beoordeling heeft gedaan, hoort de bedrijfsarts, ten slotte, alleen van Hartog zelf dat hij 45-55% arbeidsongeschikt is verklaard; werkgever noch UWV hebben hem daarvan op de hoogte gesteld. De bedrijfsarts is daar laconiek onder: "ach, het gebeurt wel vaker dat men dat vergeet door te geven ...".

Niet duidelijk wordt of de arbeidsdeskundige zich in zijn oordeel over het handelen van de arbodienst op meer baseert dan op dat wat de werknemer hem vertelt. Sommige werknemers uiten ook kritiek op UWV vanuit de gedachte dat het bij zijn beslissingen over zo volledig mogelijke informatie zou behoren te beschikken:

"De arbeidsdeskundige moet bepalen wat er gebeurt en dat kan verstrekkende consequenties voor iemand hebben, maar hij beschikt niet over alle informatie. Kwalitatief maakt dat een slechte indruk".

In het kader van de WAO-beoordeling, die UWV rond de twaalfde maand van het verzuim verricht, kan er ook sprake zijn van radicaal verschillende interpretaties, van UWV enerzijds tegenover bedrijfsarts en curatieve artsen anderzijds, van de symptomen die verantwoordelijk zijn voor het uitvallen van een werknemer.

Dhr Klasdorp, onderhoudsmonteur, heeft tijdens het sporten zijn enkelband gescheurd, waarna zijn voet veel te strak is verbonden. Sindsdien ervaart hij voortdurend een hevige pijn in zijn voet die lopen en staan vrijwel onmogelijk maakt. Hij wil wel zittend werk doen, maar de werkgever zegt dat hij dat niet kan bieden, dat hij terugkeer van de werknemer onmogelijk acht en dat hij niet begrijpt dat hij nog niet is afgekeurd.

Curatieve artsen en de bedrijfsarts zijn ervan overtuigd dat het hier een geval van posttraumatische dystrofie betreft, volgens een botscaan zelfs in de ergste vorm, zodat zij zelfs amputatie van de voet overwegen. De bedrijfsarts oriënteert zich op de curatieve artsen en vindt dat Klasdorp volledig arbeidsongeschikt is voor zijn huidige werk.

UWV echter zegt geen ziekte of gebrek te kunnen vinden en keurt hem volledig goed. De keuringsarts baseert die conclusie op eigen onderzoek en op contact met de orthopeed van Klasdorp die hem een half jaar daarvoor voor het laatst heeft gezien. Met de overige curatieve artsen is kennelijk geen contact geweest. Bij zijn eigen contact met Klasdorp constateert hij veel inconsistenties in zijn verhaal en in zijn bewegen. “Hij beweert niet te kunnen lopen, maar zegt wel nog zelf de was op te hangen in de tuin.” Hij constateert atrofie die hij toeschrijft aan angst te bewegen: ‘Het slechtste wat je bij deze aandoening kunt doen, is rust nemen. Hij had al veel vroeger zijn werkzaamheden moeten hervatten. In plaats daarvan heeft hij niets gedaan. Je gaat je afvragen of er hier niet iets anders speelt, maar aan de andere kant zegt hij zelf met plezier zijn werk te doen.’

Het UWV-oordeel stuit bij de overige betrokkenen op verbazing en verontwaardiging. Ook de bedrijfsarts vindt dat hij wel kan werken, maar niet in zijn eigen werk; nu UWV nalaat dat laatste te constateren, draagt het volgens hem niet bij aan de reïntegratie. UWV daarentegen vindt het jammer dat de bedrijfsarts mede Klasdorp ertoe heeft aangezet bezwaar aan te tekenen tegen de keuringsuitslag, omdat dat in de praktijk betekent dat er in afwachting van de beslissing op dat beroep niets aan reïntegratie wordt gedaan.

De keuringsarts licht in het interview nog toe dat deze vestiging van UWV een “strengere” is en dat er frequent bezwaar wordt gemaakt tegen beslissingen. Maar: ‘bezwaren zijn niet erg. Het is een controlemiddel dat de kwaliteit bevordert. Het enige nadeel van zo’n bezwaar is dat het de reïntegratie uitstelt. Daar is de heer Klasdorp niet bij gebaat. Hoewel hij nu een belang lijkt te hebben bij zo’n bezwaar is hij uiteindelijk door datzelfde bezwaar de grote verliezer, omdat het zorgt voor een afwachtende houding bij zowel bedrijfsarts als werkgever als werknemer zelf en dat bemoeilijkt de reïntegratie.’

Deze casus blijft zich, ook na zorgvuldige analyse, voor meerdere interpretaties lenen. Dat de bron van de klachten medisch niet of nauwelijks te constateren valt en dat men in sterke mate moet afgaan op de klachten die de werknemer rapporteert, wordt in de context van de curatieve sector gemakkelijker aanvaard dan in die van de WAO-beoordeling. UWV vindt zijn verhaal inconsistent en vertrouwt het niet, de werkgever staat geheel achter hem maar heeft mogelijk ook belang bij het laten afvloeien van een oudere werknemer. Opmerkelijk is dat UWV zich maar in beperkte mate oriënteert op het oordeel van de curatieve medici, maar vooral afgaat op het gesprek in de spreekkamer. De beide ‘kampen’ oordelen diametraal verschillend over elkaars bijdrage aan het reïntegratieproces.

In een wat betreft de UWV-beslissing hiermee ‘contrasterend’ geval heeft UWV volgens de werkgever aangegeven het oordeel ‘volledig arbeidsongeschikt’ mede te zien als een middel om ruimte te creëren voor reïntegratie van een werknemer bij de eigen werkgever:

Dhr. de Wolf is uitgevallen met verschijnselen van burn-out. Inmiddels is zijn functie vervallen. De werkgever, dhr. Jongejan, heeft na een paar maanden aangegeven dat De Wolf ook extern naar een andere functie zou moeten zoeken. De daarmee gecreëerde tijdsdruk is wat weggenomen door de WAO-beslissing die in maand 13 is genomen. UWV zegt gelet op de beperkte belastbaarheid van De Wolf geen functies te kunnen duiden en heeft hem in de hoogste arbeidsongeschiktheidsklasse (80 – 100 %) ingedeeld. De Wolf was verbaasd, zegt hij, over het begrip waarmee de arbeidsdeskundige hem tegemoet trad en ook over de beslissing.

Er 'viel daardoor wel een last van hem af', want dit maakte in ieder geval zijn werkomgeving en ook de werkgever duidelijk dat er echt iets serieus aan de hand was. Hij voelt zich sindsdien veel meer ontspannen en hij denkt dat dat ook is wat de arbeidsdeskundige wilde bewerkstelligen. Jongejan zegt bij UWV te hebben nagevraagd hoe hij de volledige afkeuring moest interpreteren, waarop UWV zou hebben geantwoord: als een verlenging van het Ziektewetjaar zodat er meer tijd is aan reïntegratie te werken. De arbeidsdeskundige van UWV is er zelf vast van overtuigd dat de werkgever De Wolf terug wil in zijn eigen onderneming; hij geeft er geen blijk van te weten dat Jongejan ook herplaatsing bij een andere werkgever overweegt.

De beslissing van UWV wordt in het interview door UWV zelf als technisch onontkoombaar gepresenteerd maar ten opzichte van de werkgever uitgelegd als het bieden van meer tijd om interne reïntegratie te realiseren. De werkgever geeft in het interview de keerzijde van deze beslissing aan: daarmee worden in feite de prikkels voor de werknemer om te hervatten weggenomen (hij "heeft geen stok meer achter de deur"). Waar UWV denkt bij te dragen aan interne herplaatsing, ziet de werkgever vooral vertraging optreden in de volgens hem onvermijdelijke reïntegratie bij een andere werkgever.

Diverse UWV-functionarissen bekritisieren tijdens de interviews de nieuwe taakverdeling van de Wvp en met name dat het feit dat zij geen rechtstreeks contact meer kunnen hebben met de werkgever en de bedrijfsarts over zieke werknemers:

'In het verleden was er regulier overleg met de bedrijfsarts. Dat overleg moet je zien als een vooroverleg, waarin we bespraken hoe mensen het beste zijn te reïntegreren. In dat overleg werd de aanpak van bedrijfsarts en onze aanpak op elkaar afgestemd. Sinds de invoering van de Wet Verbetering Poortwachter (Wvp) mag dit niet meer. Het UWV mag de bedrijfsarts niet beïnvloeden. We hebben deze overlegstructuur moeten afbouwen. Dat is wel jammer want in het verleden was er dus een open lijn waardoor het mogelijk was om te overleggen over moeilijke gevallen en deze in der minne te regelen.'

'Het is jammer dat we niets meer mogen dan politieagent spelen. Als we meer zouden mogen samenwerken met de bedrijfsartsen dan zouden we veel meer mensen aan het werk kunnen krijgen.'

De Wet verbetering poortwachter heeft de verantwoordelijkheid voor de reïntegratie gedurende de eerste twee ziektejaren expliciet bij werkgever en werknemer gelegd en bepaald dat de werkgever en de bedrijfsarts enerzijds en de werknemer anderzijds zich ten opzichte van UWV moeten verantwoorden wat betreft de door hen gedane inspanningen ten behoeve van reïntegratie. Slaagt deze verantwoording niet, dan kunnen door UWV sancties worden opgelegd. Uit de aard der zaak concentreert deze toets zich op een aantal relatief formele momenten, maar te verwachten valt dat er een zekere structurerende en uniformerende werking van uitgaat. Daar staat tegenover dat deze toets pas relatief laat, in het vierde kwartaal van het ziekteproces, plaatsheeft, in een fase dus waarin sommige kansen op reïntegratie al onomkeerbaar zijn gemist.¹²

Dat laatste effect wordt, blijkens de interviews, door UWV-medewerkers betreurd. De helft van de in het kader van de cases geïnterviewde UWV-artsen en -arbeidsdeskundigen en alle geïnterviewde stafmedewerkers van UWV brachten uit zichzelf naar voren dat de nieuwe, toezichthoudende rol die hen door de WVP is opgelegd ten koste gaat van de mogelijkheden een constructieve bijdrage te leveren gedurende de eerste acht maanden van het ziekteproces. Vroeger stonden zij via vormen van sociaal-medisch overleg in direct contact met werkgever en bedrijfsarts, nu kunnen zij pas na acht maanden achteraf hun oordeel geven over de inspanningen van werkgever en werknemer. Het zijn vooral controlerende activiteiten en de daaruit eventueel voortvloeiende sancties die nu de communicatie met werkgever, werknemer en bedrijfsarts bepalen.

6.4 Reïntegratiebedrijven

In de loop van het reïntegratieproces kunnen ook reïntegratiebedrijven bij het proces worden betrokken. In het onderzoek heeft in vijf gevallen de werkgever een reïntegratiebedrijf ingeschakeld waarvan functionarissen konden worden geïnterviewd.

¹² Krachtens recente wijzigingen zal de toets voor werknemers die na 1 januari 2004 ziek zijn geworden, eerst in het vierde kwartaal van het tweede ziektejaar plaatshebben.

In één geval had het reïntegratiebedrijf de werknemer voornamelijk geholpen met het zoeken van geschikte banen en solliciteren en had het de werknemer gemotiveerd. In vier gevallen waren de reïntegratiebedrijven vooral gericht op psychische problematiek van de werknemer. Daarbij werden zaken genoemd als 'inzicht in de eigen persoonlijkheid verwerven', 'sterkte-zwakke analyses', 'uitgaan van de persoon en wat deze kan in plaats van de beschikbare banen', 'lifestyle-training' en ook een 'grondmotievenonderzoek'.

Slechts in één geval was duidelijk dat de betrokken werknemer inmiddels druk aan het solliciteren was, een andere zou daar op de wat langere termijn weer aan toe zou zijn. In één geval wilde de werknemer weer gaan solliciteren, maar raadde het reïntegratiebedrijf dit af en stelde het voor de behandeling langer voort te zetten. In een ander geval heeft de werknemer buiten het reïntegratiebedrijf om zelf tijdelijk alternatief werk geregeld bij de werkgever, terwijl het reïntegratiebedrijf zich richt op behandeling van de psychische problematiek.

Van de functie van het reïntegratiebedrijf in het geheel van het reïntegratieproces kunnen betrokkenen verschillende percepties hebben:

Een 54-jarige werkneemster van een grote organisatie, is uitgevallen met psychische klachten (vermoeidheid, stress) maar heeft daarnaast al langer lichamelijke klachten. De werkverhoudingen zijn niet goed en er is een reorganisatie gaande in het kader waarvan haar functie ter discussie staat. Zij wil graag weer aan de slag en de bedrijfsarts vindt ook dat zij gemotiveerd is en zich ondanks alles zeer constructief opstelt.

De werkgever schakelt een intern reïntegratiebedrijf (RIB) in. Wat gaat dat bedrijf doen? Daarvan blijken de betrokkenen niet dezelfde perceptie te hebben. De werkneemster, die streeft naar reïntegratie in haar eigen werk, heeft het over 'bijscholing' die haar functioneren in het werk moet verbeteren, vooral door haar te leren systematischer te werken. De werkgever heeft het over een 'zelfanalysetraject'. De bedrijfsarts ten slotte meent dat het RIB in verband met de reorganisatie werkt aan reïntegratie op een andere werkplek.

In een geval wordt inschakeling van een reïntegratiebureau door de (overspannen) werknemer onmiddellijk geassocieerd met herplaatsing bij een andere werkgever – wat de werknemer niet wil.

In de keuze van het pakket dat het reïntegratiebedrijf voor de begeleiding van een werknemer aanbiedt, houdt het soms al rekening met de omstandigheid dat kleine bedrijven niet bereid of niet in staat zijn intensieve begeleiding te betalen.

Een reïntegratiebedrijf wordt ingeschakeld om een jonge vrouw die burn-out is geraakt bij een andere werkgever te reïntegreren. Eigenlijk zou het reïntegratiebedrijf met het oog op de psychische klachten van de werkneemster, een traject van intensieve begeleiding willen inzetten. Maar al bij de intake is duidelijk dat de huidige werkgever van de vrouw, een winkelier, niet bereid is zo'n traject te betalen. Dus kiest het reïntegratiebedrijf voor een eenvoudig traject van loopbaanonderzoek en sollicitatietraining. De werkgever zegt in het interview dat 'een te makkelijk traject' te vinden: de vrouw kon in zijn ogen al heel goed sollicitatiebrieven schrijven, daar hoefde ze niet in getraind te worden, ze moet geprikkeld worden om ander werk te zoeken!

De werkneemster voelde zich er schuldig over dat haar werkgever de kosten van het reïntegratiebedrijf zou moeten dragen. Zij heeft daarop aangeboden die kosten zelf te betalen; zij vindt het vervelend dat ze pas later hoorde dat de kosten die een werkgever daarvoor maakt, als de reïntegratie elders succesvol is, volledig door UWV worden vergoed. Zij maakt er ook bezwaar tegen dat de bedrijfsarts en het reïntegratiebedrijf haar bij herhaling erop wezen hoe vervelend haar verzuim voor haar werkgever was, terwijl zij zelf vindt dat zij zich daarvan nou juist al veel te goed bewust was. Waar zij behoefte aan had was juist dat bedrijfsarts en reïntegratiebedrijf het nu eens ook voor haar opnamen.

De vrouw zelf had verwacht dat het reïntegratiebedrijf haar werkmogelijkheden zou aanreiken, maar merkt dat ze alle zoekwerk naar vacatures zelf moet doen. Overigens vindt de vrouw, kennelijk mede dankzij de begeleiding van het reïntegratiebedrijf, na korte tijd ander werk..

Inschakeling van een reïntegratiebedrijf betekent ook dat informatie over de werknemer moet worden overgedragen aan het bedrijf. Die overdracht laat soms te wensen over. In één casus oordeelt een UWV-functionaris als volgt over de bijdrage van reïntegratiebedrijven:

“Ik vind het reïntegratiebedrijf te ambtelijk werken. Ze doen het hele beoordelingsproces van het eerste jaar van a tot z nog een keer opnieuw. Daardoor halen ze magere resultaten. Ze laten erg veel tijd verstrijken. Door al die onderzoeken nog een keer over te doen, doen ze niets aan de daadwerkelijk reïntegratie en daarna is het vaak te laat. Reïntegratie dient zo snel mogelijk te gebeuren wil het succes hebben.”

Gezien de huidige posities van UWV en reïntegratiebedrijven in de reïntegratie kan dit oordeel ons niet verrassen, maar we kunnen wel constateren dat in het beperkte aantal cases waarin in het onderzoek een reïntegratiebedrijf actief is, de overdracht of het opnieuw inwinnen van informatie omtrent de werknemer tijd heeft gekost en in zoverre een vertragend effect lijkt te hebben op het reïntegratieproces.

6.5 Conclusies

In dit hoofdstuk is ingegaan op de vraag welke afhankelijkheden bestaan tussen de bij het reïntegratieproces betrokken actoren en welke consequenties deze hebben voor het verloop van dat proces. Duidelijk is geworden dat de wederzijdse afhankelijkheden wat betreft informatievoorziening en de mogelijkheden die actoren hebben selectief met het verstrekken van informatie om te gaan, van groot belang kunnen zijn voor het verloop van de reïntegratie. Waar een goede vertrouwensrelatie tussen actoren bestaat, levert dit geen probleem op, maar zodra die ontbreekt of wanneer er structurele redenen zijn om terughoudend te zijn, zien we misverstanden en onjuiste beeldvorming ontstaan of (ten onrechte) bevestigd worden.

Ook als het gaat om de concrete randvoorwaarden waaronder herstel en hervatting kunnen plaatshebben, zijn de actoren van elkaar afhankelijk. Ook binnen het bedrijf kan dat zo zijn, bijvoorbeeld waar de ‘cultuur’ van een afdeling, of van het hele bedrijf zich grotendeels aan beïnvloeding van binnenuit (door de werkgever) of van buitenaf (door de bedrijfsarts) onttrekken. In kleine bedrijven lijken de mogelijkheden de juiste randvoorwaarden te creëren beperkter te zijn dan in grote bedrijven.

In hoofdstuk 2 signaleerden wij al dat de positie van de verschillende actoren mede wordt bepaald door de betrekkelijk hoge ‘schuttingen’ die tussen hen zijn opgetrokken. Enerzijds zijn omwille van de zuiverheid van de verantwoordelijkheidsverdeling taken en bevoegdheden scherp afgebakend, anderzijds worden zij geacht toch gezamenlijk reïntegratie tot stand te brengen. De structurele verhouding tussen bedrijfsarts en werkgever, waarin soms de commerciële verhouding tussen werkgever en arbodienst een rol speelt, is een lastige, zeker als de bedrijfsarts het ‘eigenlijk’ niet eens is met de wijze waarop de werkgever zich in een bepaald ziektegeval opstelt. Verder speelt de overdracht van informatie ‘over de schutting’, maar soms ook binnen een betrokken organisatie (van de ene op de andere bedrijfsarts) soms een versturende rol in het reïntegratieproces. Het feit dat functionarissen veelal slechts in beperkte mate schriftelijk met elkaar communiceren, maar dat vooral doen via de werknemer als *go-between*, biedt de werknemer mogelijkheden via de informatieoverdracht invloed uit te oefenen op het proces.

Juist omdat in het reïntegratieproces de onderlinge afhankelijkheid van actoren een grote rol speelt, kunnen verstoringen in de communicatie belangrijke gevolgen hebben voor de uitkomst van het proces. De reïntegratie moet, wil zij succesvol zijn, door meerdere actoren tegelijk worden ‘gedragen’ en het proces is in zoverre fragiel dat reeds het gebrek aan medewerking van één van de actoren de zaak doet ‘kantelen’.

Behalve aan ‘de driehoek’ van werkgever, werknemer en bedrijfsarts hebben wij aandacht besteed aan UWV en reïntegratiebedrijven. Van een rol van het UWV in het reïntegratieproces is slechts sprake in de derde en vierde episode. Wij hadden verwacht dat betrokkenen in de derde episode al zouden anticiperen op de WAO-beoordeling, maar daarvan was weinig te merken, wellicht omdat men er in acht van de tien gevallen in de derde episode al sterk van overtuigd was op werkhervatting aan te sturen. In de vierde episode heeft in alle gevallen de WAO-keuring plaatsgehad.

Vanuit UWV klinkt kritiek op de nieuwe taakverdeling die de Wvp meebrengt. Met die nieuwe taken is UWV voor een probleem komen te staan vergelijkbaar met dat waarmee andere uitvoerende instanties (zoals vroeger de Arbeidsinspectie ¹³) al langer worden geconfronteerd: een sanctionerende taak verdraagt zich slecht met de adviserende en stimulerende rol die UWV voor zichzelf (ook) in gedachten heeft. Maar er kunnen ook kritische kanttekeningen worden geplaatst bij de rol die UWV zichzelf toemeet. Zowel bedrijfsartsen als UWV-functionarissen betreuren het vervallen van regulier overleg over concrete verzuimgevallen, niet zozeer echter, zo blijkt, omdat zij denken dat de ander zou kunnen bijdragen aan de oplossing, maar vooral omdat zij hun eigen bijdrage onmisbaar vinden om het werk waar de ander verantwoordelijk voor is tot een goed einde te brengen. Er is dus geen sprake van wederkerige bevestiging van de perceptie die zij van hun eigen rol hebben. Ook de daling in WAO-instroom die inzette rond het moment van invoering van de Wet Verbetering Poortwachter vormt geen bevestiging voor het belang van regulier overleg.

¹³ Wilthagen en Harryvan 1992.

7 Samenvatting en conclusies

Wij vatten de resultaten van het onderzoek hier samen en koppelen er enkele beschouwingen aan over aspecten die uit ons onderzoek naar voren zijn gekomen. Na een reflectie op de onderzoeksmethode stellen we de inhoudelijke resultaten van het project aan de orde. Herstel van de gezondheid van de werknemer en hervatting van werk zijn twee aspecten van de reïntegratie die, hoe nauw ze ook samenhangen, ook institutioneel worden onderscheiden. Daarom bespreken we allereerst het handelen dat te maken heeft met het herstel van de gezondheid van de werknemer. Daarna staat het bepalen van het moment van werkhervatting centraal en de vraag of hervatting in de oude functie al dan niet mogelijk en te verwachten is. Tenslotte gaan we in op de samenhang en regie in het reïntegratieproces. Het hoofdstuk sluit af met een beschouwing naar aanleiding van de resultaten.

7.1 Reflectie op het onderzoek

Onderzoek naar de handelingsopties van actoren en hun onderlinge samenhang

De vraag die in het onderzoek centraal staat is driedelig. Op grond van welke overwegingen kiezen de in het reïntegratieproces betrokken actoren voor bepaalde handelingen? Hoe sluiten die op elkaar aan, wat is de (al dan niet zo bedoelde) samenhang die in hun handelingen kan worden geconstateerd? En ten slotte: sluiten de effecten ervan aan bij de doelstellingen van reïntegratie en bij de wensen en mogelijkheden van de zieke werknemer?

Bij de beantwoording van deze vragen hebben we gebruik gemaakt van een theoretisch kader waarin die samenhang de resultante is van de keuzes en overwegingen van afzonderlijke ‘actoren’. Deze keuzes en overwegingen worden op hun beurt mede bepaald door het institutionele kader (regels, bevoegdheidsafbakeningen) waarbinnen zij werkzaam zijn, door de middelen die hun ter beschikking staan, door de kennis en verwachtingen die zij van de andere actoren hebben en door de doelstellingen die zij nastreven.

Binnen het geheel van handelingsalternatieven kunnen keuzes ‘uitkristalliseren’ tot ‘vuistregels’ of nog verder tot een stijl van besluitvorming waarin de aanwezigheid van bepaalde condities wordt verbonden met een bepaalde manier van handelen zonder dat de gronden voor dat handelen telkens opnieuw worden afgewogen. Zulke routines kunnen vanuit praktisch oogpunt wenselijk en soms zelfs noodzakelijk zijn, maar behoren af en toe in het licht van de reïntegratiedoelstellingen te worden gehouden. Vanuit die gedachte plaatsen wij kanttekeningen bij de praktijk waarop wij in dit onderzoek zicht hebben gekregen.

De werkwijze en de bevindingen: eerder diep dan breed

We kunnen in dit slothoofdstuk niet beginnen met het weergeven van onze bevindingen zonder eerst te wijzen op het bijzondere karakter van dit onderzoek. De inzet van het project was nu eens niet de bedrijfsarts, de werkgever of het REA-instrumentarium afzonderlijk in beeld te brengen maar zicht te krijgen op het hele proces en op de onderlinge samenhang van het handelen van alle personen die een taak hebben in de reïntegratie van een zieke werknemer. Daartoe hebben wij een intensieve, kwalitatieve methode gebruikt. Die heeft enerzijds als voordeel dat zij veel en rijke informatie oplevert, maar daar staan anderzijds beperkingen tegenover.

In 34 cases zijn interviews gehouden met de werknemer, de werkgever, de bedrijfsarts en veelal ook met andere betrokkenen zoals de huisarts of andere medisch behandelaar, de betrokken UWV-functionaris of medewerker van een reïntegratiebedrijf (de ‘actoren’). Het voordeel is dat op deze wijze informatie kon worden verzameld, niet alleen over het handelen van elk van de betrokken actoren, maar vooral ook over de overwegingen die de betrokken actor aanvoert voor de keuzes die hij in zijn handelen maakt en over de verwachtingen die hij heeft van het handelen van anderen. Het geheel van de interviews levert een reeks van momentopnames op die een reconstructie mogelijk maakt van de bijdragen die allen (al dan niet) aan het reïntegratieproces hebben geleverd.

Zo krijgen we ten dele zicht op de onderlinge samenhang van wederkerige verwachtingen en van het handelen van werkgever, werknemers, bedrijfsarts en andere actoren. We kunnen zien waar het goed op elkaar aansluit, maar ook waar dat niet het geval is, waar de communicatie tekortschiet of waar (te) lang met handelend optreden wordt gewacht. Het wordt dan mogelijk op basis van systematisch verzamelde informatie antwoord te geven op de vraag in hoeverre die onderlinge samenhang reden geeft te spreken van een ‘Griekse tragedie’ in de zin van de commissie-Donner.

Maar we kunnen dat slechts doen op basis van informatie over 34 cases – en daar ligt uiteraard een niet onbelangrijke beperking van het onderzoek. Wij hebben bij de selectie van de cases gestreefd naar variatie, maar we kunnen niet veel meer zeggen over de vraag in hoeverre deze 34 cases ‘representatief’ zijn voor alle gevallen van ziekte en daarop volgende reïntegratie(pogingen)in Nederland. Het hoge informatiegehalte ten aanzien van de samenhang heeft onvermijdelijk zijn prijs in de vorm van een lage – of liever gezegd: onbekende – mate van generaliseerbaarheid van de resultaten. Dat betekent dat als wij uitspraken doen over kwantiteit, bijvoorbeeld dat we ‘enkele keren’ of ‘in de helft van de cases’ iets hebben geconstateerd, dat altijd alleen betrekking heeft op de cases in dit project en daaruit niet mag worden afgeleid dat de verhouding ‘dus’ in het totaal van de Nederlandse ziektegevallen ook zo zou zijn. De bevindingen zijn echter zeer herkenbaar voor al degenen die met reïntegratie te maken hebben en consistent met de resultaten van ander onderzoek.¹⁴

7.2 Gezondheidsherstel als voorwaarde voor werkhervatting

Een eerste aspect van reïntegratie is het herstel van de gezondheid van de werknemer. Voor de actoren is voldoende herstel van gezondheid een eerste voorwaarde om reïntegratie-activiteiten te kunnen starten. Dit wordt ook bevestigd in ander recent onderzoek onder langdurig verzuimers die een half jaar na de WAO-beoordeling zijn geïnterviewd. Degenen die hun gezondheid op dat moment als goed beoordelen, zijn overwegend hervat, terwijl degenen die hun gezondheid als slecht beoordelen overwegend niet zijn hervat.¹⁵ We maken naar aanleiding van onze onderzoeksbevindingen onderscheid tussen somatische en psychische aandoeningen en gaan apart in op de situatie waarin er (ook) sprake is van een arbeidsconflict. Alle actoren kunnen een rol spelen in het gezondheidsherstel, maar de rollen die hen zijn toebedeeld en hun mogelijkheden dat herstel te bevorderen verschillen nogal. Het zwaartepunt ligt onmiskenbaar bij de curatieve sector.

Bij somatische aandoeningen houdt de bedrijfsarts de vinger aan de pols

Zeker bij *somatische aandoeningen* staat het herstel van de gezondheid van de werknemer voorop. Zolang het gaat om fysieke klachten met een duidelijk behandelingspatroon hebben anderen dan de curatieve artsen weinig directe invloed op het herstelproces.

In hoeverre er inderdaad herstel optreedt, hangt overigens mede af van de kwaliteit van het handelen van de curatieve, (para-)medische sector. In enkele gevallen leiden een verkeerde diagnose, fouten in de behandeling of de wachttijd voor een operatie tot een aanzienlijke vertraging van het herstel.

Als de werknemer voor duidelijke, somatische klachten onder behandeling is, beperkt de bedrijfsarts zich er toe "de vinger aan de pols te houden". In een aantal gevallen toetst de bedrijfsarts de adequaatheid van de therapie en/of stimuleert de bedrijfsarts de werknemer tot een gerichte of andere therapie. Het moge duidelijk zijn dat voor een goede invulling van deze rol de bedrijfsarts op de hoogte dient te zijn van actuele ontwikkelingen in de curatieve sector, een vereiste dat ook volgt uit de recent ingevoerde mogelijkheid voor de bedrijfsarts om te verwijzen bij arbeidsgerelateerde klachten.

Als de klachten fysieke belemmeringen meebrengen of als de therapie voor de werknemer fysiek of emotioneel belastend is, gaat de bedrijfsarts er voorlopig vanuit dat rust de beste bijdrage levert aan het herstel, totdat de werknemer zelf laat blijken dat (gedeeltelijke) werkhervatting mogelijk zou zijn. ‘Rust’ betekent in dit verband dat de werknemer niet ook blootgesteld moet worden aan de belasting die zijn werk voor hem meebrengt.

Bij psychische aandoeningen rust in plaats van een snelle terugkeer naar de werkplek

Ook bij *psychische aandoeningen*, zoals overspannenheid, wordt, althans in de aanvangsmaanden van het verzuim, rust voorlopig als de beste medicijn beschouwd, waarbij men hoopt dat therapie op termijn zal leiden tot gezondheidsherstel. Ook hier betekent ‘rust’ vooral het vermijden van stressvolle prikkels die soms alleen al uit de aanwezigheid op de werkplek zouden kunnen voortvloeien. Dat een werknemer dan thuiszit, is in deze opvatting misschien te betreuren maar dient ‘op de koop toe te worden genomen’. In enkele gevallen geeft de werknemer, soms daarin gesteund door de bedrijfsarts, aan dat zijn emotionele instabiliteit vooralsnog contact met de werkgever onmogelijk zou maken. Het is de vraag in hoeverre de wijze waarop werkgever en bedrijfsarts dat lijken te aanvaarden in overeenstemming is met de richtlijnen die de CPA (de ‘commissie-Donner I’) voor dergelijke gevallen heeft gegeven.

¹⁴ Zie bijvoorbeeld De Rijk e.a. 2002, Jehoel-Gijsbers en Van Deursen 2003, maar ook De Bont e.a. 2000.

¹⁵ Jehoel-Gijsbers en Van Deursen 2003.

'Ongewenste rust' wordt soms veroorzaakt door wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg en de systematiek van de vergoedingen in de gezondheidszorg. Die systematiek kan leiden tot vertraging, wanneer bijvoorbeeld vergoeding van de kosten van een therapie niet rechtstreeks mogelijk is maar alleen door de omweg te bewandelen via de huisarts en vervolgens een psychiater die uiteindelijk deze therapie adviseert.

Als een werknemer met psychische klachten ten tijde van de ziekmelding al in behandeling is, volstaat de bedrijfsarts ermee net als bij somatische klachten "de vinger aan de pols te houden" totdat de werknemer laat blijken dat zijn herstel zo ver is gevorderd dat werkhervatting weer tot de mogelijkheden behoort. Is er echter nog geen sprake van behandeling – en dat is in de onderzochte cases vaker het geval – dan lijkt er een soort niemandsland open te liggen waarin allerlei routes bewandeld worden. Soms probeert de bedrijfsarts in enkele gesprekken de aard en de ernst van de psychische klachten helder te krijgen. Daarna kan hij dan verwijzen naar verschillende instanties – naar het maatschappelijk werk of een psycholoog van de arbodienst zelf, naar een hulpverlener in de private tweedelijns arbozorg, dan wel naar de "reguliere" zorgverlening van GGZ, psycholoog/psychiater of huisarts. Soms voert de bedrijfsarts zelf een reeks gesprekken – een actie die wellicht discutabel is vanuit het oogpunt van de bevoegdheidsverdeling tussen curatieve sector en arbodiensten en de vereiste deskundigheid.

Werkgevers zien weinig mogelijkheden om gezondheidsherstel te bevorderen

Zowel bij somatische als bij psychische klachten geldt dat de gepercipieerde mogelijkheden van de werkgever invloed op het herstelproces van de werknemer uit te oefenen, gering zijn. Wel kan hij in een aantal gevallen *indirecte* invloed op het herstelproces uitoefenen, bijvoorbeeld door aangepast werk aan te bieden (of achter de hand te hebben wanneer de therapie resultaat begint af te werpen) of door financieel bij te dragen aan snellere en/of betere behandeling. De bedrijfsarts kan daar een rol in spelen door de werkgever daartoe te stimuleren. Als hij deel uitmaakt van een interne arbodienst dan zijn de beïnvloedingslijnen korter en zal hij daar eerder in slagen dan wanneer hij werkt voor een externe arbodienst.

Niet altijd werkt de werkgever mee aan het verbeteren van de condities voor gezondheidsherstel. Soms is zijn belang bij behoud van de werknemer daarvoor te gering, soms is het een te zware last. Het betalen van een behandeling stuit af en toe bij 'kleine' werkgevers af op financiële bezwaren.

Actoren in de behandelende sector geven duidelijk aan dat men gericht is op gezondheidsherstel en zich niet (of tenminste niet primair) bekommert om het moment van werkhervatting. Het komt desondanks wel voor, dat behandelend artsen het tempo van werkhervatting zoals de bedrijfsarts dat voor ogen heeft, te snel achten en indirect daarop invloed trachten uit te oefenen. De omgekeerde situatie, dat een huisarts het tempo zoals de bedrijfsarts voor ogen heeft te langzaam vindt, hebben we niet aangetroffen in het onderzoek.

Bij arbeidsconflicten handelen bedrijfsartsen niet conform de STECR richtlijn

Als er sprake is van *arbeidsconflicten* (als oorzaak van, in samenloop met, of als gevolg van het verzuim) is de situatie extra problematisch. De bedrijfsarts houdt zich in de meeste onderzochte gevallen, volgens sommige artsen conform het beleid van de arbodienst, zo afzijdig mogelijk en beperkt zich tot de wettelijk vereiste contacten. In een geval stelt de bedrijfsarts, die meent dat het conflict niet uit onwil maar uit onvermogen van de werknemer voortkomt, zich juist actief op en weet een doorbraak in een impasse te forceren.

Arbeidsconflicten kunnen al voor of ten tijde van de ziekmelding bestaan. Niet altijd is het conflict ook de oorzaak van de ziekmelding: er kan een samenloop zijn van andere gezondheidsklachten met conflicten. Maar het kan zich ook ontwikkelen in de loop van het verzuimgeval, als gevolg van uiteenlopende visies op het proces van herstel en hervatting. Het conflict is dan eerder gevolg dan oorzaak of aanleiding van de ziekmelding. Onderschatting van de verwachte verzuimduur door de bedrijfsarts, waarvan uit ander onderzoek blijkt dat dat vaak voorkomt, kan de kiem voor een conflict zijn.¹⁶ Ook in ons onderzoek leidt onderschatting door de bedrijfsarts van de ernst van de klachten tot verwachtingen bij de werkgever omtrent het moment van hervatting die, als zij vervolgens niet waarheid worden, aanleiding worden tot een conflict met de werknemer. Vervolgens strijdt men over de vraag wie de "schuldige" is van het ontstaan van de klachten en wie meer had moeten of kunnen doen om herstel en hervatting te bespoedigen.

¹⁶ Van Vuuren en Van den Heuvel 1999.

Het gaat bij een arbeidsconflict niet altijd om een conflict tussen werkgever en werknemer. Bij een conflict tussen een werknemer en een groep van collega's rijst de vraag in hoeverre de werkgever er verantwoordelijk voor is en over de praktische mogelijkheden beschikt de 'cultuur' van de organisatie zodanig te veranderen dat de werknemer niet langer wordt gepest. Interne overplaatsing of beëindiging van de arbeidsverhouding is de meest voorkomende afloop van een arbeidsconflict.

Wij noteren tenslotte dat het beleid van arbodiensten, zoals bedrijfsartsen dat hierboven weergaven, namelijk dat zij zich in geval van arbeidsconflict afzijdig zouden moeten houden, niet in overeenstemming is met de "STECR Werkwijzer Arbeidsconflicten". De Werkwijzer erkent dat arbeidsconflicten primair een zaak van werknemer en werkgever zijn, maar geeft tegelijkertijd aan dat het wenselijk is dat de arbodienst een actieve rol speelt bij het oplossen van een arbeidsconflict. De arbodienst kan een rol spelen in het signaleren van het conflict, in de diagnostiek, bij de interventie en bij de evaluatie van de afhandeling van het conflict. Centrale uitgangspunten in de Werkwijzer zijn (1) het demedicaliseren van arbeidsconflicten door verzuim als gevolg van een arbeidsconflict niet als ziekteverzuim te karakteriseren en (2) het vergroten van het oplossend vermogen van zowel de organisatie als het individu. Op grond van onze bevindingen kunnen wij instemmen met de conclusie van Van Deursen en Van der Burg (2003) dat wanneer de werkgever en bedrijfsarts hun rollen zouden vervullen volgens de meest actuele inzichten op het terrein van interventie en reïntegratie bij ziekteverzuim (waarbij gedacht kan worden aan de genoemde STECR-werkwijze voor arbeidsconflicten, problematisch verzuim, RSI en lage rugklachten of de leidraad 'Aanpak verzuim om psychische redenen' van de Commissie Psychische arbeidsongeschiktheid) de ondernomen werkhervattingspogingen mogelijk succesvoller zouden zijn geweest.

7.3 Regie over het moment van werkhervatting

Het tweede aspect van de reïntegratie is dat van de werkhervatting. In deze paragraaf staat de vraag centraal hoe wordt bepaald wat het juiste moment en de juiste modaliteit van werkhervatting is. De 'hoofdregel' die in de praktijk blijkt te worden gehanteerd, kan als volgt worden samengevat. In beginsel wordt het aan de werknemer overgelaten aan te geven wanneer zijn herstel zo ver is gevorderd dat hij het werk zou kunnen hervatten, behalve echter wanneer een werknemer in de ogen van de bedrijfsarts 'in een ziekenrol vervalt': dan is optreden van de bedrijfsarts geboden. Wil een werknemer zelf weer aan de slag, dan dient de bedrijfsarts anderzijds te toetsen of de werknemer voldoende competent is zijn mate van herstel en zijn capaciteit tot hervatten te beoordelen; zo niet, dan dient de bedrijfsarts voor uitstel van de hervatting te zorgen.

Indirect speelt het oordeel van de curatieve sector wel een rol in de besluitvorming over het juiste moment van hervatten, maar dat bereikt de bedrijfsarts doorgaans via datgene wat de werknemer daarover vertelt. Ons onderzoek bevestigt dat huisartsen en specialisten in hun begeleiding weinig aandacht hebben voor de gevolgen voor het maatschappelijk functioneren in het werk.¹⁷ Dat legt beperkingen op aan de werknemer om adequaat invulling te kunnen geven aan de regie van zijn werkhervattingsproces. In die gevallen, meestal van somatische klachten, waarin de werkgever en de bedrijfsarts de werknemer beschouwen als een competente actor die in staat is goede regie te voeren over het curatieve en reïntegratieproces, wordt het tijdstip en tempo van werkhervatting aan het oordeel van die werknemer overgelaten. In andere gevallen echter menen de andere actoren vaak remmend en soms stimulerend te moeten optreden.

De professionals 'houden tegen', 'duwen' en 'schoppen' de werknemer

Een groot deel van de werknemers in het onderzoek geeft te kennen graag en gauw weer aan het werk te willen gaan, met name in hun eigen werk. Ook uit ander onderzoek blijkt dat de werknemers overwegend sterk gemotiveerd zijn om te hervatten in arbeid en gedurende het eerste ziektejaar geprobeerd hebben om het werk te hervatten.¹⁸ Andere actoren - met name de bedrijfsarts maar soms ook de werkgever of collega's - zijn geneigd een werkhervatting die zij als te enthousiast en te vroeg beoordelen, af te remmen om het gezondheidsherstel niet in gevaar te brengen.

¹⁷ Kremer e.a. 2002.

¹⁸ De Rijk e.a. (2002) komen in *Geen kwestie van motivatie maar van situatie* ook tot de conclusie dat de werknemers overwegend positief gemotiveerd zijn en dat verschillen in motivatie de verschillen in werkhervatting bij een steekproef van 3-maandszieken niet verklaren. Ook Jehoel-Gijsbers en Van Deursen (2003) constateren een hoge arbeidsmoraal en grote mate van concessiebereidheid onder langdurig verzuimers.

Soms gaat de bedrijfsarts daarbij ook in tegen de uitdrukkelijke wens van de werkgever. Enkele betrokkenen uiten in dit kader de vrees dat een eventuele hernieuwde uitval (recidief verzuim) ernstiger en wellicht nog langduriger zal zijn dan de eerste. De leidende gedachte lijkt te zijn: 'liever laat maar goed, dan vroeg maar riskant hervatten'.

Anderzijds kunnen actoren menen dat een werknemer te veel vastgroeit in de ziekenrol en treden zij dan stimulerend op wat betreft het tijdstip van hervatting. De stimulans tot hervatting wordt door hen verschillend gekwalificeerd, van "een zetje in de rug" tot een "schop onder de kont". Zij maken daarbij niet duidelijk op welke wijze zij als professionals signaleren of een interventie op het tempo gewenst is. In meerdere gevallen is sprake van een door de ziekte teweeggebrachte subjectieve onzekerheid van de werknemer die actief wordt gecompenseerd door confronterend optreden van een andere actor (bedrijfsarts, huisarts, medewerker reïntegratiebedrijf). In die gevallen is de werknemer het achteraf vaak eens met de wijze waarop de andere actor heeft ingegrepen. Maar het komt ook voor dat de werknemer vindt dat de bedrijfsarts te vroeg is in het aandringen op werkhervatting.

Achteraf blijken de werknemers tevreden met het afremmen dan wel duwen

Bij remmend optreden van anderen legt de werknemer zich doorgaans neer. Niet zelden betuigt de werknemer zich achteraf dankbaar dat anderen zijn of haar te hoge ambities hebben gecorrigeerd. De wens van de werknemer tot snelle hervatting, liefst in het eigen oude werk, blijkt dus soms ook in de waarneming achteraf van de werknemer op gespannen voet te staan met het belang van gezondheidsherstel. Ook al is het mooi dat werknemer en bedrijfsarts het daarover eens zijn, vanuit een extern standpunt blijft het de vraag of zij ook gelijk hebben: zou de hervatting op het tijdstip dat de werknemer in gedachten had inderdaad tot terugval hebben geleid, zoals beiden nu achteraf menen, of is hier sprake van een onnodig en onterecht uitstel dat alleen maar door de consensus van de betrokken actoren wordt toegedekt?

Of een hervatting voortijdig is of niet, kan mede afhangen van de wijze waarop collega's daarmee omgaan. In enkele gevallen bleek het voor hen *praktisch* moeilijk te accepteren dat de teruggekeerde werknemer (vooralsnog) kampte met fysieke beperkingen en dat zij hun dagelijkse routine aan deze beperkingen moesten aanpassen. Dat zij een herstellende collega moeten ontzien, verdraagt zich dan moeilijk met de dagelijkse routine en druk van het gewone werk.

7.4 Terugkeer in eigen of in ander werk?

Een volgende vraag ten aanzien van werkhervatting is of, gelet op de aard van de klachten gedurende de ziekte terugkeer in het eigen werk mogelijk is of dat er blijvende beperkingen zijn die een andere functie wenselijk doen zijn.

In tweederde van de cases bestaat er bij de bedrijfsarts en/of de werkgever serieuze twijfel of het reëel is te verwachten dat de werknemer kan terugkeren naar zijn of haar oude functie zonder daar opnieuw met gezondheidsproblemen te maken te krijgen. Toch moeten we constateren dat over deze twijfel niet of nauwelijks wordt gecommuniceerd. In sommige gevallen lijken werkgever en bedrijfsarts niet van elkaar te weten dat ze beiden deze twijfel koesteren.

Werknemers zijn in een groot deel van de cases erop gericht te hervatten in hun oude functie – en alleen daar, als het aan hen ligt. Werkgevers en bedrijfsartsen blijken in een meerderheid van de gevallen geneigd te zijn dat verlangen te respecteren, met name als een of meer van de onderstaande omstandigheden aan de orde zijn:

- de werknemer is al lange tijd in zijn huidige functie werkzaam;
- de werknemer is gehecht aan / gemotiveerd voor het werk en/of de werkomgeving;
- er zijn voor de werknemer weinig mogelijkheden elders werk te vinden;
- het pensioen van de werknemer komt in zicht.

Dat leidt ertoe dat de "toekomstverwachting" ten aanzien van werknemers veelal is: 'op termijn terugkeer in de huidige functie'. Deze geobjectiveerde, normatieve toekomstverwachting die in het kader van het reïntegratietraject te boek wordt gesteld, moet wel worden onderscheiden van de subjectieve, feitelijke toekomstverwachtingen die de actoren soms niet tegen elkaar maar wel tegen de onderzoekers durven uit te spreken. Tussen de verwachtingen van beide types bestaat soms een aanzienlijk verschil, soms zonder dat de actoren dat van elkaar weten, soms bewust, bijvoorbeeld als werknemers tijd wordt gegund te wennen aan het besef dat zij hun oude functie nooit meer zullen kunnen uitoefenen.

In sommige gevallen is terugkeer in de oude functie in het geheel niet meer aan de orde omdat deze, bijvoorbeeld in het kader van een reorganisatie, is opgeheven. In andere gevallen is het de vraag of de werkomgeving (leidinggevende, collega's) de ruimte zal bieden voor hervatting van de werknemer in de oude functie, dan wel of de belastbaarheid van de werknemer ooit terug zal komen op het niveau dat de functie vereist. De werknemers in ons onderzoek behoorden niet tot de zogeheten vangnetpopulatie. Uit ander onderzoek blijkt dat met name voor langdurig verzuimende vangnetters hervatting bij een nieuwe werkgever de meest voorkomende route is naar de arbeidsmarkt in plaats van hervatting bij de oude werkgever.¹⁹

In een aantal cases blijken werknemers niet of slechts in beperkte mate bereid te zijn in overweging te nemen in een andere functie te gaan werken. Daar menen zij ook goede redenen voor te hebben: aan hervatting bij de 'oude' werkgever, in de eigen functie zitten minder haken en ogen dan aan hervatting in ander werk, mogelijk zelfs bij een andere werkgever. Ook arbeidsrechtelijk kunnen aan een dergelijke overgang nadelen verbonden zijn. Maar we zien dat ook als de andere functie er een bij de eigen werkgever is en als deze uitdrukkelijk van tijdelijke aard is, zij met aanvaarding daarvan toch vrees afbreuk te doen aan hun aanspraken op terugkeer in hun eigen functie. De cases geven aanwijzingen dat werknemers door hun ziekte zodanig gedestabiliseerd kunnen zijn dat zij de neiging hebben zich vast te klampen aan het houvast van de terugkeer naar de eigen functie.

Werknemer krijgt ruimte om 'verlies' te verwerken

In bijna de helft van de onderzochte cases kunnen de gebeurtenissen, de wijze waarop de werknemer daarop reageert en de wijze waarop de andere actoren daarmee omgaan worden geïnterpreteerd als een proces waarin de werknemer moet leren *omgaan met verlies*, een leerproces dat door de andere actoren wordt gerespecteerd. Dat betekent met name dat in het tempo dat voor werkhervatting wordt gehanteerd rekening wordt gehouden met de omstandigheid dat de werknemer psychisch is ontregeld hetzij door reëel verlies (van familieleden, van gezondheid, van sociale inbedding) hetzij door dreigend blijvend verlies (van geliefd of vertrouwd werk of van functieniveau). De meeste van die gevallen zijn afkomstig uit de laatste twee episodes; daar is in de helft van de gevallen een element van zo een leerproces aanwijsbaar. In deze gevallen gaat het, met slechts één uitzondering, steeds om vrouwelijke werknemers.

In deze cases zijn drie categorieën te onderscheiden. De eerste betreft vrouwelijke werknemers bij wie ingrijpende gebeurtenissen in de privé-sfeer, die met verlies of dreigend verlies samenhangen, er in combinatie met de belasting in de werksfeer toe hebben geleid dat de werkneemster haar werk niet meer aan kon en met klachten van overspannenheid of depressiviteit uitviel. In deze gevallen genereert het overlijden van een van de ouders of het verlies van de partner in combinatie met gezondheidsproblemen van de andere ouder of van de werkneemster zelf een uitval uit het arbeidsproces die meestal een tijdelijk karakter heeft. De werkneemster wordt tijd gegund het verlies te verwerken; als zij haar evenwicht heeft hervonden, komt het tot werkhervatting.

De tweede categorie omvat vrouwelijke werknemers bij wie fysieke beperkingen zijn ontstaan die terugkeer in de oude functie lijken uit te sluiten. De werkneemster staat voor de taak te accepteren dat zij niet meer haar oude werk zal kunnen doen en dat betekent behalve verlies van het vertrouwde werk, dat soms een levensvervulling is geworden, ook het dreigend verlies van de werkomgeving, soms ook van het dagelijks contact met collega's die vrienden zijn geworden. Soms krijgt een werkneemster van haar werkgever en van de bedrijfsarts expliciet de tijd om dit verlies te accepteren. De uiteindelijk onvermijdelijk lijkende reïntegratie in ander, passend werk, waarvan het bovendien niet onwaarschijnlijk is dat zij bij een andere werkgever moet worden gerealiseerd, is in deze gevallen nog niet met overtuiging ingezet.

De laatste categorie omvat werknemers die 'stuklopen' op de inhoud van hun werk en uitvallen met psychische klachten. In deze gevallen wordt door de bedrijfsarts of de werkgever en soms ook door de werknemer zelf aangegeven dat de werknemer niet langer geschikt is voor zijn of haar oude functie. Ook hier speelt dreigend verlies van het oude werk, van zelfrealisatie, van werkomgeving en collega's een rol die ook in de timing van het herstelproces tot uitdrukking komt. Maar werknemers uiten ook hun vrees voor verlies van functieniveau of van salarisniveau.

Werknemers die in de context van ziekte of arbeidsongeschiktheid met een dergelijk reëel of dreigend verlies te maken krijgen, zijn extra onzeker over hun toekomstige mogelijkheden tot werk. Dat lijkt een rigide opstelling in het reïntegratieproces te bevorderen, terwijl een flexibele opstelling zowel de snelheid als de kwaliteit van reïntegratie ten goede zou kunnen komen.

¹⁹ Zie Jehoel-Gijsbers en Van Deursen 2003.

Juist in de onevenwichtige situatie waarin zij verkeren, willen zij erop kunnen vertrouwen dat toekomstig werk goed aansluit bij hun werkniveau en voldoende inkomen biedt om op een bevredigende manier in hun levensonderhoud te kunnen voorzien. Als het mogelijk zou zijn deze werknemers zodanige garanties te bieden, zou wellicht sneller en langs flexibeler weg kunnen worden gezocht naar nieuw werk dat beter aansluit bij hun gewijzigde omstandigheden.

Uitspreken van twijfels veelal onmogelijk vanwege geanticiperde ongewenste gevolgen

Voor de boven geconstateerde terughoudende opstelling van werkgever en werknemer ten aanzien van hun twijfels over hervatten in de eigen functie zijn meerdere redenen te geven. Ten eerste brengt respect van de werkgever of bedrijfsarts voor het enthousiasme van de werknemer hen ertoe hem 'het voordeel van de twijfel te gunnen'. Ten tweede lopen actoren risico's als ze hun twijfels over hervatten in de oude functie wel aan de orde zouden stellen. Als een werknemer naast terugkeer in zijn oude baan alternatieven overweegt en daarbij weet dat werkgever of bedrijfsarts ook zijn twijfels heeft over hervatten in de oude functie, dan kan hij door zijn eigen twijfels te uiten de kans op terugkeer in zijn oude baan onomkeerbaar verkleinen. De werkgever kan bevreesd zijn dat, als de werknemer niet openstaat voor twijfel aan zijn hervattingsvermogen of voor denken over mogelijk ander werk, het opperen van alternatieven ten koste kan gaan van het herstelproces van de werknemer of de verhouding tot de werknemer blijvend kan schaden. Hij zou zijn twijfels eerst ten opzichte van de bedrijfsarts kunnen uiten, maar de wijze waarop werkgever en bedrijfsarts contact onderhouden nodigt daar niet altijd toe uit. Bovendien kan de werkgever er zo zeer belang bij hebben de werknemer te behouden dat dit zijn twijfels overstemt, bijvoorbeeld als de situatie op de arbeidsmarkt zodanig is dat de werknemer moeilijk vervangbaar is. De bedrijfsarts ten slotte zal, als er een schijnbare consensus van werkgever en werknemer is over hervatten in de oude functie, aarzelen daar tegenin te gaan en te gaan pleiten voor ander werk. Hij mag aannemen dat hem dat door de werkgever niet in dank zal worden afgenomen.

Op deze manier werken de onderlinge verhoudingen in de driehoek werkgever / bedrijfsarts / werknemer zodanig uit dat men elkaar gevangen houdt in een valse "toekomstverwachting". De mogelijke ongeschiktheid voor hervatten in de huidige functie en de mogelijk noodzaak van het zoeken naar ander werk komen dan niet of pas laat aan de orde. Idealiter zou er 'een vierde' moeten zijn die de patstelling kan doorbreken, maar er lijkt vooralsnog niemand beschikbaar te zijn die in een dermate onafhankelijke positie verkeert om voor die taak in aanmerking te komen.

7.5 Samenhang en regie

In het proces van herstel en reïntegratie zijn de verschillende actoren sterk afhankelijk van elkaar zowel waar het gaat om communicatie en wederzijdse informatieverstrekking als waar het concrete faciliteiten voor hervatting betreft. In deze paragraaf gaan wij verder in op de onderlinge verhoudingen tussen de betrokken actoren, op de samenhang in hun handelen en op de invloed die daarvan uitgaat op het reïntegratieproces. Aan het eind van de paragraaf gaan wij na in hoeverre het 'schouwspel' waarvan wij het scenario hebben geprobeerd te achterhalen, een 'tragedie' in de zin van de commissie-Donner blijkt te zijn.

Deels onvolledige of beperkte informatie-overdracht

Wij belichten enkele aspecten van de verhoudingen in de al genoemde driehoek werkgever / bedrijfsarts / werknemer die in de cases van invloed blijken te zijn op verloop en uitkomst van de reïntegratie-inspanningen. Een daarvan is dat de werkgever soms slechts over beperkte mogelijkheden beschikt invloed uit te oefenen op het herstel en de werkhervatting omdat hij afhankelijk is van de informatie die hem door de anderen al dan niet wordt verstrekt. Voor die informatie-uitwisseling gelden beperkende, de werknemer beschermende regels, met als gevolg dat de werkgever die goed geïnformeerd wil zijn over wat er met de werknemer aan de hand is, in de praktijk is aangewezen op een goede vertrouwensrelatie met de werknemer. Gaan we af op wat de werknemers daaromtrent zeggen, dan verschaffen zij in de meeste gevallen veel meer informatie dan die waartoe zij wettelijk gebonden zijn. In een aantal gevallen echter zijn werknemers selectief in de informatie die zij de werkgever verstrekken.

Ook voor de bedrijfsarts geldt soms dat hij niet alle relevante informatie doorgeeft aan de werkgever, bijvoorbeeld omdat het belang van de werknemer daar zijns inziens mee gediend is.

De bedrijfsarts zelf is op zijn beurt afhankelijk van de informatie die de werknemer hem verstrekt. In een aantal gevallen zien we dat de werknemer daarin onvolledig is of onvoldoende laat blijken hoe ernstig het probleem is en de bedrijfsarts vervolgens achterblijft met het gevoel dat hij op het verkeerde been is gezet. In de perceptie van de bedrijfsarts is dit niet bevorderlijk voor het reïntegratieproces. Soms levert een snelle opeenvolging van verschillende bedrijfsartsen in één zaak een intern probleem van informatieoverdracht op.

In een aantal gevallen, waarvan wij er twee uitgebreider hebben geanalyseerd, is de miscommunicatie zodanig dat alle betrokkenen zonder het van elkaar te weten een andere opvatting hebben over de motieven en het te verwachten handelen van andere actoren. Soms zijn ze het wel eens over het te verwachten verloop maar op grond van heel uiteenlopende en strijdige verwachtingen ten aanzien van de motieven en het handelen van andere; soms loopt ook de “toekomstverwachting” sterk uiteen. Ook in die gevallen valt te voorspellen dat deze situatie niet bijdraagt aan een succesvolle reïntegratie.

Randvoorwaarden

Ook waar het gaat om de concrete randvoorwaarden waaronder herstel en hervatting kunnen plaatsvinden, zijn actoren van elkaar afhankelijk. De werknemer is afhankelijk van de mogelijkheden en de bereidheid van de werkgever soepele werkhervatting mogelijk te maken, eventueel via aangepast werk, en eventueel financieel bij te dragen aan medische of psychologische behandeling. In kleine bedrijven lijken beide aspecten lastiger te liggen dan in grotere: de mogelijkheden aangepast werk te creëren zijn beperkt en een kleine werkgever kijkt soms wat zuiniger aan tegen het betalen van therapieën die ook via reguliere zorgverzekeringen verkrijgbaar zijn. Als de werkgever bereid is zich in te zetten voor het creëren van de juiste randvoorwaarden, is hij ook daarin mede afhankelijk van anderen: van de collega's die ruimte moeten bieden, bijvoorbeeld door voorlopig met beperkingen van de werknemer rekening te houden, of van onderdelen van de eigen organisatie die tijdig voorzieningen tot stand moeten brengen.

De communicatie tussen bedrijfsarts en werkgever kan worden bemoeilijkt doordat de bedrijfsarts, bijvoorbeeld via het contract dat de arbodienst met de werkgever heeft afgesloten, mede afhankelijk is van die werkgever. Dat is in het bijzonder van belang als de bedrijfsarts eigenlijk kritiek heeft op de opstelling van de werkgever. Daarin speelt soms een commercieel belang een rol, maar ook het algemene gegeven dat het lastig is iemand met wie men samen moet werken (streng) aan te spreken.

Vóór ‘Poortwachter’ kon UWV in een eerdere fase een rol spelen als het erom ging de werkgever te wijzen op reïntegratieverplichtingen; thans moet zij zich grotendeels beperken tot toetsing achteraf van zaken die tot de primaire verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers behoren. Een meerderheid van geïnterviewde UWV-medewerkers geeft aan die beperking te betreuren. In sommige cases heeft UWV zich overigens wel actief met de reïntegratie bemoeid; het ging dan om gevallen waarin UWV meende dat werkgever of bedrijfsarts zich onvoldoende had ingespannen om de voorwaarden voor hervatting te creëren. Voor het overige is er weinig directe communicatie tussen UWV en de andere actoren. De ‘schotten’ tussen de actoren blijken vaak hoog te zijn en de uitwisseling van medische informatie verloopt grotendeels via de werknemer zelf die fungeert als *go-between* tussen de betrokkenen. In de werkwijze die het in de praktijk hanteert, is UWV in dat opzicht dus deels afhankelijk van werknemers.

WAO-beoordeling stuurt gedrag werknemer niet zichtbaar

Wij hadden verwacht dat betrokkenen in de derde episode al zouden anticiperen op de WAO-beoordeling, maar daarvan was in de cases weinig te merken, wellicht omdat men er in acht van de tien cases die in die periode vallen al van overtuigd was op werkhervatting aan te sturen. Slechts in één van de 34 gevallen leidt de onderlinge samenhang van handelingskeuzes rechtstreeks naar de WAO. In de vierde episode heeft in alle gevallen de WAO-keuring al plaatsgehad. In twee daarvan valt de beslissing, mede door de voor leken moeilijk te volgen toepassing van het functie-indelingssysteem, de werknemers ‘rauw op het dak’; zij vinden dat de bedrijfsarts hen daarop beter had kunnen en moeten voorbereiden.

Reïntegratiebedrijven hebben veel aandacht voor psychische problematiek

In een aantal cases waren ook reïntegratiebedrijven actief. Ook zij hebben te kampen met een behoefte aan informatie die door het bestaan van de schotten soms weer overnieuw van de werknemer moet worden verkregen. Soms wordt dan ook de klacht gehoord dat reïntegratiebedrijven ‘alles nog weer eens opnieuw gaan doen’ en daarmee soms veel tijd zouden verliezen.

Voor hun activiteiten zijn reïntegratiebedrijven in sterke mate afhankelijk van werkgevers die immers de middelen voor therapieën en dergelijke beschikbaar moeten stellen. In een aantal gevallen is de werkgever daar niet toe bereid en gaat daardoor een behandeling die reïntegratiebureau en bedrijfsarts wenselijk vinden niet door. Hoewel het in dit onderzoek slechts om een beperkt aantal gaat, viel het ons op dat reïntegratiebedrijven meermalen de nadruk leggen op het psychologisch welbevinden van de werknemer en soms concrete werkhervattingactiviteiten stopzetten omdat de werknemer daar volgens hen nog niet aan toe is.

Script bevat bouwstenen voor een tragedie

Het is, kortom, niet moeilijk een aantal problemen te signaleren die zich in de samenhang in het handelen voordoen en die het reïntegratieproces negatief beïnvloeden. Wij memoreren kort. Miscommunicaties en fouten in de curatieve sector leiden soms tot vertraging in het reïntegratieproces. De mogelijke noodzaak van reïntegratie in ander werk bij een andere werkgever blijft soms lang buiten beeld en wordt pas laat, en wellicht te laat, aan de orde gesteld. Belangrijke consequenties daarvan zijn enerzijds dat meer werknemers uiteindelijk nog in hun oude functie worden gereïntegreerd, anderzijds dat ten aanzien van hen bij wie dat niet met succes gebeurt, eerdere kansen op reïntegratie in een andere functie zijn gemist. Achteraf kan dan geconstateerd kan worden dat er in veel gevallen gedurende de periode van verzuim wegens ziekte kansen voor werkhervatting zijn blijven liggen, bijvoorbeeld doordat werkaanpassingen achterwege zijn gebleven of indirect doordat gezondheidsverbeteringen niet zijn gerealiseerd.²⁰

Een vergelijkbaar probleem treedt op bij een aantal gevallen van uitval die gepaard gaan met een arbeidsconflict. De bedrijfsarts trekt zich dan enigszins terug, maar de daardoor vrijkomende ruimte voor regie wordt niet door een andere functionaris opgevuld. Gevolg is een betrekkelijk stuurloze ontwikkeling die hetzij in een breuk, hetzij in escalatie van het conflict eindigt. Soms heeft de commerciële relatie tussen werkgever en arbodienst rechtstreeks negatieve gevolgen voor het handelen van de bedrijfsarts.

Maar het is ook niet moeilijk gevallen te signaleren waarin goed en efficiënt naar reïntegratie wordt toegewerkt. En ook niet om de condities te noemen waaronder gevallen tot 'gladde gevallen' worden. Vooral als er een goede vertrouwensrelatie is tussen werkgever en werknemer, als de werknemer competent met de problemen om kan gaan, de werkgever de middelen heeft om de juiste condities voor werkhervatting te creëren en de werknemer de draagkracht terugkrijgt die voor zijn hervatting is vereist, lijkt de kans op succes groot. In het geheel van de 34 cases die wij hebben bestudeerd, is dus, in de termen van de commissie-Donner, sprake van een afwisseling van treur- en blijspel.

Omgekeerd is het zo dat naarmate de zojuist genoemde condities voor een 'glad geval' ontbreken, het verloop en de resultaten van het reïntegratieproces sterker afhankelijk worden van de samenhang in het handelen van de actoren. De *hard cases* zijn dus de eigenlijke test voor de kwaliteit van het systeem. In het bovenstaande zijn diverse knelpunten gesignaleerd die in dat geval een 'dramatisch' verloop kunnen bevorderen.

7.6 Slotbeschouwingen

In deze slotparagraaf willen wij, naar aanleiding van de onderzoeksresultaten die in het voorgaande aan de orde zijn geweest, allereerst stilstaan bij twee aspecten van het reïntegratieproces. Daarbij trachten wij de bevindingen in verband te brengen met beschouwingen over ontwikkelingen in arbeidsverhoudingen in de wetenschappelijke literatuur op dat gebied. Ten slotte staan we stil bij het oorspronkelijke model en bij de vraag of er sprake is van rationeel handelen door de betrokken actoren en professionals.

7.6.1 Primaat hervatting in oude functie

Hierboven is al aan de orde gekomen hoezeer zieke werknemers het *hervatten van hun oude functie* als doel vooropstellen. De onderlinge samenhang in het handelen van de andere actoren (werkgever, bedrijfsarts en later UWV) leidt ertoe dat ook wanneer zij ernstige twijfels hebben aan de haalbaarheid daarvan, werknemers lange tijd de gelegenheid krijgen dat hervatten in de oude functie te blijven nastreven, zelfs wanneer ook de werknemer zelf zijn twijfels daarover heeft.

²⁰ Van Deursen en Van der Burg 2003.

Primaat van oude werk heeft zowel formele basis als maatschappelijk draagvlak

Er is in de arbeidsverhoudingen sprake van een 'recht op behoud van werk' dat deels een informeel karakter heeft, deels ook in het arbeidsrecht wordt gegarandeerd. Naarmate werknemers langer een bepaalde functie bij een bedrijf hebben uitgeoefend kunnen zij in de perceptie van de andere actoren er ook meer aanspraak op maken de gelegenheid te krijgen terugkeer in de oude functie te realiseren. En naarmate werknemers sterker getuigen van hun enthousiasme voor hervatten in de oude functie, geldt hetzelfde. Het lijkt soms wel alsof de gretigheid waarmee werknemers met een arbeidsverleden in een bepaalde functie streven naar hervatting in die functie, fungeert als een wapen waarmee zij kritische bedenkingen van anderen over de uiteindelijke haalbaarheid daarvan het zwijgen opleggen.

Voor dit primaat van de oude functie kan zowel op geschreven als op ongeschreven regels worden gewezen. Tot de geschreven regels behoren die met betrekking tot het begrip 'passende arbeid' (art. 7:658a BW). Uit de parlementaire behandeling blijkt dat men voor het realiseren daarvan een bepaalde volgorde in gedachten had: eerst moet worden geprobeerd de werknemer de eigen, zonedig enigszins aangepaste arbeid weer te laten verrichten; als dat niet lukt arbeid van een vergelijkbaar niveau, liefst binnen maar anders buiten het bedrijf; pas als dat niet lukt, kan gezocht worden naar arbeid van een lager functieniveau.²¹

Daarnaast kan worden geconstateerd dat er ongeschreven regels zijn, die door de betrokken actoren lijken te worden gedeeld en die onder de genoemde voorwaarden aan zieke werknemers een normatieve claim toekennen op herstel van hun positie in hun oude functie. Daaronder zijn nog fundamentele regels te ontwaren. Een van de beginselen van de sociale rechtsstaat is dat het onrechtvaardig zou zijn wanneer het onvoorzienbaar intreden van een risico dat ons allemaal kan treffen voor een werknemer tot gevolg zou hebben dat hij zijn baan zou verliezen. Dit beginsel is over het algemeen dominant ten opzichte van andere overwegingen, met als praktische consequentie, zoals wij boven al noteerden, dat reïntegratie in een andere functie vaak pas laat wordt ingezet. De consensus over deze regels is extra stevig daar waar de onderlinge afhankelijkheden ook sterk zijn, zoals in de driehoeksverhouding tussen werkgever, bedrijfsarts en werknemer.

Waar in onderzoek regelmatig wordt vastgesteld dat werkgevers terughoudend zijn in het aannemen van gedeeltelijk arbeidsongeschikten²², blijkt de bereidheid van werkgevers om werknemers die ten tijde van hun dienstverband arbeidsongeschikt zijn geworden na langere tijd in dezelfde functie te laten hervatten, groot te zijn. Zonder twijfel speelt in deze houding het institutionele kader (Poortwachter, ontslagrecht) een belangrijke rol, maar het is ook mogelijk dat het bovengenoemde beginsel ook 'leeft' bij werkgevers.

Is het primaat van hervatting in eigen werk toekomstbestendig?

Niet uitgesloten is echter dat er barstjes zullen komen in het primaat van hervatting in eigen werk. In de (uitvoering van de) wettelijke regelingen valt op dat de bescherming van werknemers verschilt al naar gelang het soort risico dat kan intreden. Wie door arbeidsongeschiktheid van zijn arbeidsplaats wordt gescheiden, krijgt langer en onder betere voorwaarden de ruimte te werken aan terugkeer naar werk van dezelfde of vergelijkbare aard als de werknemer die van zijn werkplek wordt gescheiden door de gevolgen van schommelingen in de economische conjunctuur.²³ Dit verschil in behandeling gaat terug op de Ongevallenwet en haar opvolgers, die uitdrukking waren van de idee dat de fabrieksmatige productie risico's in het leven riep waarvan de gevolgen in beginsel niet door getroffen werknemers behoorden te worden gedragen. Inmiddels zijn de risico's van onze post-industriële samenleving anders verdeeld dan toen en kan de vraag worden opgeworpen welke de consequenties daarvan zijn of zouden moeten zijn voor het genoemde verschil in behandeling.

²¹ Rozendaal '2002. Fase (2001) meent dat bij de Wet verbetering poortwachter ten onrechte niet is voorzien in een terugkeerrecht van de werknemer naar de oude bedongen arbeid, mits hij binnen twee jaar volledig herstelt. Wanneer de werknemer andere, passende arbeid aanvaardt, kan de oude arbeidsovereenkomst worden voortgezet maar kan ook een nieuwe arbeidsovereenkomst worden gesloten. Wordt passende arbeid aanvaard bij een nieuwe werkgever, dan leiden de regelingen m.b.t. premiekortingen en loondoorbetalingsplicht ertoe dat het voor de nieuwe werkgever aantrekkelijk is een nieuwe arbeidsovereenkomst af te sluiten en voor de oude werkgever om de bestaande arbeidsovereenkomst te verbreken (Rozendaal, p. 314).

²² Zie bijvoorbeeld Petersen e.a. 2004 en Besseling e.a. 1999.

²³ Zie bijvoorbeeld het geval van dhr. Ritsma in paragraaf 6.3 hierboven, die, wanneer hij na het vervallen van zijn functie bij reorganisatie slechts een beroep op de WW had kunnen doen, een korter durende inkomensvervangende uitkering zou hebben gehad en minder assistentie bij het vinden van ander werk.

Hiermee samenhangend kan ook de kanttekening geplaatst worden dat zoals steeds in het arbeidsrecht, de inbedding van een werker in het arbeidsproces en in de arbeidsorganisatie wordt herleid tot het tweezijdige model van een werkgever-werknemer-verhouding die betrekking heeft op een bepaalde, duurzame baan. De vraag is in hoeverre dit model, dat goed paste bij industriële, 'Fordistische' productie- en arbeidsverhoudingen, geschikt is om ook in de sindsdien gewijzigde verhoudingen zijn rol te blijven spelen. De tendens is dat van werknemers meer aanpassing en flexibiliteit wordt verlangd en ook meer verandering van werkplek, van werkgevers meer medeverantwoordelijkheid voor de *employability* van werknemers. De gehechtheid aan nauw omschreven werkzaamheden, op een vaste plek, in een vaste baan, wordt daardoor sterk gerelativeerd. In een 'nieuw' model zou de dynamische aansluiting tussen kennis en mogelijkheden van een werknemer enerzijds ('levensloopmodel') en de sneller wisselende eisen van het productieproces (van goederen maar vooral ook van diensten) voorop kunnen komen te staan en dat zou veelvuldiger en gemakkelijker wisseling van functie maar ook van werkgever kunnen impliceren. Ten dele is dit een ontwikkeling die al gaande is – ook de Wet verbetering poortwachter verlangt al een grotere flexibiliteit in zowel het aanbieden als het aanvaarden van passende arbeid. Als deze ontwikkeling verder zou doorzetten, is ook hier de vraag welke verdere consequenties zij kan of zou moeten hebben voor de rechten van werknemers en voor de wijze waarop reïntegratie wordt vormgegeven.²⁴

7.6.2 *Rationeel handelen en verantwoording*

De actoren in het reïntegratieproces zijn niet zo maar individuen die naar eigen goeddunken kunnen handelen – het zijn merendeels functionarissen van organisaties en dat wil zeggen: mensen die geacht mogen worden rationeel te handelen binnen het kader van de eisen die hun 'omgeving' aan hen stelt. Daarom zijn wij er in dit onderzoek vanuit gegaan dat deze functionarissen (eigenlijk allen behalve de werknemers) in staat zouden zijn desgevraagd aan te geven hoe hun keuze voor een bepaalde handelingsstrategie tot stand kwam en verantwoord kon worden. Wij gingen ervan uit dat die verantwoording daarbij nog verschillende gedaanten kon aannemen: in termen van doelrationaliteit, van het beantwoorden aan normatieve verwachtingen, of van bescherming of verbetering van de eigen positie. In het theoretisch kader is daarvoor een model uitgewerkt dat enerzijds elementen ontleent aan een rationele-keuzebenadering en aan de speltheorie, maar anderzijds rekening houdt met allerlei beperkingen van die ('*bounded*') rationaliteit en met de vorming van vaste handelingspatronen (onder andere theorie van ambtelijke besluitvorming).

In de interviews bleek dat de respondenten in veel mindere mate dan wij hadden verwacht in staat of bereid waren hun handelen als een keuze uit meerdere opties te verantwoorden. Dit gegeven kan ten dele inhoudelijk worden verklaard: handelingspatronen van actoren zijn al zo vast en stabiel geworden dat andere opties niet eens meer worden gepercipieerd laat staan overwogen. Rationele verantwoording had in de interviews vooral betrekking op de keuzes die *wel* werden gemaakt. Dit doet niet af aan het mogelijk weloverwogen karakter van het handelen van actoren, maar maakt in ieder geval duidelijk dat veel daarvan dan berust op thans vanzelfsprekende keuzes uit het verleden waarvan de overwegingen niet meer worden gethematiseerd.²⁵

Een dergelijke routinisering van het handelen kan zich ontwikkelen als de institutionele inrichting van een handelingsgebied daar ruimte voor laat. Die ruimte is in het algemeen geringer naarmate functionarissen meer genoodzaakt zijn hun beslissingen ten opzichte van andere actoren te verantwoorden. In dit verband moet gewezen worden op een paar eigenaardigheden van het reïntegratieterrein zoals die ook vastgesteld werden in onderzoek naar het claimbeoordelingsproces door de verzekeringsarts.²⁶

In de eerste plaats worden de posities van de betrokken functionarissen, die elk binnen een andere organisatie werkzaam zijn, van elkaar gescheiden door betrekkelijk hoge 'schuttingen'.

²⁴ Zie over de consequenties van dergelijke veranderingen voor de vormgeving van arbeidsverhoudingen o.m. P.F. van der Heijden e.a. 1999.

²⁵ Het moge duidelijk zijn dat dit een positieve visie is. Het gegeven dat bijna geen van de onderzochte actoren kon aangeven welke handelingsopties hij op dat moment overwoog om te gaan ondernemen kan ook opgevat worden als bevestiging van het onderzoek van Wilson. Zijn stelling is dat mensen zich voor het grootste gedeelte gedragen als bewustzijnsarme dieren en het bewuste verhaal dat we over onszelf construeren hoeft helemaal niet met ons gedrag in overeenstemming te zijn (op citaat Ellen de Bruin, NRC mei 2004), een verschijnsel dat andere psychologen ook wel beschrijven als een effect van cognitieve dissonantie.

²⁶ De Bont e.a. 2000.

Onderling communiceren zij veelal slechts ten dele schriftelijk met elkaar en voor het overige alleen maar via de werknemer als *go-between*. Die schuttingen staan ten tweede ook voor een scherpe afbakening van taken van functionarissen. Omwille van de zuiverheid van de door de overheid opgelegde verantwoordelijkheidsverdeling mogen zij enerzijds niet wat de ander mag, maar worden zij anderzijds toch geacht gezamenlijk reïntegratie tot stand te brengen. Ten slotte brengt de professionele status van de betrokken functionarissen (artsen, arbeidsdeskundigen) mee dat de mate waarin zij zich hoeven te verantwoorden ten opzichte van anderen begrensd is en ten dele een formeel karakter heeft (reïntegratieverslag, WAO-beslissing) zodat zij ook maar in beperkte mate tot een dergelijke verantwoording van hun keuzes worden uitgenodigd.

De Wet verbetering poortwachter heeft de verantwoordelijkheid voor de reïntegratie gedurende de eerste twee ziektejaren expliciet bij werkgever en werknemer gelegd en bepaald dat de werkgever en de bedrijfsarts enerzijds en de werknemer anderzijds zich ten opzichte van UWV moeten verantwoorden wat betreft de door hen gedane inspanningen ten behoeve van reïntegratie. Slaagt deze verantwoording niet, dan kunnen door UWV sancties worden opgelegd. Uit de aard der zaak concentreert deze toets zich op een aantal relatief formele momenten ('zijn de stappen zoals genoemd in de Richtlijn lage rugklachten gevolgd?'), maar te verwachten valt dat er een zekere structurerende en uniformerende werking van uitgaat. Daar staat tegenover dat deze toets pas relatief laat, in het laatste kwartaal van het eerste (binnenkort: het tweede) ziektejaar plaatsheeft, in een fase dus waarin sommige kansen op reïntegratie al onomkeerbaar zijn gemist.

Verantwoordingsplicht draagt bij aan de reflexiviteit van de besluitvorming maar is geen panacee voor de kwaliteit daarvan.²⁷ Beslissers kunnen erop anticiperen en de toetsing tot op zekere hoogte naar hun hand zetten, des te meer naarmate de verantwoording aanknoopt bij relatief formele elementen van het besluitvormingsproces. Maar omgekeerd kan het ontbreken van verantwoordingsplicht ertoe leiden dat uitvoerders eigen overwegingen laten prevaleren boven algemene beleidsmatige uitgangspunten, oftewel tot wat sommigen 'willekeur' zouden noemen. Vanuit bestuurlijk oogpunt is het de kunst een verantwoordingsplicht te creëren die niet alleen invloed heeft op de presentatie van besluitvorming (*window dressing*) maar die condities schept voor een rationalisering van de besluitvorming zelf. Op het terrein van de arbeidsongeschiktheidsregelingen wordt al langere tijd gediscussieerd in hoeverre en op welke wijze van medische professionals gevraagd kan worden zich te verantwoorden voor de wijze waarop zij de wettelijke regelingen en de interne standaarden toepassen. Een expliciete verantwoording van de handelingsoptie die bijvoorbeeld de bedrijfsarts kiest (en van beschikbare opties die hij niet kiest) zou onder bepaalde voorwaarden een bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van de besluitvorming.

Wij kunnen hier een tweeledige conclusie aan verbinden. Zonder ons te begeven in de keuzes die de wetgever in deze heeft gemaakt kan ten eerste worden vastgesteld dat de heldere afbakeningen die een scherpe verantwoordelijkheidsverdeling in het reïntegratieproces in het leven roepen tegelijk de schuttingen zijn die de actoren in dat proces het zicht op elkaar ontnemen en de coördinatie en regie van het proces bemoeilijken. In de keuze van de wetgever heeft het belang van een heldere verantwoordelijkheidsverdeling geprevaleerd boven dat van een geïntegreerd reïntegratieproces. Als, ten tweede, een context waarin verantwoording van keuzes een vanzelfsprekende eis is, ontbreekt, dan leidt dit ertoe dat actoren te weinig tot rationele besluitvorming worden uitgedaagd. Omgekeerd kan een versterking van de verantwoordingsplicht, mits op de juiste wijze ingevuld, bijdragen aan het systematisch en rationeel karakter van de besluitvorming.

7.6.3 *Is het schouwspel een tragedie?*

Duidelijk is geworden dat de wederzijdse afhankelijkheden wat betreft informatievoorziening en de mogelijkheden die actoren hebben selectief met het verstrekken van informatie om te gaan, van groot belang kunnen zijn voor het verloop van de reïntegratie. Zodra een goede vertrouwensrelatie tussen actoren bestaat of wanneer er voor actoren structurele redenen zijn om terughoudend te zijn, zien we misverstanden en onjuiste beeldvorming ontstaan of (ten onrechte) bevestigd worden.

Juist omdat in het reïntegratieproces de onderlinge afhankelijkheid van actoren een grote rol speelt, kunnen verstoringen in de communicatie belangrijke gevolgen hebben voor de uitkomst van het proces.

²⁷ Vgl. o.m. Leeuw 2000.

De reïntegratie moet, wil zij succesvol zijn, door meerdere actoren tegelijk worden 'gedragen' en het proces is in zoverre fragiel dat reeds het gebrek aan medewerking van één van de actoren de zaak doet 'kantelen'.

Waar actoren passief blijven en op elkaar zitten te wachten of waar zij elkaar gevangen houden in valse hoop op terugkeer in de oude functie, rijst de vraag of de structuur van het reïntegratietoneel niet zou behoren te voorzien in een 'regisseur' die actoren 'bij de rol houdt'. Als we dit beeld even vasthouden, zien we echter niet zozeer één toneel als wel een toneelvloer die draait en telkens een andere scène laat zien, waarin, gescheiden door schotten, verschillende acteurs optreden. De enige die in alle scènes optreedt, is de werknemer. Onduidelijk is nu wie in een zodanig onafhankelijke positie verkeert dat hij zo een rol zou kunnen vervullen. Dat kan niet een van de huidige 'acteurs' zijn, al is het merkwaardige dat, als we alleen zouden kijken naar zijn aanwezigheid in de scènes, de werknemer daar nog het meest voor in aanmerking zou komen.

De vraag of het schouwspel een tragedie wordt, is wel mede afhankelijk van de vraag in hoeverre de actoren gelijkgestemd streven naar reïntegratie. Al heeft maar één actor een van die van de anderen afwijkend perspectief, dan is 'een stukje tragiek' al wel zeker. Maar omgekeerd is de omstandigheid dat 'alle neuzen dezelfde kant op staan' geen garantie dat wat dan gebeurt optimaal aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de werknemer. Als men bijvoorbeeld gezamenlijk bevangen is door de valse hoop op reïntegratie in de oude functie, zonder dat iemand dat durft te doorbreken, kan het resultaat vanuit een extern reïntegratieperspectief een drama zijn.

De tragedie ligt dan vooral daarin dat individuele actoren goede redenen kunnen aanvoeren voor de opstelling die zij op hun deel van het toneel kiezen, maar wanneer zij het gehele toneel zouden overzien, zouden (kunnen) weten dat het doel van de reïntegratie daarmee niet is gediend. Heersende opvattingen over de relatie tussen werkhervatting en gezondheidsherstel bieden mogelijkheden werknemers te 'respecteren' of te 'ontzien' die waarschijnlijk op langere termijn niet beantwoorden aan de mogelijkheden en belangen van die werknemers. Als de acteurs afzonderlijk hun teksten herhalen, maar niet weten hoe ze gezamenlijk het laatste bedrijf bereiken, wacht het publiek op ingrijpen van de regisseur. Maar wie is daartoe aangewezen? Wie kan de scènes overzien en heeft de positie om de creatieve prestaties van de acteurs tot een stuk met een goede afloop te smeden?

Literatuurlijst

Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid. *Werk maken van arbeidsongeschiktheid*, Rapport van de Commissie Donner, Elsevier, Doetinchem 2001.

Bakker, W. & Waarden, F. van. *Ruimte rond regels*, Amsterdam (Boom) 1999.

Besseling, J.J.M., Gent, M.J. van & Verboon, F.C. *Een gezond bedrijf haalt ervaren talent uit de WAO: effectmeting campagne reïntegratie*, Amsterdam: Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) 1999.

Besseling, J.J.M. & Smaal, M. *Reïntegratiepraktijk arbeidsgehandicapten*, Lisv, Amsterdam 1997.

Bont, A.A. de, Berendsen, L., Boonk, M.P.A. & Brink, J.C. van den. *In de spreekkamer van de verzekeringsarts*, Zoetermeer (Ctsv) 2000.

Bruin, E de. *Wij weten niet waarom we iets doen*. NRC-bijlage mei 2004 pag. 87-94

Deursen, C.G.L. van & Burg, C.L. van der. *Van ziekmelding tot WAO; onderzoek onder werknemers die in 2001 voor de poort van de WAO stonden*, UWV Amsterdam 2003.

Fase, W.J.P.M. 'Het geamendeerde wetsvoorstel Verbetering poortwachter, wordt de zieke werknemer er beter van?', SMA 2001, 10, p. 469.

Heijden, P.F. van der, Kaar, R.H. van het, Wilthagen, A.C.J.M. *Naar een nieuwe rechtsorde van de arbeid?*, Den Haag: Sdu, 1999.

Jehoel-Gijsbers, G.J.M. & Deursen, C.G.L. van. *Reïntegratie bij arbeidsongeschiktheid; onderzoek naar werkhervatting, arbeidscapaciteit en reïntegratiehulp bij werknemers die in 2001 voor de poort van de WAO stonden*, UWV, Amsterdam 2003.

Jehoel-Gijsbers, G.J.M. & Deursen, C.G.L. van. *Reïntegratie bij arbeidsongeschiktheid*, UWV, Amsterdam 2003.

Kagan, R.A. *Rugulatory Justice: Implementing a Wage-Price Freeze*, New York (Russell Sage) 1978.

Knegt, R. *Regels en redelijkheid in de bijstandsverlening*, Groningen (Wolters-Noordhoff) 1986.

Kremer, A.M., Chorus, A.M.J. & Wevers, C.J.W. *Kanker en werk*, TNO Arbeid, Hoofddorp 2002.

Leeuw, F. 'Onbedoelde effecten van outputsturing, controle en toezicht', bijlage 6 van RMO-advies 10, Aansprekend burgerschap, Den Haag 2000, p. 149-172.

Meershoek, A, Plass, S., Horstman, K. & Vos, R. *Zicht op reïntegratie: een onderzoek naar de uitvoering van de poortwachtersfunctie*, Zoetermeer (Ctsv) 2000.

Petersen, A. van, Vonk, M. & Bouwmeester, J. *Onbekend maakt onbemind*, Research voor Beleid, Leiden 2004.

Reeuwijk, P.M.C. & Besseling, J.J.M. *Beleving van de cliënt in de ww*. VUGA, Den Haag 1997.

Rijk, A. de, Lierop, B.van, Jansen, N. & Nijhuis, F. *Geen kwestie van motivatie maar van situatie*", Universiteit van Maastricht, 2002.

Rozendaal, W.L. 'Arbeidsrechtelijke aspecten van de Wet verbetering poortwachter', SMA 2002, nr. 5, p. 309.

Scharpf, F.W. *Games real actors play: actor-centered institutionalism in policy research*. Westview Press 1997.

Terpstra, J.B. & Havinga, T. 'Uitvoering tussen traditie en management: structuratatie en stijlen van beleidsuitvoering', in: Bakker & Van Waarden 1999, p. 40-67.

Terpstra, J.B., Mullenders, P., Hazelaar, G.G. & Hecke, R van. *Uitvoering in samenwerking*, Ctsv, Zoetermeer 1999.

Teulings, C., Veen, R. van der & Trommel, W. *Dilemma's van sociale zekerheid*, Den Haag (SZW / Elsevier) 1997.

Veen, R. van der. *De sociale grenzen van beleid*, Leiden/Antwerpen (Stenfert Kroese) 1990.

Vinke, H., Besseling, J.J.M. & Smaal, M. *De uitvoering van de Wet REA door de uitvoeringsinstellingen*, Lisv, Amsterdam 2000.

Vrijhof, B.J. *Individuele verzuimbegeleiding*. TNO Arbeid Hoofddorp, Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 2000.

Vuuren, C.V. van & Heuvel, S.G. van den. *Kan dreigend langdurig verzuim vroegtijdig worden opgespoord?* TBV, jaargang 7, maart 1999.

Weber, M., *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tübingen 1976.

Wevers, C.W.J., J.J.M. Besseling & Vos, E.L. de. *De REALiteit, integrale evaluatie Wet REA*, Elsevier Bedrijfsinformatie, Doetinchem 2001.

Wilthagen, A.C.J.M. & Harryvan R.H. *De arbeidsinspectie over de (werk)vloer*. Ministerie van SZW, Den Haag 1992.

Zwinkels, W & Besseling, J.J.M. *Werkhervatting van de cliënt in de ww*, VUGA, Den Haag 1997.

Bijlage A Incentives en disincentives in het reïntegratieproces die verband houden met het arbeidsrecht en sociale-verzekeringsrecht.

Notitie in het kader van het project 'Reïntegratiepraktijk arbeidsgehandicapten' (IWI)

1. Inleiding

Het moment van ziekmelding van een werknemer luidt het begin in van een fase waarin de betrokken werknemer en werkgever - geleidelijk en afhankelijk van de duur van het verzuim - worden geconfronteerd met verplichtingen en met mogelijkheden die relevant kunnen zijn in het kader van de reïntegratie van de werknemer. Ten dele zijn deze verplichtingen en mogelijkheden door de wetgever bewust gecreëerd om werkgever en werknemer op hun (gezamenlijke) verantwoordelijkheden voor reïntegratie te wijzen respectievelijk om hen via stimulerende of sanctionerende maatregelen een zetje in de door de wetgever beoogde richting te geven.

In het onderstaande wordt een aantal van deze verplichtingen en mogelijkheden stapsgewijs nagelopen. Voor de goede orde moet vanuit het gezichtspunt van de praktijk hierbij worden aangetekend dat natuurlijk in heel veel gevallen binnen een tot enkele weken werkhervatting plaatsheeft; hier echter wordt systematisch uitgegaan van (de mogelijkheid van) een langdurig proces. Bij de beslissing die betrokkenen nemen of en op welke wijze zij aan de bedoelde verplichtingen voldoen en bij de keuzes die zij maken ten aanzien van het (al dan niet) gebruik maken van mogelijkheden kunnen overwegingen een rol spelen die verband houden met consequenties in de sfeer van het arbeidsrecht en het sociale verzekeringsrecht. De centrale vraag is hier welke van dergelijke overwegingen keuzes van betrokken werknemers en werkgevers kunnen beïnvloeden. In het bijzonder gaat de aandacht uit naar situaties waarin dergelijke overwegingen remmend werken op of een blokkade vormen voor activiteiten die in het belang kunnen zijn van de werkhervatting van de werknemer.

De behandelde situaties hebben met name betrekking op het eerste ziektejaar, hoewel een aantal zich, onder de gelding van de Wet verbetering poortwachter (Wvp), ook nadien kan voordoen. De situaties zijn chronologisch gerangschikt en worden in vragende vorm voorgesteld.

2. Keuzemomenten in het reïntegratieproces

2.0 Meldt de werknemer zich ziek?

Het begint natuurlijk met de ziekmelding zelf, maar die wordt hier alleen pro memorie vermeld: de melding is in dit onderzoek slechts een noodzakelijke voorwaarde maar niet zelf onderwerp van onderzoek. Uit ander onderzoek wordt echter duidelijk dat in de beslissing tot ziekmelding arbeids- en sociale-verzekeringsrechtelijke overwegingen een rol kunnen spelen. Wie onmiddellijk in inkomen teruggaat naar 70 procent of bovenwettelijke vakantiedagen moet inleveren, zal terughoudender zijn in de conclusie dat ervaren onwel bevinden thuisblijven noodzakelijk maakt, dan wanneer zulks niet zulke consequenties heeft.

De regelingen die in het bedrijf rond ziekmelding zijn getroffen, kunnen in hun effecten mede de toon bepalen van de verdere contacten tussen werkgever en werknemer.

Casus: Een werknemer meldt zich ziek. In haar arbeidsovereenkomst is bepaald dat bij ziekte een wachttag van toepassing is, tenzij ze een doktersverklaring kan overleggen waaruit blijkt dat ze echt ziek was op die dag. Vervolgens blijkt haar dat huisartsen dit soort verklaringen niet afgeven omdat zij zich niet competent achten te beoordelen of een werknemer al dan niet terecht thuis is gebleven. Daardoor is het vertrouwen van de werkneemster in de 'goede intenties' van de werkgever aangetast en daarmee haar bereidheid tot samenwerking in het kader van reïntegratie.

2.1 Geeft de werkgever de ziekmelding door aan de uvi c.q. arbodienst?

Onder het 'oude' regiem was de werkgever verplicht een zieke werknemer na uiterlijk 13 weken ziek te melden bij de uitvoeringsinstantie. Daarop stond de sanctie van verlenging van de loondoorbetalingsperiode met de duur van de vertraging van de melding.

Sinds de Wvp is de werkgever verplicht de werknemer al op de eerste dag van het verzuim ziek te melden bij de arbodienst. Denkbaar is dat de werkgever niettemin melding achterwege laat als hij meent zeker te weten dat de werknemer ook zonder activiteiten van de kant van de arbodienst op korte termijn zal hervatten, in het bijzonder wanneer de afspraken met de arbodienst meebrengen dat elke melding financiële consequenties heeft voor de werkgever.

2.2 Gaat de arbodienst over tot controle van de werknemer?

Dat is afhankelijk van de algemene afspraken die werkgever en arbodienst daarover hebben gemaakt en eventueel van de aanwijzingen die de werkgever in het concrete geval bij melding aan de arbodienst meegeeft. Het achterwege laten van controle, bijvoorbeeld omdat een arbeidsconflict dat minder opportuun maakt, kan vertragend uitwerken op de reïntegratie.

2.3 Werkt de ziekgemelde werknemer mee aan controles die vanwege de werkgever door de arbodienst worden uitgevoerd?

De werkgever heeft een controlebevoegdheid die in de praktijk door de arbodienst wordt uitgeoefend. Die controlebevoegdheid heeft hij om de legitimiteit van het verzuim te kunnen bepalen en daarmee het recht van de werknemer op loondoorbetaling. Werkt de werknemer niet mee aan de controle, bijvoorbeeld door niet op de in het verzuimreglement vastgestelde uren thuis beschikbaar te zijn voor bezoek door een bedrijfsarts, door medewerking te weigeren of door niet te verschijnen op een afgesproken spreekuur, dan riskeert de werknemer dat de loondoorbetaling door de werkgever wordt stopgezet. Onder het nieuwe Poortwachterregiem kan gebrek aan medewerking hem bovendien in een latere fase worden aangerekend, namelijk als de werkgever loondoorbetaling staakt of een ontslagvergunning aanvraagt met als argument dat de werknemer onvoldoende aan werkhervatting meewerkt.

In dit verband is een bijzondere kwestie nog de volgende.

2.4 Verstrekt de werknemer de door de werkgever of de arbodienst gevraagde informatie over zijn gezondheidstoestand?

De controlebevoegdheid van de werkgever wordt begrensd door het recht op privacy van de werknemer. Een werkgever die het naadje van de kous wil weten, stuit al zeer gauw op deze grenzen; de bevoegdheden van de arbodienst met betrekking tot het opvragen van medische gegevens uit de curatieve sector gaan echter een stuk verder. Daar staat tegenover dat het werknemers lang niet altijd duidelijk is in hoeverre zij verplicht zijn informatie over hun gezondheid aan de werkgever te verstrekken.

De werknemer zal niet altijd scheutig zijn met informatie omtrent zijn gezondheid in de eerste episode (0-3 mnd). Zijn terughoudendheid kan ermee te maken hebben dat de oorzaken van zijn klachten nog niet echt duidelijk zijn, maar kan ook verband houden met de aard van zijn relatie met de werkgever of met de arbeidsrechtelijke bevoegdheden die de werkgever heeft in het kader van het verzuimbeleid. Heeft de werknemer bijvoorbeeld een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd die binnenkort verlengd zou moeten worden, dan kan te veel informatie over de gezondheidstoestand van de werknemer negatieve consequenties hebben voor de kans op verlenging. Een - al dan niet gerechtvaardigd - wantrouwen ten opzichte van de werkgever kan zich vertalen in een passieve opstelling van de werknemer ten aanzien van werkhervatting en negatief uitwerken op de mogelijkheden tot reïntegratie.

Zo kan het bijvoorbeeld voorkomen dat een werknemer sceptisch staat tegenover toenadering en interesse van zijn werkgever, omdat de reden van zijn verzuim gelegen is in een arbeidsconflict ten aanzien waarvan eerdere pogingen tot oplossing zijn mislukt.

Het omgekeerde kan ook verkeerd uitpakken. Het kan voorkomen dat een werknemer bang is dat zijn werkgever aan een langdurig verzuim voor hem ongunstige consequenties zal verbinden. Hij komt dan met een sluitend verhaal over zijn mankement en over de diagnose van de curatieve sector compleet met gunstige verwachtingen omtrent werkhervatting. Op basis van de aldus gewekte verwachtingen wordt de terugkeer naar de werkplek ingezet, maar dat blijkt te snel te zijn gebeurd: de werknemer moet uiteindelijk opnieuw afhaken. Het reïntegratieproces begint dan opnieuw, maar in een stemming tussen partijen die er niet op is vooruitgegaan.

- 2.5 Maakt de werkgever / arbodienst tegen week 13 een (voorlopig) reïntegratieplan op c.q. (sinds de Wvp) vraagt hij tegen week 6 advies aan de arbodienst en maakt hij tegen week 8 een plan van aanpak op?

Indien er geen sprake is van kortdurend verzuim, waarvan het einde binnenkort te verwachten is, of juist van het ontbreken van reïntegratiemogelijkheden, bijvoorbeeld in geval van een terminale ziekte, dan kan het achterwege laten van een voorlopig reïntegratieplan respectievelijk plan van aanpak ongunstige consequenties hebben voor de werkgever als hij de arbeidsovereenkomst met de werknemer wil beëindigen, zowel voor als na invoering van de Wvp. Het kan worden uitgelegd als een onvoldoende inspanning van de werkgever gericht op reïntegratie. Bovendien kan deze uitleg sinds de Wvp ook tot gevolg hebben dat de doorbetalingsplicht van de werkgever na ommekomst van een jaar ziekteverzuim door UWV verder wordt verlengd. Voordien kon de uitvoeringsinstelling de werkgever een boete van maximaal 1000 gulden opleggen.

- 2.6 Werkt de werknemer mee aan het voorlopig reïntegratieplan c.q. het plan van aanpak?

Als de werknemer niet meewerkt, kan dat ongunstige consequenties hebben voor de werknemer als de werkgever de arbeidsovereenkomst wil beëindigen, zowel voor als na invoering van de Wvp. Het kan worden uitgelegd als een onvoldoende inspanning van de werknemer voor diens reïntegratie en kan derhalve toestemming van het CWI voor ontslag c.q. ontbinding van de arbeidsovereenkomst door de kantonrechter naderbij brengen.

- 2.7 Spreekt de werknemer de werkgever aan op aanpassing van de werkplek of op het aanbieden van andere, passende arbeid?

Waar het verzuim mede in verband staat met beperkingen die aan de werkplek kleven, kan de werknemer het initiatief nemen de werkgever te vragen de werkplek zodanig te herzien dat de belasting voor de werknemer vermindert en hervatting mogelijk wordt. Is dat niet mogelijk, dan kan de werkgever worden aangesproken op zijn verplichting mee te werken aan het vinden van andere, passende arbeid.

In het kader van de beoordeling van de inspanningen van de werknemer voor werkhervatting kan zo'n initiatief positief worden gewaardeerd en dus bijdragen aan de kans tot behoud van het bestaande dienstverband.

- 2.8 Past de werkgever de werkplek aan?

Waar het verzuim mede in verband staat met beperkingen die aan de werkplek kleven, kan de werkgever, al dan niet na een verzoek van de werknemer, het initiatief nemen tot aanpassing van de werkplek. Werkgevers zien soms vooral de kosten en moeite van zo'n aanpassing, twijfelen aan het blijvend nut van een investering, soms ook omdat de toestand van de werknemer nog onduidelijk of instabiel is, en zijn vaak niet bekend met de mogelijkheden die het REA-instrumentarium biedt tot compensatie van de kosten. Verder blijkt in de praktijk dat de criteria voor de daartoe noodzakelijke kwalificatie van de werknemer als 'arbeidsgehandicapte' niet consistent worden toegepast.

Daartegenover staat dat initiatieven tot aanpassing van de werkplek gunstige consequenties kunnen hebben voor de werkgever als later door UWV wordt beoordeeld of hij zich voldoende heeft ingespannen voor reïntegratie..

2.9 Werkt de werknemer mee aan de inzet van REA-instrumenten?

De werknemer is gehouden medewerking te verlenen aan door de werkgever geïnitieerde reïntegratieactiviteiten; als de werknemer zonder deugdelijke grond weigert daaraan mee te werken, riskeert hij of zij dat de werkgever de loondoorbetaling staakt (art. 7:629 lid 1 BW). Gebruik van REA-instrumenten in het eerste ziektejaar vereist dat de werknemer 'arbeidsgehandicapte' is in de zin van het Arbeidsgehandicaptenbesluit. Werknemers zijn soms bang dat als zij het etiket van 'arbeidsgehandicapte' krijgen, dat voor hen een nadeel zal zijn in hun verdere loopbaan en om die reden soms niet geneigd aan de inzet van REA-instrumenten mee te werken. Denkbaar, maar juridisch geen uitgemaakte zaak, is dat zij dat ook legitiem mogen weigeren.

2.10 Volgt de werknemer een advies van de arbodienst tot het volgen van een curatief traject op?

Onder het nieuwe Poortwachter-regime kan ook de arbodienst adviseren een bepaalde behandeling te volgen, bij een 'gewone' curatieve instantie, maar ook bij een door of namens werkgevers in het leven geroepen reïntegratiedienst. Niet daarop ingaan kan uitgelegd worden als het niet-meewerken aan reïntegratie en tot negatieve sancties leiden; aan de andere kant is nog niet duidelijk in hoeverre bijvoorbeeld de betrokkenheid van een werkgever bij zo'n dienst meebrengt dat de werknemer meer afstand mag houden van een dergelijk advies.

2.11 Biedt de werkgever andere, passende arbeid aan binnen het eigen bedrijf?

Op grond van eisen van 'goed werkgeverschap' (art. 7:658a lid 3 jo. art. 7:611 BW) is de werkgever verplicht de arbeidsgehandicapte werknemer passend werk aan te bieden. Vanaf 1 januari 2003 strekt die verplichting zich ook uit tot werk bij een andere onderneming.

Als de verhouding met de werknemer in orde is (geen arbeidsconflict), is het voordeel voor de werkgever dat tot op zekere hoogte nog een prestatie staat tegenover het loon dat hij toch aan de werknemer moet doorbetalen. Bovendien kan hij een beroep doen op een voorziening eigen werk' (art. 15 Wet Rea), een herplaatsingsbudget (art. 16 Wet Rea) of het 'pakket op maat' (art. 18 Wet Rea). Het in dienst houden van de werknemer in het eigen bedrijf kan voor de werkgever een bijdrage leveren aan het verkrijgen van premiekorting WAO (art. 77d WAO). Tenslotte wordt een aanbod van passende arbeid eventueel later opgevat als een teken dat de werkgever zich voor reïntegratie van de werknemer heeft ingezet.

De werkgever moet dan wel via de arbodienst achterhalen aan welke beperkingen de werknemer onderhevig is teneinde te kunnen bepalen welke functie voor de werknemer geschikt is. Lang niet altijd brengt de omvang of aard van de onderneming mee dat een andere functie beschikbaar is of kan worden gecreëerd.

Voorheen kon een werkgever die zonder deugdelijke grond weigert passende arbeid aan te bieden door de uvi worden gesanctioneerd met een boete ter hoogte van het loon dat de werknemer met die passende arbeid had kunnen verdienen (art. 46 WAO).

2.12 Accepteert de werknemer een hem door de werkgever aangeboden andere baan?

De zieke werknemer is verplicht hem aangeboden passende arbeid te aanvaarden (art. 629 BW, art. 30 ZW, art. 24 WW). In de praktijk en ook in de rechtspraak wordt geaccepteerd dat de werknemer niet onmiddellijk elk werk dat hij zou kunnen doen - werk dat bijvoorbeeld van een flink lager niveau kan zijn dan het werk hij/zij eerder verrichtte - hoeft aan te nemen. Veeleer gaat met het verloop der tijd het niveau van het werk dat de werknemer ook moet aanvaarden geleidelijk omlaag. De werknemer kan zich dus in het begin terughoudender opstellen ten aanzien van het aanvaarden van ander werk dan in een latere fase.

Gezien bovengenoemde verplichting pleit voor het accepteren van ander, passend werk dat de werkgever aanbiedt dat de werknemer risico's loopt wanneer hij het niet zou aanvaarden. Als hij werk weigert dat inderdaad passend is (dat kan eventueel via een second opinion van UWV worden vastgesteld), dan kan de werkgever de loondoorbetaling staken en eventueel mede op basis van de weigering een aanvraag voor een ontslagvergunning indienen. Ontvangt de werknemer al een WAO-en/of WW-uitkering, dan kan UWV een korting opleggen.

Daartegenover staat dat er voor de werknemer goede redenen kunnen zijn om te aarzelen:

(a) Het kan zijn dat de aangeboden functie minder aantrekkelijk werk inhoudt en dat de werknemer zelf andere mogelijkheden ziet die aantrekkelijker zijn maar pas op termijn beschikbaar komen.

(b) Het kan zijn dat het bijbehorende salaris lager is dan dat van de eigen functie. Weliswaar wordt dit salaris gedurende de looptijd van de loondoorbetalingsplicht aangevuld, maar als de vervangende functie een meer definitief karakter zou krijgen, kan dat op den duur een inkomensteruggang betekenen. Overigens is, indien een werknemer met een arbeidsongeschiktheidsuitkering werk aanvaardt met een loon lager dan zijn of haar verdien capaciteit, een beroep op loonsuppletie mogelijk (art. 32 Wet Rea).

(c) Als het werk betreft bij een andere werkgever, kan de werknemer voor het dilemma komen te staan of hij zijn kansen op terugkeer in de functie waaraan hij was gehecht al moet opgeven ter wille van minder aantrekkelijk werk bij een andere werkgever (al of niet 'switchen' naar het tweede spoor?).

(d) Een ander risico, dat nog sterker geldt als de vervangende functie bij een andere werkgever is gevonden, kan zijn dat de vervangende functie een tijdelijk karakter heeft. In het algemeen is het arbeidsrechtelijk nog verre van duidelijk hoe het voortbestaande 'oude' arbeidscontract en het 'nieuwe' voor de vervangende functie zich tot elkaar verhouden.

(e) In de fase rond de WAO-keuring kan een werknemer zich met de bereidheid mee te werken aan het vinden van ander, passend werk in de eigen vingers snijden: hoe meer hij blijk geeft tot het verrichten van ander werk in staat te zijn, des te lager kan zijn arbeidsongeschiktheidspercentage worden vastgesteld.

(f) De situatie van de arbeidsgehandicapte werknemer kan zodanig zijn dat hij zich in een 'financiële val' bevindt: door ander werk te aanvaarden gaan zijn netto-inkomsten omlaag of in ieder geval niet omhoog.

(g) Tenslotte kan zich de situatie voordoen dat de arbeidsgehandicapte werknemer moet vrezen dat, mocht hij of zij in zijn nieuwe dienstverband opnieuw uitvallen, bijvoorbeeld omdat na enige tijd blijkt dat de draaglast van de andere functie toch zijn of haar krachten te boven gaat, hij of zij een lagere uitkering krijgt dan nu.

2.13 Neemt een werkgever een elders door een arbeidshandicap uitgevallen werknemer in dienst?

Stimulans voor de werkgever is in beginsel het plaatsingsbudget (art. 17 Wet Rea). Een arbeidsgehandicapte werknemer die naast zijn arbeidsongeschiktheids- een WW- of WBIA-uitkering ontvangt, kan bovendien vragen om een proefplaatsing en aldus zes maanden op proef onbeloonde werkzaamheden verrichten bij een (nieuwe) werkgever.

Het risico dat de werknemer in zijn nieuwe functie opnieuw uit zal vallen en daarmee voor de werkgever tot loondoorbetalingskosten respectievelijk tot verhoging van diens arbeidsongeschiktheidsuitkeringslast (als ERD) of WAO-premies zou leiden, is ondervangen doordat de uitvoeringsinstantie de loondoorbetalingsplicht overneemt (art. 29b ZW) respectievelijk deze lasten/premies gedurende zes jaar uitsluit (art. 75a, lid 3 WAO).

2.14 Werkt de werknemer mee aan het volgen van scholing die in het kader van de reïntegratie wenselijk is?

Een arbeidsgehandicapte werknemer is verplicht deel te nemen aan scholing die voor diens reïntegratie wenselijk wordt geacht (art. 21 WAO). Gebrek aan medewerking kan worden gesanctioneerd doordat bij herschatting ervan wordt uitgegaan dat de scholing is afgerond hetgeen doorgaans tot een verhoging van de verdiencapaciteit en een verlaging van het arbeidsongeschiktheidspercentage zal leiden.

De werknemer wordt anderzijds gestimuleerd tot medewerking doordat herziening of intrekking van de uitkering gedurende de scholing niet mogelijk is en herziening of intrekking op grond van de effecten van de scholing na afloop van de scholing met een jaar wordt.

Bijlage B De onderzoeksopzet en uitvoering

In deze bijlage beschrijven we de onderzoeksopzet en uitwerking. Het realiseren van voldoende medewerking bleek bijzonder arbeidsintensief te zijn en telkenmale achter te blijven bij de gewekte verwachtingen. Uiteindelijk is een respons gerealiseerd van 34 complete casussen.

In dit hoofdstuk gaan we achtereenvolgend in op de volgende onderwerpen:

- de rol van episoden en het moment van interviews;
- de actoren;
- actorgerichte uitvoering van de interviews;
- selectiecriteria van de casus;
- rekrutering van de respondenten;
- machtigingsprocedure;
- resultaten van het veldwerk;
- de dataverzameling door interviews en eerste analyses op casusniveau.

Vier episodes en moment van interviews

In dit onderzoek is de nadruk gelegd op de beginperiode van het ontstaan van arbeidsongeschiktheid en zijn vier episodes onderscheiden. De veronderstelling is dat in deze beginperiode kansen voor reïntegratie worden gemist en meer personen arbeidsongeschikt worden voor de WAO dan nodig is. De andere veronderstelling is dat we vier episodes kunnen onderscheiden waarin verschillend gedrag van de actoren verwacht mag worden en hun rol en hun beïnvloedingsmogelijkheden van het werkhervattingsgedrag van de werknemer verandert. De episodes zijn:

- 0 tot 4 maanden na de aanvang van het verzuim waarin het verzuim ontstaat en er vooral sprake zal zijn van verzuimcontrole en begeleiding.
- De episode 4 tot en met 8 maanden waarin de nadruk ligt op verzuimbegeleiding maar meer op het beïnvloeden van het werkhervattingsgedrag en het onderkennen van reïntegratieperspectieven.
- In de *derde* episode van 8 tot en met 12 maanden komt de WAO met het risico van blijvende arbeidsongeschiktheid in beeld. Hiervan kan een nieuwe prikkel uitgaan naar de betrokken actoren - een prikkel die zowel positief kan zijn ('voorkomen van WAO-stempel') als negatief ('meegezogen worden in bureaucratische processen').
- In de *vierde* episode van 13 tot 18 maanden is de mogelijkheid van terugkeer naar eigen werkgever gering geworden en is zowel het uitgangspunt voor de werknemer veranderd (van ZW naar WAO, van gericht op eigen arbeid en eigen werkgever naar andere arbeid bij andere werkgever) als ook de verantwoordelijkheidsverdeling.

Het onderzoek wil inzicht geven in de reïntegratiepraktijk tijdens die vier episodes. Het moment waarop de interviews plaatsvinden dient illustratief te zijn voor de episodes en de keuzes en overwegingen zoals ze tijdens die episodes gemaakt worden. De interviews hebben als het ware een thermometerfunctie voor de betreffende episode. De interviews geven zicht op de (gepercipieerde) handelingsopties op dat moment en verwachtingen voor de nabije toekomst. De interviews worden dan ook op het moment van verzuim gehouden en niet enkele maanden later om te voorkomen dat de herinneringen worden gekleurd door het gerealiseerde resultaat. Als peildatum binnen elke episode is gekozen om werknemers te interviewen in respectievelijk maand 3, maand 6/7, maand 10 en maand 14/15 van hun verzuim.²⁸

²⁸ Ongeveer drie maanden na het interview zijn de werknemers nogmaals benaderd over met name hun arbeidsstatus op dat moment. Om de onderzoekers niet te beïnvloeden in hun interpretatie van de resultaten zijn deze resultaten niet betrokken bij de analyses.

Actoren

Als centrale actoren die optreden in (sommige van) de vier episodes, beschouwen we:

- de betrokken werknemer;
- diens werkgever;
- de bedrijfsarts/arbodienst;
- de behandelend arts/huisarts;
- de UWV-functionaris(sen);
- het reïntegratiebedrijf.

Dit zijn de actoren die we willen interviewen. Op voorhand is echter duidelijk dat het reïntegratiebedrijf en het UWV in de eerste twee episodes zelden een directe rol hebben. Het UWV heeft een belangrijke rol in de derde episode als uitvoerder van de WAO-claimbeoordeling en de vierde episode waarin UWV opdrachtgever wordt voor de reïntegratie maar het UWV heeft in de eerste twee episodes weinig beïnvloedingsmogelijkheden, zeker sinds invoering van het nieuwe Poortwachtersmodel. Alle cases uit episode 1 en de meeste uit episode 2 vallen onder het nieuwe Poortwachtersmodel. De antwoorden van met name de werknemers bepalen of er een functionaris bij het UWV of reïntegratiebedrijf is als centrale, te interviewen, actor. In interviews met 5 regionale staffunctionarissen van het UWV wordt in algemene zin aandacht gericht op de rol van het UWV in het eerste ziektejaar.

Voor alle casussen geldt dat alle actoren die direct betrokken zijn bij deze casus, zijn geïnterviewd. Een uitzondering geldt voor de curatieve sector. De huisarts en in voorkomende gevallen de specialist zijn actief benaderd voor een interview, maar ook zonder hun medewerking zijn cases gebruikt voor dit onderzoek. Indien er sprake zou zijn van een nieuwe werkgever, zou deze geïnterviewd worden maar deze situatie heeft zich niet voorgedaan in het onderzoek.

Naast de centrale actoren zijn er nog vele andere actoren die we als “perifere” aanduiden, bijvoorbeeld het “thuisfront”, behandelend specialisten, juridische adviseurs (al dan niet van een vakbond). Hun rol brengen we alleen indirect in beeld, namelijk door ernaar te vragen bij de centrale actoren.

Actongerichte uitvoering van de interviews

De onderzoekszopzet is gebaseerd op gescheiden verzameling van gegevens bij verschillende respondenten rond één casus, een actorgerichte benadering. Een alternatief zou zijn om de informatieverzameling rond één casus in handen te leggen van één persoon. Actorgerichte uitvoering van de interviews voorkomt echter het risico dat een interviewer die de verschillende actoren binnen één casus interviewt informatie uit het ene interview ‘meeneemt’ naar een volgend gesprek. Dat heeft, behalve voor de zuiverheid van de informatie in het onderzoek, privacy-risico’s (bijvoorbeeld overdracht van informatie van de werknemer naar een uitkeringsinstantie) wat onacceptabel is.

Door de interviews per actor te organiseren wordt het risico vermeden dat de interviewer tijdens de informatieverzameling al, bewust of onbewust, selectie van informatie toepast om een kloppend geheel te krijgen, maar daarmee in feite ‘tracht recht te maken wat krom is’. Tijdens de interviews zullen de antwoorden wel gespiegeld worden aan de formele rollen van de actoren en zal de respondent met die formele rollen “geconfronteerd” worden c.q. toelichtende vragen gesteld worden als informatie afwijkt van hetgeen verwacht zou mogen worden. Pas achteraf worden de resultaten van de interviews met verschillende actoren met elkaar verbonden zodat verschillen of tegenstellingen die problematisch zijn ook in de analyse als zodanig worden onderkend.

In de analysefase gaan we wel “integraal” te werk: onderzoekers analyseren de complete cases met alle informatie van alle actoren per casus. Om het risico te voorkomen dat bij de analyses onvoldoende gebruik gemaakt wordt van de ervaringen van de interviewers, ervaringen die niet altijd in het interviewverslag tot uiting zullen komen, zijn de resultaten van de analyses van de casussen besproken met de betreffende interviewers.

Selectiecriteria cases

Het moge duidelijk zijn dat een eerste selectie van de cases primair plaatsvindt op verzuimduur van de werknemer en de begeleiding door een bedrijfsarts. Verder is van enkele kenmerken van de werknemer bekend dat ze van invloed zijn op het reïntegratiegedrag.

Bekend is dat de ervaren verzuimbegeleiding en de eigen opvatting t.a.v. werkhervatting verschilt tussen mannen en vrouwen (Cuelenaere, 2001). In een recent onderzoek naar verschillen in werkhervatting tussen mannen en vrouwen door motivatieverschillen is echter geen verband gevonden tussen verschillen in motivatie en verschillen in werkhervatting (De Rijke e.a. 2002). Het kenmerk geldt dan ook niet als primair selectie criterium maar een spreiding over mannen en vrouwen is wel nagestreefd.

Leeftijd speelt een belangrijke rol bij de werkhervattingmogelijkheden. Enerzijds zullen werkgevers bij oudere werknemers met een lang dienstverband bereid zijn zich meer inspanningen te verrichten om het werk aan te passen, anderzijds zijn de werkhervattingmogelijkheden bij een andere werkgever geringer voor ouderen dan voor jongeren. Als selectie criterium is een leeftijdsgrens gehanteerd.

Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen/arbeidsdeskundigen van het UWV zijn centrale actoren in het onderzoek. Het is niet wenselijk om het onderzoek op voorhand te beperken tot één arbodienst, één UWV-vestiging of één van de voormalige uvi's. Uitgangspunt is om elke afzonderlijke actor, met name de bedrijfsarts en de werkgever, slechts één maal te selecteren voor dit onderzoek om ervoor te zorgen dat de bevindingen niet bepaald worden door enkele personen. Gezien de tegenvallende respons is dit uitgangspunt tijdens het veldwerk losgelaten (zie paragraaf 'resultaten veldwerk').

Actoren dienen handelingsmogelijkheden te hebben om het reïntegratiegedrag te beïnvloeden. Daarom zijn degenen die op het peilmoment niet verzuimen en volledig zijn hervat buiten beschouwing gebleven evenals degenen bij wie op medische gronden in de nabije toekomst geen mogelijkheid voor werkhervatting bestaat. Van de overblijvende zieke werknemers nemen we aan dat de actoren handelings- en beïnvloedingsmogelijkheden hebben.

Concreet is aan de bedrijfsartsen gevraagd uit hun bestand werknemers te selecteren volgens de volgende criteria:

- verzuimduur respectievelijk 8 weken, 5 maanden, 9 maanden en 13/14 maanden (zodat de interviews een maand later op het beoogde moment kunnen plaatsvinden);
- op dit moment volledig van het werk verzuimen wegens ziekte;
- de aard van de ziekte dient reïntegratie naar de arbeidsmarkt bij de huidige of een andere werkgever nu of in de nabije toekomst van één tot twee jaar mogelijk te maken (in ieder geval geen personen met een terminale ziekte of een zeer ernstige blijvende arbeidshandicap die werken voorgoed onmogelijk maakt);
- voldoende aanspreekbaar om in een interview zinvolle informatie te kunnen verstrekken (derhalve geen personen met ernstige psychische klachten);
- afdoende beheersing van de Nederlandse taal om de toegestuurde informatie te kunnen begrijpen;
- leeftijd beneden de 55 jaar.

Op basis van een screeningsvragenlijstje die is afgenomen bij de werknemer is, voor zover realiseerbaar, gestreefd naar spreiding op de kenmerken:

- ervaren begeleiding en eigen activiteiten;
- aanwezigheid arbeidsconflicten;
- gedeeltelijke of therapeutische werkhervatting;
- ziektebeeld.

Ten aanzien van de 14/15 maandszieken gelden geen aanvullende eisen. D.w.z. onder de respondenten zijn personen die <15% arbeidsongeschikt zijn, 15-80% arbeidsongeschikt zijn als ook volledig arbeidsongeschikten, voor zover deze laatste groep niet 'blijvend medisch arbeidsongeschikt is'.

Rekrutering van respondenten via arbodienst

De werknemers spelen bij de rekrutering van respondenten een cruciale rol: vanwege hun recht op privacy dienen zij eerst toestemming te verlenen alvorens met de andere actoren over hen kan worden gesproken. Aan bedrijfsartsen is gevraagd om zieke werknemers voor dit onderzoek te selecteren. Zieke werknemers uit alle episodes hebben immers contact met een bedrijfsarts gehad. Recente onderzoekservaringen (Rijcke e.a. 2002) leert dat een brief van de bedrijfsarts aan een zieke werknemer met het verzoek aan het onderzoek mee te werken op een relatief hoge respons kan rekenen. Ook kan de bedrijfsarts van tevoren een selectie maken welke personen beter niet benaderd kunnen worden, bijvoorbeeld mensen met een zeer ernstige lichamelijke of psychische ziekte. Tevens hebben we langs deze weg meteen de medewerking van één van de belangrijkste betrokkenen in het proces: de bedrijfsarts zelf. Als de werknemer en de bedrijfsarts meewerken verwachten we ook dat een groot deel van de werkgevers mee zal willen werken. De te verwachten non-respons bij het UWV zal vrijwel nihil zijn gezien de aard van de opdrachtgever.

Voor het benaderen van bedrijfsartsen is met name gebruik gemaakt van het netwerk dat TNO Arbeid heeft opgebouwd via het zogeheten Arbodienstenpanel. Deze contactpersonen hebben een directe relatie met de uitvoeringspraktijk. Ze zijn gevraagd om, voor zover ze zelf bedrijfsarts zijn, zelf mee te werken en collega's in hun omgeving te werven. Elke bedrijfsarts selecteert uit elke episode één verzuimende werknemer en benadert dus 4 werknemers schriftelijk met het verzoek om mee te werken aan het onderzoek²⁹.

Machtiging voor andere actoren

Om de overige actoren te kunnen benaderen voor een interview, is een actieve machtiging van de werknemer vereist. Bij de eerste benadering van de werknemers door de bedrijfsarts is alleen toestemming gevraagd voor een benadering van de werknemer door het onderzoeksteam ten bate van het onderzoek. Deze benadering vindt telefonisch plaats, waarbij het gehele onderzoek wordt uitgelegd. In hetzelfde telefoongesprek wordt vervolgens gevraagd of de werknemer bereid is een machtiging te geven voor de benadering van de andere actoren. In dit telefoongesprek kan worden ingespeeld op eventuele bezwaren tegen het benaderen van de overige actoren. Nadat de overige actoren ingestemd hebben met een principe-afspraken, is het interview met de werknemer gehouden waarbij tevens de actieve machtigingen voor de overige actoren zijn ingevuld.

Resultaten veldwerk

Bedrijfsartsen zijn benaderd om binnen hun cliëntenpopulatie vier verzuimende werknemers te selecteren, uit elke episode één. Ze ontvangen daartoe een toelichting op de selectieprocedure en criteria en informatiemateriaal voor de werknemer.

In oktober 2002 is gestart met het benaderen van 10 interne arbodiensten en 7 externe arbodiensten. Hoewel sommige arbodiensten aangaven niet te kunnen meewerken was de potentiële bereidheid bij de overblijvende arbodiensten ruim voldoende om de respons te kunnen realiseren. Halverwege november waren 48 pakketten verstuurd voor externe bedrijfsartsen en 39 voor interne bedrijfsartsen. Begin december zijn nog 17 pakketten verstuurd voor externe bedrijfsartsen.

De feitelijke respons was voor de kerst nog zeer gering. Begin 2003 zijn alle contactpersonen geactiveerd om te zorgen dat hun toezegging niet verloren zou gaan door de jaarwisseling. Aangezien ook toen de respons moeizaam op gang kwam is meermalen contact gezocht met de contactpersonen en is voor bedrijfsartsen van de grootste externe arbodienst, vanwege de geringe respons bij deze dienst, een brief opgesteld om ze alsnog te overtuigen van deelname. Tevens is besloten om het aantal externe arbodiensten uit te breiden en zijn vier externe arbodiensten benaderd voor deelname. Halverwege de maand mei van 2003 zijn nog eens 7 pakketten verstuurd naar externe bedrijfsartsen.

²⁹ De bedrijfsartsen ontvangen voor elk gerealiseerde casus een boekenbon als tegemoetkoming in hun bijdrage aan het veldwerk.

Aanvullend hierop is in overleg met de opdrachtgever besloten om de voorwaarde van één deelnemer per bedrijfsarts los te laten.

Totaal zijn voor 111 bedrijfsartsen pakketten verstuurd om werknemers aan te schrijven. Hiervan hebben 25 bedrijfsartsen aangegeven dat ze in totaal 100 werknemers hebben geselecteerd en benaderd.

Het totaal aantal werknemers dat reageerde was 50. Van 16 aanmeldingen van zieke werknemers is geen gebruik is gemaakt om de volgende redenen:

- bij 6 aanmeldingen wilde de werknemer of de werkgever niet meewerken aan het onderzoek. Twee werknemers trokken zich terug omdat het in één geval ondertussen te lang geleden was voor de werknemer en in het andere geval omdat de werkgever familie is;
- bij 4 aanmeldingen voldeed de werknemer niet aan de inclusiecriteria (werknemer was reeds volledig hervat, verwachtte niet meer te hervatten, of was geboren vóór 1947);
- 7 aanmeldingen zijn van werknemers met een bedrijfsarts waarvan reeds twee (of drie) zieke werknemers zijn geïnterviewd en/of van werknemers die binnen een episode vallen waar reeds het aantal van 10 werknemers is bereikt.

Het aantal werknemers dat meegewerkt heeft aan het onderzoek en een complete casus opleverde bedraagt 34.

In de periode van 26 november 2002 tot en met mei 2003 zijn 34 werknemers geïnterviewd in verband met het onderzoek “Reïntegratiepraktijk zieke werknemers”. Een overzicht van de geïnterviewde werknemers naar episode en aard van de klachten staat weergegeven in Tabel 1.

Tabel b1: Overzicht van afgenomen interviews met zieke werknemers

	3 maanden	6 maanden	9 maanden	14 maanden
Psychische aandoening	4 ¹	0	6 ¹	3
Lichamelijke aandoening	2	4 ¹	2	6 ¹
Combinatie Psych/Lichamelijk	1	2	2	1
Alleen arbeidsconflict	1	0	0	0
Totaal	8	6	10	10

1) Waarvan één met arbeidsconflict bij aanvang verzuim.

Hoewel het de bedoeling was om per bedrijfsarts één werknemer te interviewen moest daar vanwege de tegenvallende medewerking van af worden gezien. Totaal zijn van 20 verschillende bedrijfsartsen ziek werknemers geïnterviewd. Van 10 bedrijfsartsen is een tweede zieke werknemer geïnterviewd en van 2 bedrijfsartsen tevens een derde werknemer. Alle dubbele werknemers hebben een andere werkgeversvertegenwoordiger dan de eerste werknemer en het merendeel is ook fysiek op een andere afdeling of locatie werkzaam.

Van deze 20 bedrijfsartsen zijn er 8 werkzaam bij een externe arbodienst en 12 bij een interne arbodienst. Veertien geïnterviewde zieke werknemers bezochten een bedrijfsarts van een externe arbodienst en twintig zieke werknemers bezochten een bedrijfsarts van een interne arbodienst.

Totaal zijn 15 interviews met de curatieve sector gerealiseerd waarvan 2 met een specialist, 13 met het UWV voor 12 casussen waarvan 5 met een verzekeringsarts en 8 met een arbeidsdeskundige en 5 met een reïntegratiedeskundige. In tabel 2 staat de verdeling van de casussen, waarvoor de interviews zijn gerealiseerd, over de episodes.

Het geringe aantal geïnterviewde UWV-functionarissen in episode 3 wordt veroorzaakt doordat in het eerste deel van die episode bijna nog geen contact was tussen werknemer en UWV, behalve het indienen van de papieren WAO-aanvraag. Opmerkelijk is dat wel met 4 functionarissen van reïntegratiebedrijven is gesproken in episode 3. Eén reïntegratiebedrijf werd betaald door de

werknemer zelf en alle overige vier zijn ingeschakeld door de werkgever. Geen van de reïntegratiebedrijven is ingeschakeld door UWV.

Tabel b2: Overzicht van afgenomen interviews naar actor

	3 maanden	6 maanden	9 maanden	14 maanden	totaal
Werknemer	8	6	10	10	34
Werkgever	8	6	10	10	34
Bedrijfsarts	8	6	10	10	34
Curatieve sector	3	6	2	4	15
UWV	0	0	2	10	12
Reïntegratiebedrijf	0	0	4	1	5

De interviews: uitvoering en rapportage aan de hand van een schema, analyse per casus.

Ter voorbereiding van de interviews zijn interviewschema's opgesteld die als leidraad dienen bij de interviews en de systematisch rapportage van de interviews. Voorafgaand aan de interviews is een bijeenkomst geweest van onderzoekers met de interviewers waarin de interviewers geïnformeerd zijn over de opzet en bedoeling van het onderzoek en waarin uitgebreid stil is gestaan bij de uitvoering van de interviews en de gewenste opbrengst.

Het interviewschema is gestructureerd volgens het theoretisch model. Het schema voor het interview met de werknemer is opgenomen als bijlage. Het gesprek is grotendeels gevoerd met open vragen om de antwoorden van de respondent zo min mogelijk te beïnvloeden. Dit betekent dat als een respondent niets zegt over een bepaalde handelingsoptie, het onbekend is waarom de optie niet is toegepast en of de optie wel is overwogen, en misschien wel dat de respondent vergeten is dat de optie is overwogen en/of uitgevoerd. Daarom is een aantal handelingsopties geselecteerd waarover systematisch is nagevraagd indien de respondent er niet spontaan over vertelde.

Bij de rapportage door de interviewers is de checklist gevolgd als rapportage format. Tevens geeft de interviewer bij elk afzonderlijk interviewverslag een korte reflectie op de casus en gaat in op de bevindingen aan de hand van de vijf onderstaande vragen die afgeleid zijn van de onderzoeksvragen:

1. Wat doen de verschillende betrokkenen om werkhervatting van de werknemer te bevorderen en wat doen zij niet?
2. Welke redenen noemt de respondent voor de keuzes die hij zelf maakt?
3. Zijn de gedragingen van de verschillende betrokkenen in overeenstemming met de wensen en mogelijkheden van de werknemer?
4. Hoe is de onderlinge samenhang van de gedragingen van de verschillende betrokkenen (consistentie, afstemming, discrepanties, tegenwerking)?
5. Leidt het gedrag van de betrokkenen en de onderlinge samenhang van die gedragingen tot het bevorderen van werkhervatting?

Na afronding van de interviews bij werknemer, werkgever en bedrijfsarts van de eerste drie cases zijn de bevindingen aan de hand van de uitgewerkte interviewverslagen besproken met de onderzoekers en interviewers. Rapportage per item van de checklist leverde veel redundantie op. Bovendien leverde het niet het beoogde effect op dat met de betreffende tekstgedeeltes een voldoende beeld verkregen kon worden per onderwerp, zodat besloten is de rapportage per hoofdstuk uit te voeren. Voor de werknemer resulteert dat in een rapportage in negen hoofdstukken (Achtergrond, eigen rol, rol van de werkgever t/m rol van het reïntegratiebedrijf en een hoofdstuk 'afsluiting') in plaats van over 76 aandachtspunten.

Om de onderzoeksvragen op systematische en verantwoorde wijze te kunnen beantwoorden is aanvullend op de rapportage en de reflectie van de interviewers een analysekader ontwikkeld (zie bijlage). Per casus is het analysekader ingevuld door de onderzoekers. Deze rapportages per casus zijn besproken met de interviewers om onjuistheden te signaleren en suggesties voor nadere analyse en bespiegelingen te vernemen. Met de reflectie van de interviewers en hun beantwoording van de onderzoeksvragen per interview biedt dat een systematische input voor de beantwoording van de onderzoeksvragen per episode.

Bijlage C Schema voor interview met de werknemer Project Reïntegratiepraktijk

Jan Fekke Ybema

25 november 2002

O Algemene introductie

voorstellen

doel interview

Inzicht krijgen in de acties die u als zieke werknemer onderneemt om gezond te worden en weer aan het werk te gaan: wat kunt u doen, wat doet u feitelijk, waarom doet u dat en helpt het ook? Daarnaast gaan we in op het gedrag en de invloed van uw werkgever, de bedrijfsarts, de huisarts, uw partner of eventuele andere personen of instanties die een rol spelen bij het herstel van uw gezondheid of uw werkhervatting.

opbouw interview

- (1) Wij vragen u eerst om te vertellen over de achtergrond van uw ziekmelding, het verloop van uw ziekte en maatregelen die zijn genomen in het kader van werkhervatting.
- (2) Daarna willen we een aantal vragen stellen over hoe u aankijkt tegen uw eigen rol (mogelijkheden, gedrag) bij gezondheidsherstel en werkhervatting.
- (3) Vervolgens stellen we vragen over de rol van de werkgever, de bedrijfsarts, de huisarts, uw (eventuele) partner en andere betrokkenen.
- (4) Ten slotte krijgt u de mogelijkheid om te vertellen over dingen die belangrijk zijn maar die in het interview nog niet aan bod zijn geweest.

verslag

Van het interview wordt een verslag gemaakt waarin wij de dingen die u vertelt zo goed mogelijk weergeven en aspecten die volgens ons van belang zijn voor uw reïntegratie belichten. Dit verslag wordt zo geschreven dat mensen niet kunnen achterhalen dat u degene bent die wij hebben geïnterviewd. Uw naam wordt nergens genoemd en details van uw ziekte of aandoening worden niet gegeven.

vragen?

Toelichting voor de interviewer

Het interview is bedoeld als een open, kwalitatief interview. Probeer in het eerste gedeelte van het interview (15-30 minuten) een beeld te krijgen van het “verhaal” van de respondent. Vraag goed door om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de situatie waarin de respondent verkeert.

Het interviewschema is bedoeld als hulpmiddel en leidraad, niet als een keurslijf. Het schema hoeft niet in de genoteerde volgorde te worden afgenomen, er mag soepel mee worden omgegaan. Zorg er echter voor dat je de structuur van het interviewschema goed kent, zodat je geen belangrijke onderwerpen overslaat. Vet gedrukte vragen moeten in ieder geval aan bod komen en kunnen eventueel woordelijk worden gesteld. Cursief gedrukte vragen kunnen bij tijdsdruk worden overgeslagen.

I Achtergrond

1. Kunt u vertellen waarom u zich (3/6/9/14) maanden geleden heeft ziekgemeld?

Doorvragen naar:

- Werk en gezondheid vóór ziekmelding.
- Werkgerelateerdheid van aandoening.
- Verloop van ziekte of probleem.

2. Wat voor activiteiten zijn (of worden) ondernomen die erop zijn gericht dat u weer aan het werk gaat?

Doorvragen naar:

- Eigen initiatief.
- Wat voor interventies hebben plaatsgevonden?

3. Hoe staat het nu met uw gezondheid en werkhervatting?

Doorvragen naar:

- Huidige gezondheid.
- Huidige situatie werkhervatting.
- Huidige arbeidsmogelijkheden:
 - Volledig of gedeeltelijk hervatten mogelijk?
 - In eigen werk of ander werk?
 - Bij deze werkgever of elders?

4. Heeft de ziekmelding voor u financiële gevolgen?

Doorvragen naar:

- Op dit moment (kosten ziekte, inkomensachteruitgang).
- Verwachting voor de toekomst.

II Eigen rol

5. Wilt u graag weer aan het werk?

Doelvragen naar:

- Wanneer wilt u aan het werk?
- Voorwaarden voor werkhervatting?
- Belangrijk om te werken? arbeidsethos?
- Eigen werk of ander werk?
- Deze werkgever of andere werkgever?

6. Wat zijn nu de doelen waar u zich op richt? (bijvoorbeeld weer gezond worden, weer aan het werk gaan, uw oude leven oppakken, een uitkering krijgen)

Doelvragen naar belang gehecht aan:

- Herstel gezondheid.
- Snel weer werken.
- Verkrijgen uitkering (ziekte, wao).
- Financiële zekerheid.

Dan volgt nu een aantal vragen over de invloed die u heeft op uw werkgever, uw bedrijfsarts en andere personen die een rol kunnen spelen bij uw werkhervatting. Het gaat er hier dus om of u ervoor kunt zorgen dat deze personen bepaalde dingen doen of nalaten die ertoe zouden kunnen leiden dat u weer aan het werk gaat.

7. Heeft u invloed op wat uw werkgever doet?

Zo ja, doelvragen naar:

- Op welk gedrag heeft u invloed?
- Hoe gebruikt u die invloed?

Zo nee, doelvragen naar:

- Hoe komt het dat u geen invloed heeft op uw werkgever?

8. Heeft u invloed op wat uw bedrijfsarts doet?

Zo ja, doelvragen naar:

- Op welk gedrag heeft u invloed?
- Hoe gebruikt u die invloed?

Zo nee, doelvragen naar:

- Hoe komt het dat u geen invloed heeft op uw werkgever?

9. Heeft u invloed op het gedrag van andere personen die van belang zijn?

Doelvragen naar:

- Op welke personen? Denk aan: huisarts, specialist, verzekeringsarts, collega's, partner.
- Op welk gedrag heeft u invloed?
- Hoe gebruikt u die invloed?

Dan wil ik u nu een aantal vragen stellen over wat u zelf kunt doen of laten om beter te worden en om weer aan het werk te gaan. Wat voor keuzes u daarin maakt, waarom u die keuzes maakt en wat voor effecten dat volgens u heeft op uw gezondheid en de mogelijkheden om weer te gaan werken.

10. Wat doet u zelf om uw gezondheid te bevorderen?

- a. Zijn er dingen die u niet doet, maar die u wel zou kunnen doen om uw gezondheid te bevorderen?
- b. Waarom maakt u deze keuzes? Waarom doet u sommige dingen wel en andere niet?
- c. Leiden uw keuzes ertoe dat uw gezondheid verbetert?

11. Wat doet u zelf om weer aan het werk te gaan?

- a. Zijn er dingen die u niet doet, maar die u wel zou kunnen doen om uw weer aan het werk te gaan?
- b. Waarom maakt u deze keuzes? Waarom doet u sommige dingen wel en andere niet?
- c. Leiden uw keuzes ertoe dat u sneller weer aan het werk gaat?

Specifieke handelingsopties (indien nog niet aan bod geweest)

12. Neemt u zelf initiatief om weer aan het werk te gaan?

13. Werkt u mee aan het vinden van ander, passend werk bij uw eigen werkgever?

14. Bent u zich ook aan het oriënteren op werk bij een andere werkgever?

Per handelingsoptie doorvragen naar:

- Waarom doet u dit wel / niet?
- Indien ja: wat doet u precies?
- Indien ja: leidt dat er volgens u toe dat u sneller weer aan het werk gaat?

Bij 3 of 6 maanden ziek:

15. Heeft u zelf inbreng gehad in een plan van aanpak voor uw werkhervatting?

Doorvragen naar:

- Waarom wel / niet?
- Indien ja: waaruit bestond die inbreng?
- Indien ja: leidt uw inbreng ertoe dat u sneller weer aan het werk gaat?

Bij 9 of 14 maanden ziek:

16. Zijn er voor u nadelen verbonden aan het accepteren van ander, passend werk?

Indien ja: doorvragen naar:

- Wat voor nadelen zijn dat?
- Hoe beïnvloedt dat uw handelen?
- Leidt dat er volgens u toe dat u sneller of langzamer weer aan het werk gaat?

Invloed van sancties (indien nog niet aan bod geweest)

17. Heeft u overwogen dat het voor u nadelig kan zijn om niet mee te werken aan plannen voor werkhervatting?

Indien ja: doorvragen naar:

- Wat voor nadelen ziet u (financiële sancties, ontslag)?
- Wie kunnen sancties opleggen (werkgever, UWV)?
- Wat voor invloed hebben deze nadelen op de keuzes die u maakt?

III Rol van de werkgever

18. Heeft u in de afgelopen drie maanden contact met uw werkgever gehad?

Doorvragen naar:

- Met welke persoon?
- Direct leidinggevende.
- Hogere leidinggevende of directeur.
- Personeelsfunctionaris.
- Collega's.

19. Hoe goed is het contact (de verstandhouding) met uw werkgever?

Doorvragen naar:

- Tevreden over de begeleiding door de werkgever?
- Heeft u een arbeidsconflict met uw werkgever?

20. Kunt u iets vertellen over het laatste contact dat u met uw werkgever heeft gehad?

- a. Met wie?
- b. Hoe verliep dat contact?
- c. Waarover ging het contact?
- d. Bent u tevreden over dat contact?

21. Denkt u dat uw werkgever het belangrijk vindt dat u weer terugkomt?

Doorvragen naar belang van de werkgever bij:

- Herstel van uw gezondheid.
- Hervatting van uw werk.
- Kosten vermijden of beperken.
- Verlies productiecapaciteit beperken (vervanging van zieke werknemers).
- Zieke werknemer ontslaan.

22. Wat verwacht uw werkgever van u? Hoe zou u zich moeten opstellen volgens de werkgever?

Doorvragen naar:

- Zelf initiatief nemen.
- Snel weer aan het werk.
- Volledig inzetbaar.
- Informatie geven over uw gezondheid.

23. Heeft uw werkgever invloed op wat u zelf doet om weer aan het werk te gaan?

Doorvragen naar:

- Oefent de werkgever druk op u uit om bepaalde dingen te doen of te laten?
- Stimuleert de werkgever u om bepaalde dingen te doen of te laten?
- Wat wil de werkgever hiermee bereiken?

24. Heeft uw werkgever invloed op wat uw bedrijfsarts doet?

25. Heeft uw werkgever invloed op het gedrag van andere personen die van belang zijn?

Doorvragen naar:

- Op welke personen? Denk aan: collega's, sociale omgeving.
- Op welk gedrag heeft uw werkgever invloed?
- Hoe gebruikt uw werkgever die invloed?

Dan wil ik u nu een aantal vragen stellen over wat uw werkgever kan doen of laten om ervoor te zorgen dat uw gezondheid verbetert en dat u weer aan het werk gaat. Hierbij kunt u bijvoorbeeld denken aan het laatste contact dat u met uw werkgever had. Wat heeft uw werkgever in of naar aanleiding van dat contact gedaan om uw herstel of uw werkhervatting te bevorderen?

26. Wat doet uw werkgever om uw gezondheid te bevorderen?

- a. Zijn er dingen die uw werkgever niet doet, maar die hij wel zou kunnen doen om uw gezondheid te bevorderen?
- b. Waarom doet hij die dingen volgens u niet?
- c. Wat zou u willen dat uw werkgever doet om uw gezondheid te bevorderen?
- d. Leidt het gedrag van uw werkgever ertoe dat uw gezondheid verbetert?

27. Wat doet uw werkgever om te bevorderen dat u weer aan het werk gaat?

Per handelingsoptie:

- a. Zijn er dingen die uw werkgever niet doet, maar die hij wel zou kunnen doen om uw werkhervatting te bevorderen?
- b. Waarom doet hij die dingen volgens u niet?
- c. Wat zou u willen dat uw werkgever doet om uw werkhervatting te bevorderen?
- d. Leidt het gedrag van uw werkgever ertoe dat u sneller aan het werk gaat?

Specifieke handelingsopties (indien nog niet aan bod geweest)

28. Officieel hoeft u uw werkgever geen medische informatie te geven, maar veel werknemers doen dat wel. Wat vertelt u wel over uw gezondheid aan uw werkgever en wat vertelt u niet?

Doorvragen naar:

- Waarom doet u dit?
- Houdt u ook informatie achter die van belang is voor werkhervatting?

29. Heeft uw werkgever u ander werk aangeboden?

Indien ja, doorvragen naar:

- Hoe vaak?
- Wanneer?
- Wat voor werk was dit?
- Heeft u dit werk geaccepteerd? Waarom wel/niet?
- Beschouwt u dit als passend werk? Waarom wel/niet?

IV Rol van de bedrijfsarts

30. Heeft u in de afgelopen drie maanden contact met uw bedrijfsarts gehad?

Doelvragen naar:

- Hoe vaak was dit?
- Had u steeds dezelfde bedrijfsarts?
- Tevreden over de begeleiding door de bedrijfsarts?

31. Kunt u iets vertellen over het laatste contact dat u met uw bedrijfsarts heeft gehad?

- a. Hoe verliep dat contact?
- b. Waarover ging het contact?
- c. Bent u tevreden over dat contact?

32. Welk doel wil uw bedrijfsarts bereiken als het gaat om uw reïntegratie?

Doelvragen naar belang van de bedrijfsarts bij:

- Herstel van uw gezondheid.
- Hervatting van uw werk.
- Belangen van werkgever dienen.

33. Wat verwacht uw bedrijfsarts van u? Hoe zou u zich moeten opstellen volgens de bedrijfsarts?

Doelvragen naar:

- Zelf initiatief nemen, actieve inzet bij reïntegratie.
- Snel weer aan het werk.
- Volledig inzetbaar.
- Informatie geven over uw gezondheid en klachten.

34. Heeft uw bedrijfsarts invloed op wat u zelf doet om weer aan het werk te gaan?

Doelvragen naar:

- Oefent de bedrijfsarts druk op u uit om bepaalde dingen te doen of te laten?
- Stimuleert de bedrijfsarts u om bepaalde dingen te doen of te laten?
- Wat wil de bedrijfsarts hiermee bereiken?

35. Heeft uw bedrijfsarts invloed op wat uw werkgever doet?

36. Heeft uw bedrijfsarts invloed op het gedrag van andere personen die van belang zijn?

Doelvragen naar:

- Op welke personen? Denk aan: huisarts, verzekeringsarts, collega's, sociale omgeving.
- Op welk gedrag heeft uw bedrijfsarts invloed?
- Hoe gebruikt uw bedrijfsarts die invloed?

37. Wat doet uw bedrijfsarts om uw gezondheid te bevorderen?

- a. Zijn er dingen die uw bedrijfsarts niet doet, maar die hij wel zou kunnen doen om uw gezondheid te bevorderen?
- b. Waarom doet hij die dingen volgens u niet?
- c. Wat zou u willen dat uw bedrijfsarts doet om uw gezondheid te bevorderen?
- d. Leidt het gedrag van uw bedrijfsarts ertoe dat uw gezondheid verbetert?

38. Wat doet uw bedrijfsarts om te bevorderen dat u weer aan het werk gaat?

- a. Zijn er dingen die uw bedrijfsarts niet doet, maar die hij wel zou kunnen doen om uw werkhervatting te bevorderen?
- b. Waarom doet hij die dingen volgens u niet?
- c. Wat zou u willen dat uw bedrijfsarts doet om uw werkhervatting te bevorderen?
- d. Leidt het gedrag van uw bedrijfsarts ertoe dat u sneller aan het werk gaat?

Specifieke handelingsopties (indien nog niet aan bod geweest)

39. Geeft u uw bedrijfsarts alle relevante informatie over uw gezondheid of houdt u dingen achter?

Doorvragen naar:

- Waarom doet u dit?
- Wat voor informatie geeft u wel/niet?
- Leidt dat er volgens u toe dat u sneller of langzamer weer aan het werk gaat?

40. Volgt u adviezen van de bedrijfsarts op?

Doorvragen naar:

- Wat voor adviezen volgt u wel/niet op?
- Waarom doet u dit wel/niet?
- Leidt dat er volgens u toe dat u sneller of langzamer weer aan het werk gaat?

V Rol van de huisarts en specialist

41. Heeft u in de afgelopen drie maanden contact met uw huisarts gehad?

Doorvragen naar:

- Hoe vaak was dit?
- Bent u onder behandeling van een specialist?
- Hoe vaak heeft u contact gehad met die specialist?

INTERVIEWER: Indien de respondent in de afgelopen drie maanden in het geheel geen contact heeft gehad met de huisarts maar wel onder behandeling is van een specialist, dan de volgende vragen voor de specialist stellen (i.p.v. voor de huisarts).

42. Kunt u iets vertellen over het laatste contact dat u met uw huisarts heeft gehad?

- a. Hoe verliep dat contact?
- b. Waarover ging het contact?
- c. Bent u tevreden over dat contact?

43. Vindt uw huisarts het belangrijk dat u (snel) weer aan het werk gaat?

44. Heeft uw huisarts invloed op wat u zelf doet om weer aan het werk te gaan?

Doorvragen naar:

- Oefent de huisarts druk op u uit om bepaalde dingen te doen of te laten?
- Stimuleert de huisarts u om bepaalde dingen te doen of te laten?
- Wat wil de huisarts hiermee bereiken?

45. Heeft uw huisarts invloed op wat uw bedrijfsarts doet?

46. Heeft uw huisarts invloed op het gedrag van andere personen die van belang zijn?

Doorvragen naar:

- Op welke personen? Denk aan: verzekeringsarts, specialist, sociale omgeving, werkgever
- Op welk gedrag heeft uw huisarts invloed?
- Hoe gebruikt uw huisarts die invloed?

47. Wat doet uw huisarts om uw gezondheid te bevorderen?

- a. Zijn er dingen die uw huisarts niet doet, maar die hij wel zou kunnen doen om uw gezondheid te bevorderen?
- b. Waarom doet hij die dingen volgens u niet?
- c. Wat zou u willen dat uw huisarts doet om uw gezondheid te bevorderen?
- d. Leidt het gedrag van uw huisarts ertoe dat uw gezondheid verbetert?

48. Wat doet uw huisarts om te bevorderen dat u weer aan het werk gaat?

- a. Zijn er dingen die uw huisarts niet doet, maar die hij wel zou kunnen doen om uw werkhervatting te bevorderen?
- b. Waarom doet hij die dingen volgens u niet?
- c. Wat zou u willen dat uw huisarts doet om uw werkhervatting te bevorderen?
- d. Leidt het gedrag van uw huisarts ertoe dat u sneller aan het werk gaat?

VI Rol van partner en sociale omgeving

49. Bespreekt u mogelijkheden voor werkhervatting met mensen in uw sociale omgeving (bijvoorbeeld uw partner, familie, vrienden)?

Doorvragen naar:

- Hoe vaak?
- Met wie (voornamelijk)?

INTERVIEWER: Stel de vragen over de meest belangrijke persoon uit de sociale omgeving met wie de respondent over gezondheid/werkhervatting praat. Meestal zal dit de partner zijn, soms een familielid of vriend. Pas indien nodig de vraag aan (bv. “moeder” i.p.v. “partner”).

50. Kunt u iets vertellen over de laatste keer dat u met uw partner over werkhervatting heeft gesproken?

- a. Hoe verliep dat gesprek?
- b. Waarover ging het gesprek?

51. Vindt uw partner het belangrijk dat u (snel) weer aan het werk gaat?

Doorvragen naar belang van de partner bij:

- Herstel van uw gezondheid.
- Hervatting van uw werk.
- Thuisblijven van uw werk.

52. Heeft uw partner invloed op wat u zelf doet om weer aan het werk te gaan?

Doorvragen naar:

- Oefent de partner druk op u uit om bepaalde dingen te doen of te laten?
- Stimuleert de partner u om bepaalde dingen te doen of te laten?
- Wat wil de partner hiermee bereiken?

53. Heeft uw partner invloed op wat uw bedrijfsarts doet?

54. Heeft uw partner invloed op het gedrag van andere personen die van belang zijn?

Doorvragen naar:

- Op welke personen? Denk aan: verzekeringsarts, specialist, sociale omgeving, werkgever.
- Op welk gedrag heeft uw partner invloed?
- Hoe gebruikt uw partner die invloed?

55. Wat doet uw partner om uw gezondheid te bevorderen?

- a. Zijn er dingen die uw partner niet doet, maar die hij wel zou kunnen doen om uw gezondheid te bevorderen?
- b. Waarom doet hij die dingen volgens u niet?
- c. Wat zou u willen dat uw partner doet om uw gezondheid te bevorderen?
- d. Leidt het gedrag van uw partner ertoe dat uw gezondheid verbetert?

56. Wat doet uw partner om te bevorderen dat u weer aan het werk gaat?

- a. Zijn er dingen die uw partner niet doet, maar die hij wel zou kunnen doen om uw werkhervatting te bevorderen?
- b. Waarom doet hij die dingen volgens u niet?
- c. Wat zou u willen dat uw partner doet om uw werkhervatting te bevorderen?
- d. Leidt het gedrag van uw partner ertoe dat u sneller aan het werk gaat?

VII Rol van arbeidsdeskundige, verzekeringsarts en UWV

57. Heeft u in de afgelopen drie maanden contact met het UWV gehad? Het UWV is de uitkeringsinstantie voor arbeidsongeschikten.

Doorvragen naar:

- Met de arbeidsdeskundige.
- Met de verzekeringsarts.
- Met anderen van het UWV?

INTERVIEWER: Indien de respondent in de afgelopen drie maanden contact heeft gehad met een arbeidsdeskundige van het UWV, stel dan de volgende vragen over de arbeidsdeskundige. Indien de respondent geen contact heeft gehad met een arbeidsdeskundige maar wel met een verzekeringsarts, stel dan de vragen over de verzekeringsarts. Indien geen contact is geweest met het UWV, sla deze vragen dan over.

58. Kunt u iets vertellen over het laatste contact dat u met de arbeidsdeskundige (verzekeringsarts) heeft gehad?

- a. Hoe verliep dat contact?
- b. Waarover ging het contact?
- c. Bent u tevreden over dat contact?

59. Welk doel wil de AD/VA bereiken als het gaat om uw reïntegratie?

Doorvragen naar:

- Herstel van uw gezondheid.
- Hervatting van uw werk.
- Beperken van WAO-instroom.
- U financiële zekerheid bieden.

60. Heeft de AD/VA invloed op wat u zelf doet om weer aan het werk te gaan?

Doorvragen naar:

- Oefent de AD/VA druk op u uit om bepaalde dingen te doen of te laten?
- Stimuleert de AD/VA u om bepaalde dingen te doen of te laten?
- Wat wil de AD/VA hiermee bereiken?

61. Heeft de AD/VA invloed op wat uw werkgever doet?

62. Heeft de AD/VA invloed op wat uw bedrijfsarts doet?

63. Heeft de AD/VA invloed op het gedrag van andere personen die van belang zijn?

64. Wat doet de AD/VA om uw gezondheid te bevorderen?

- a. Zijn er dingen die de AD/VA niet doet, maar die hij wel zou kunnen doen om uw gezondheid te bevorderen? Waarom doet hij die volgens u niet?
- b. Wat zou u willen dat de AD/VA doet om uw gezondheid te bevorderen?
- c. Leidt het gedrag van de AD/VA ertoe dat uw gezondheid verbetert?

65. Wat doet de AD/VA om te bevorderen dat u weer aan het werk gaat?

- a. Zijn er dingen die de AD/VA niet doet, maar die hij wel zou kunnen doen om uw werkhervatting te bevorderen? Waarom doet hij die volgens u niet?
- b. Wat zou u willen dat de AD/VA doet om uw werkhervatting te bevorderen?
- c. Leidt het gedrag van de AD/VA ertoe dat u sneller aan het werk gaat?

VIII Rol van het reïntegratiebedrijf (alleen indien relevant)

66. Is er voor uw reïntegratie (naar uw eigen werk of naar ander werk) een reïntegratiebedrijf ingeschakeld? Dit is een extern bureau dat u helpt op nieuw werk te vinden of uw oude werk te hervatten.

Doorvragen naar:

- Door wie bent u begeleid of behandeld? Functie?
- Hoe vaak heeft u contact gehad met die persoon?

INTERVIEWER: Indien de respondent in de afgelopen drie maanden in het geheel geen contact heeft gehad met een reïntegratiebedrijf, sla dan de volgende vragen over. Vervang “het RIB” door de functie van de persoon die de begeleiding bij het RIB doet.

67. Kunt u iets vertellen over het laatste contact dat u met het RIB heeft gehad?

- a. Hoe verliep dat contact?
- b. Waarover ging het contact?
- c. Bent u tevreden over dat contact?

68. Welk doel wil het RIB bereiken als het gaat om uw reïntegratie?

Doorvragen naar het belang van het RIB bij:

- Herstel van uw gezondheid.
- Hervatting van uw werk.
- Omzet maken.
- Voldoen aan voorwaarden van UWV (bijvoorbeeld aantal plaatsingen).
- Belangen van werkgever dienen.

69. Heeft het RIB invloed op wat u zelf doet om weer aan het werk te gaan?

Doorvragen naar:

- Oefent het RIB druk op u uit om bepaalde dingen te doen of te laten?
- Stimuleert het RIB u om bepaalde dingen te doen of te laten?
- Wat wil het RIB hiermee bereiken?

70. Heeft het RIB invloed op wat uw werkgever doet?

71. Heeft het RIB invloed op wat uw bedrijfsarts doet?

72. Heeft het RIB invloed op het gedrag van andere personen die van belang zijn?

73. Wat doet het RIB om uw gezondheid te bevorderen?

- a. Zijn er dingen die het RIB niet doet, maar die hij wel zou kunnen doen om uw gezondheid te bevorderen? Waarom doet hij die volgens u niet?
- b. Wat zou u willen dat het RIB doet om uw gezondheid te bevorderen?
- c. Leidt het gedrag van het RIB ertoe dat uw gezondheid verbetert?

74. Wat doet het RIB om te bevorderen dat u weer aan het werk gaat?

- a. Zijn er dingen die het RIB niet doet, maar die hij wel zou kunnen doen om uw werkhervatting te bevorderen? Waarom doet hij die volgens u niet?
- b. Wat zou u willen dat het RIB doet om uw werkhervatting te bevorderen?
- c. Leidt het gedrag van het RIB ertoe dat u sneller aan het werk gaat?

IX

Afsluiting

75. Is er nog iets dat van belang is voor uw werkhervatting dat u nog niet heeft verteld?

76. Zijn er verder onderwerpen die volgens u onvoldoende aan bod zijn gekomen?

77.

- Bedanken voor medewerking.
- Totale interviewtijd noteren.
- Korte samenvatting geven van verdere procedure.
- Voorleggen en laten tekenen van toestemmingsformulieren voor medewerking werkgever, bedrijfsarts, etc.

Bijlage D Analyse kader versie 5

Onderzoek 'Reïntegratiepraktijk van arbeidsgehandicapten'

Case nr.:

7.6.3.1.1

Algemeen

* Episode: * Leeftijd:

* Geslacht: M / V * Beroep:

* Interviews afgenomen met: (*omcirkelen*)

WG BA UWV HA RIB

* Aard van de reden voor de ziekte (*meerdere keuzes mogelijk!*):

☐ bewegingsapparaat ☐ arbeidsconflict
☐ hart- en vaatziekten ☐ overig, nl.:
☐ psychische aandoening

- Korte karakterisering van de casus in enkele zinnen:

Vraag 1/2: Opties, keuzes en overwegingen

Instructie: In de tabel wordt middels twee blokken onderscheid gemaakt tussen (1) de onderhavige episode en de opties die daarin aan de orde zijn geweest en (2) de daaraan voorafgaande episode(s). Geef met een cijfer in de eerste kolom van elk blok de status van de optie aan, volgens onderstaande cijfercodes. Indien een optie niet is genoemd, terwijl dat wel verwacht zou mogen worden, geef dat dan met "0!!" aan.

In het schema worden uitsluitend overwegingen voor het afwijzen van de optie vermeld, uitgesplitst conform het theoretisch kader.

Codes bij (a) en (c): de optie is in de betreffende episode (slechts één keuze mogelijk):

* niet genoemd:	0	* toege- - (reactief):	gaat mee in initiatief van ander:	2
* afgewezen:	1	* past: - (actief):	neemt daartoe zelf initiatief:	3

Codes bij (b) en (d): overwegingen hebben betrekking op (meerdere keuzes tegelijk mogelijk!):

* praktische belemmeringen:	A
* de perceptie van het eigen vermogen de optie uit te voeren:	B
* de verwachte negatieve consequenties van uitvoering van de optie:	C
* de perceptie van gedragsverwachtingen van anderen:	D

Werknemer:

	in <i>deze</i> episode:		eerdere episode:		
actie/overweging: optie:	(a) status van de optie:	(b) igv afwijzen: type(n) overwe- gingen:	(c) status van de optie:	(d) igv afwijzen: type(n) overwe- gingen:	toelichting:
direct volledig hervatten in eigen werk					
geleidelijk hervatten met uitzicht op volledig hervatten in eigen werk					
hervatten in eigen werk onder blijvend aangepaste condities					
hervatten in ander werk bij deze werkgever					
toeleiding naar werk bij andere werkgever (tweede spoor)					
specifieke behandeling tbv gezondheidsherstel, met uitzicht op hervatten					
wachten op herstel van gezondheid, met uitzicht op hervatten					
einde arbeidsleven (WAO)					

Evt. aanvullingen:

Evt. overwegingen die niet door de werknemer worden genoemd maar door andere actoren aan de werknemer worden toegeschreven:

Verwachting van de werknemer t.a.v. de toekomst:

* op korte/lange termijn:

- ☐ volledig hervatten in eigen werk
- ☐ gedeeltelijk hervatten in eigen werk
- ☐ hervatten onder blijvend aangepaste condities (geheel of gedeeltelijk)
- ☐ hervatten in ander werk bij zelfde werkgever
- ☐ hervatten bij andere werkgever
- ☐ einde arbeidsleven (WAO of pensioen)

Werkgever:

	in <i>deze</i> episode:		eerdere episode:		
actie/overweging: optie:	(a) status van de optie:	(b) igv afwijzen: type(n) overwe- gingen	(c) status van de optie:	(d) igv afwijzen: type(n) overwe- gingen	
werknemer direct volledig doen hervatten in eigen werk					
geleidelijk doen hervatten met uitzicht op volledig hervatten in eigen werk					
doen hervatten in eigen werk onder blijvend aangepaste condities					
doen hervatten in ander werk in het bedrijf					
toeleiding naar werk bij andere werkgever (tweede spoor)					
specifieke behandeling t.b.v. gezondheidsherstel, met uitzicht op hervatten					
wachten op herstel van gezondheid, met uitzicht op hervatten					
ontslag / beëindiging arbeidsverhouding met de werknemer					
einde arbeidsleven (WAO)					

Evt. aanvullingen:

Evt. overwegingen die niet door de werkgever worden genoemd maar door andere actoren aan de werkgever worden toegeschreven:

Verwachting van de werkgever t.a.v. de toekomst van de werknemer:

* op korte / lange termijn:

- ☐ volledig hervatten in eigen werk
- ☐ gedeeltelijk hervatten in eigen werk
- ☐ hervatten onder blijvend aangepaste condities (geheel of gedeeltelijk)
- ☐ hervatten in ander werk bij zelfde werkgever
- ☐ hervatten bij andere werkgever
- ☐ einde arbeidsleven (WAO of pensioen)

Bedrijfsarts:

	in <i>deze</i> episode:		eerdere episode:		toelichting:
actie/overweging: optie:	(a) status van de optie:	(b) igv afwijzen: type(n) overwe- gingen	(c) status van de optie:	(d) igv afwijzen: type(n) overwe- gingen	
direct volledig hervatten in eigen werk					
geleidelijk hervatten met uitzicht op volledig hervatten in eigen werk					
hervatten in eigen werk onder blijvend aangepaste condities					
hervatten in ander werk bij deze werkgever					
toeleiding naar werk bij andere werkgever (tweede spoor)					
specifieke behandeling tbv gezondheidsherstel, met uitzicht op hervatten					
wachten op herstel van gezondheid, met uitzicht op hervatten					
einde arbeidsleven (WAO)					

Evt. aanvullingen:

Evt. overwegingen die niet door de bedrijfsarts worden genoemd maar door *andere actoren* aan de bedrijfsarts worden toegeschreven:

Verwachting van de bedrijfsarts t.a.v. de toekomst van de werknemer:

* op korte / lange termijn:

- ☐ volledig hervatten in eigen werk
- ☐ gedeeltelijk hervatten in eigen werk
- ☐ hervatten onder blijvend aangepaste condities (geheel of gedeeltelijk)
- ☐ hervatten in ander werk bij zelfde werkgever
- ☐ hervatten bij andere werkgever
- ☐ einde arbeidsleven (WAO of pensioen)

Huisarts:

	in <i>deze</i> episode:		eerdere episode:		toelichting:
actie/overweging: optie:	(a) status van de optie:	(b) igv afwijzen: type(n) overwe- gingen	(c) status van de optie:	(d) igv afwijzen: type(n) overwe- gingen	
direct volledig hervatten in eigen werk					
geleidelijk hervatten met uitzicht op volledig hervatten in eigen werk					
hervatten in eigen werk onder blijvend aangepaste condities					
hervatten in ander werk bij deze werkgever					
toeleiding naar werk bij andere werkgever (tweede spoor)					
specifieke behandeling tbv gezondheidsherstel, met uitzicht op hervatten					
wachten op herstel van gezondheid, met uitzicht op hervatten					
einde arbeidsleven (WAO)					

Evt. aanvullingen:

Van welke andere overwegingen dan die ten aanzien van de gezondheid van de werknemer is bij de huisarts sprake?

Verwachting van de huisarts t.a.v. de toekomst van de werknemer:

* op korte / lange termijn:

- ☐ volledig hervatten in eigen werk
- ☐ gedeeltelijk hervatten in eigen werk
- ☐ hervatten onder blijvend aangepaste condities (geheel of gedeeltelijk)
- ☐ hervatten in ander werk bij zelfde werkgever
- ☐ hervatten bij andere werkgever
- ☐ einde arbeidsleven (WAO of pensioen)

UWV:

	in <i>deze</i> episode:		eerdere episode:		toelichting:
actie/overweging: optie:	(a) status van de optie:	(b) igv afwijzen: type(n) overwe- gingen	(c) status van de optie:	(d) igv afwijzen: type(n) overwe- gingen	
direct volledig hervatten bij huidige werkgever (geen WAO)					
gedeeltelijk hervatten met voorlopig gedeeltelijke WAO- uitkering					
toeleiding naar werk bij andere werkgever (tweede spoor)					
specifieke behandeling tbv gezondheidsherstel, met uitzicht op hervatten					
wachten op herstel van gezondheid, met uitzicht op hervatten					
einde arbeidsleven (volledige WAO)					

Evt. aanvullingen:

Onderlinge contacten:

Tussen de volgende actoren is er, blijkens de afgenomen interviews, in de loop van het proces *direct* contact geweest:

[codes: X = geen contact
S = alléén schriftelijk contact
M = (ook) mondeling contact]

	werknemer	werkgever	bedrijfsarts	huisarts	UWV
werknemer					
werkgever					
bedrijfsarts					
huisarts					
UWV					

Vraag 3: Sluiten de keuzes aan bij de wensen en mogelijkheden van wn?

(1) (a) Wat is in de casus het *cruciale* probleem dat aan werkhervatting in de weg staat, in de perceptie van:

- de werknemer: . . .

- de werkgever: . . .

- de bedrijfsarts: . . .

- UWV: . . .

(b) Geeft de werknemer uit zichzelf aan dat hij/zij langer thuiszit / niet aan het werk is dan nodig zou zijn? Zo ja, hoe komt dat volgens hem / haar?

(c) Zijn er aanwijzingen dat de gezondheidstoestand van de werknemer nadelig wordt/is beïnvloed door tekortkomingen van de behandeling door curatieve sector?
Zo ja, welke?

(d) Indien *gezondheid* door sommigen als cruciaal probleem wordt gezien, wat zijn dan de verwachtingen van betrokkenen t.a.v. het gezondheidsherstel van de werknemer?:

	is al hersteld	herstel op korte termijn	herstel op langere termijn	herstel is onwaarschijnlijk
werknemer:				
werkgever:				
bedrijfsarts:				
huisarts:				
UWV:				
reïnt.bedrijf				

Evt. toelichting:

(2) (a) Welke discrepanties in probleemdefiniëring (zie onder (1)) doen zich nu voor?

(b) Indien zich in het verleden andere discrepanties voordeden, welke?:

(c) In hoeverre sluiten probleemdefinities van de andere actoren al dan niet aan bij die van de werknemer?:

- werkgever:

- bedrijfsarts:

- UWV:

(d) Indien in het verleden probleemdefinities op een andere wijze niet aansloten bij die van de werknemer, welke en hoe?:

(3) (a) Welke discrepanties in voorgestelde oplossingen van het probleem doen zich voor?

(b) In hoeverre sluiten voorgestelde oplossingen van het probleem van de andere actoren al dan niet aan bij die welke de werknemer voor ogen staan?

(c) Indien zich in het verleden andere discrepanties in oplossingen voordeden, welke?:

Vraag 4: Macht, invloed en de samenhang van de gemaakte keuzes

(1) Welke invloedsrelaties zijn in deze casus te onderkennen, d.w.z.: welke actoren laten hun eigen keuzes (in relatief sterke mate) afhangen van die van een of meer andere actoren?

werknemer laat keuze afhangen van:	werkgever	bedrijfsarts	curatieve arts(en)

evt. toelichting:

werkgever laat keuze afhangen van:	werknemer	bedrijfsarts	curatieve arts(en)

evt. toelichting:

bedrijfsarts laat keuze afhangen van:	werkgever	werknemer	curatieve arts(en)

evt. toelichting:

- (2) Een actor kan door wat hij/zij doet of juist niet doet een mogelijke keuze van een andere actor (praktisch) onmogelijk maken. Is er in de casus sprake van dergelijke 'blokkades'? :

	de door de actor overwogen maar niet uitgevoerde optie:	geblok keerd door actor:	wijze waarop het doen of nalaten van deze laatste actor het uitvoeren van de optie blokkeert:
werknemer:			
werkgever:			
bedrijfsarts:			
reïntegratie- bedrijf:			

- (3) Welke van de actoren zou, in de perceptie van elk van hen en van de onderzoekers, door een verandering van zijn/haar gedrag de belemmeringen voor daadwerkelijke (volledige) reïntegratie van de werknemer het meest kunnen wegnemen:

	n.v.t.: medisch	werknemer	werkgever	bedrijfsarts	huisarts	UWV	reïnt- bedrijf
werknemer							
werkgever							
bedrijfsarts							
huisarts							
UWV							
reïnt-bedrijf							
onderzoekers							

- (3) Welke van de actoren levert, in de perceptie van elk van hen en van de onderzoekers, de beste bijdrage aan (het streven naar) daadwerkelijke (volledige) reïntegratie van de werknemer? :

	werknemer	werkgever	bedrijfsarts	huisarts	UWV	reïnt-bedrijf
werknemer						
werkgever						
bedrijfsarts						
huisarts						
UWV						
reïnt-bedrijf						
onderzoekers						

- (4) Blijkt in de casus van uiteenlopende informatie bij verschillende actoren over de situatie van werknemer? Zo ja, welke verschillen? En welke gevolgen hebben die voor de acties met betrekking tot reïntegratie?

- (5) Welk patroon resulteert uit het geheel van de gemaakte keuzes?

- (6) Zijn er praktische belemmeringen die aan reïntegratie in de weg staan? Zo ja, welke?

Vraag 5: Effecten van de samenhang van de gemaakte keuzes op de reïntegratie

{zelf uitwerken}